Negyvennegyedik évfolyam. 26. szám. *Budapest, 1900. julius 1.*

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 Arpád, 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.

KIR. MAGYAR TUDOMÁNYEGYETEM II. SEBÉSZETI KLINIKA

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Ranschburg Pál: Közlemény az egyetemi psychophysiologiai laboratoriumból[1] (Laufenauer K. dr. egyet. ny. r. tanár klinikáján) és a székesfővárosi jobbparti szegényházból (rendelő orvos: Tauszk F. egyet. magántanár). Adatok az aggok elmeműködéseinek psychophysikai vizsgálatához. 395. l.

Wallfisch Ferencz: „Otophon" készülék a hallás javítására. 397. l.

Huber Alfréd: A photographozás az orvosi tudomány, de különösen a dermatologia szolgálatában. 398. l.

Epstein László: Az elmebetegség gyógyulásának kriteriumairól. 400. l.

Weisz Miksa: Kimutatás az egyetemi elme- és idegkórtani klinika 1899-dik évi forgalmáról. 402. l.

Tárcza. *Győry Tibor*: A páviai egyetem a XV. században. 403. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Kuthy Dezső*: A vízzel gyógyítás köréből. 404. l. — *Könyvismertetés. J. Vires*: Leçons de clinique médicale faites a l'hôpital général de Montpellier. 405. l. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. M. Schüller*: Adatok a syphilis-aetiologia ismeretéhez. (Zimmermann.) — *M. Schüller*: Adatok a daganatok aetiologiájához. (Zimmermann.) — *Gyógyszertan. H. Schmid*: A chloroform Anschütz. (Kerntler Jenő.) — *Fuchs*: A dormiol. (Kerntler Jenő.) — *Belgyógyászat. Fenwick*: A fájdalomnélküli féloldali vesevérzések sebészeti gyógyítása. (Benedict Henrik.) — *Bennett*: A gyomortágulás néhány esete. (Benedict Henrik.) — *Kirchgässer*: A rachitis, gyermektetania és laryngospasmus. (—ts.) — *Orr-, torok- és gégebajok. Lenzmann*: A megoperált Higmoor- és homloküregek utókezeléséről. (Tóvölgyi.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Gualdi*: A chinin bőr alá fecskendezése. — *Cros*: A himlő gyógyítása. — *Garand* és *Belbéze*: A chorea gyógyítása. — *Beuttner*: Méhvérzések gyógykezelése. — Álmatlanság gyógyítása. 405—407. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — A zemplénvármegyei orvos-gyógyszerész-egyesület jubileuma. — Halász Henrik. — Megjelent. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Kuthy dr. 407. l. — Pályázatok. Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az egyetemi psychophysiologiai laboratoriumból (Laufenauer K. dr. egyet. ny. r. tanár klinikáján) és a székesfővárosi jobbparti szegényházból (rendelő orvos: Tauszk F. egyet. magántanár).

Adatok az aggok elmeműködéseinek psychophysikai vizsgálatához.

Dolgozták: *Ranschburg Pál* dr. és *Bálint Imre* dr.

Az Orvosi Hetilap f. é. 3—5. számában megjelent közlemény[1] ismertette azokat az eszközöket, melyeket a psychophysika az elmeorvosnak és az élettanbúvárnak az elmeműködések időbeli lefolyása tanulmányozására rendelkezésre bocsát. Egyúttal ismertette a fiatal, 20—40 éves csekélyműveltségű egyéneken (ápolókon) végzett vizsgálatokból nyert eredményeket, melyek az aggokon végzett mérések megitélésére alapértékek gyanánt szerepelnek.

A nélkül, hogy ismétlésekbe bocsátkoznánk, az említett közleményre utalva, a következőkben a legrövidebben összefoglalva adjuk a székesfővárosi szegényház tizenkét, 60—80 év közötti, sem szervi betegség jeleit, sem pedig az elbutulás tüneteit nem mutató aggon a leirt módszerekkel végzett kisérleteinknek a fiatal egyéneken találtakkal egybevetett eredményeit.

Az aggok tanultsági és műveltségi viszonyairól, valamint koráról felvilágosítást nyujt a következő táblázat (l. a köv. táblát).

Valamennyiök ir, olvas és ért az egy- és kétjegyű számokkal való elemi számolásokhoz.

Életkoruk összege 864 év, az egyesek átlagos életkora tehát 72 év, míg a fiatal ápolók közép életkora 26 év volt. Iskolalátogatottságuk nagyjában ugyanolyan, mint az ápolóké; átlag úgy

Név	Kor	Korábbi foglalkozása	Végzett iskolák	Milyen nyelvet beszél
K	80	szabó	3 elemi	német, ért kevés magyart, francziát, oláht
Ni	73	kövező mest.	3 elemi	német, kevés magyar
G	75	kereskedő	4 elemi 4 közép	német, magyar
E	73	vinczellér	5 zárdaiskola	német
O	63	vendéglős	4 elemi 2 közép	magyar, német
R	69	szíjgyártó	4 elemi	német, magyar, kevés olasz, tót
Kr	76	molnár	3 elemi (falusi)	német, tót, magyar
F	73	kapás	3 elemi	német
Jk	61	lakatos mest.	3 elemi	német, magyar
D	78	kalapos	4 elemi 2 közép	német, magyar
V	76	pék, később vasúti őr	2 elemi (falusi)	magyar, német
Ne	67	kovács	3 elemi	német, magyar

ezeknél, mint amazoknál is 4 végzett osztály jut mindegyikre. Hogy valamennyien irnak, olvasnak, számolnak, több nyelvet beszélnek, tehát mégis valamivel nagyobb műveltségűek, mint ápolóink, annak a végzett iskolák azonos száma mellett az élet iskolája az oka, melyen aggjaink már által mentek, míg ápolóink túlnyomólag még csak kezdetét járják.

Lássuk már most, milyennek találtuk a különböző elmeműködések időbeli lefolyását aggjainknál a fiatalokon talált értékekhez viszonyítva?

A) Egyszerű hallási reactiok.

Ezeknél — mint az első közleményben említve volt — a Röhmer-féle hangkulcsba mondott „O" hangzó a hallási inger, mely egyszersmint az áram zártával a chronoskop mutatóját meg-

[1] *Ranschburg*: Adatok az aggok psychophysiologiájához. A psychophysikai időmérések methodikája. Alapvető vizsgálatok fiatal egyéneken.

indítja, míg a reagáló egyén a Morse-készülék gombját, melyet egy ujjal leszorítva tartott, a mint a felhangzó ingert érzékelte, ujjának egy mozdulatával elbocsátja s ezzel az áramkört nyitva, az órakészülék mutatóit megállítja.

Míg optikai reactioknál kisebb műveltségű egyéneken a leirt készülékekkel egyszerű reactiok csak bajosan végezhetők, a mennyiben a kártya hirtelen feltünése már látóingerül szolgál, mely a reactiot kiváltja, mielőtt még az egyén annak fehér színét tényleg felismerte volna, addig a hallási reactioknál a kisérleti berendezés lehetővé teszi, hogy a reagáló egyén háttal üljön az ingerlő készülékhez, tehát a hivó egyént, a hangok kiejtését nem látja s így alkalmasabbá válik sensorikus reactiok végzésére. Míg tehát egyszerű optikus reactioknál úgy a fiatal, mint az öreg egyének többszörös ellenkező irányú figyelmeztetés daczára, kivétel nélkül muskularisan reagáltak, addig hallási reactioknál a fiatalok fele — mint az előbbi közleményben láttuk — motorikusan, fele sensorikusan reagált, az öregek pedig túlnyomó többségben a sensorikus reagálási móddal éltek.

A hallási egyszerű reactiok időtartama a vizsgált 8 aggnál *ezredmásodperczekben* (σ) a következő volt.

Név	V. közép sz.	K. ö.	Közepes ingadozás	Hibák sz. %
K	186	$^{-63}_{+44}$ 107	−7	—
Ni	187	$^{-46}_{+58}$ 114	−6	—
G	282	$^{-85}_{+78}$ 163	+89	—
E	122	$^{-24}_{+20}$ 44	−71	—
O	150	$^{-45}_{+27}$ 77	−43	4
R	209	$^{-43}_{+56}$ 99	+24	2
K	196	$^{-49}_{+66}$ 115	+3	10
F	212	$^{-59}_{+51}$ 110	+19	—
Csoportközép	193 σ	$^{51}_{50}$ 101 = 62%	± 33	2

Mint látjuk, csakis *E* és *O* reactioi sorolhatók a muscularisokhoz, a többiek határozottan sensorikusak.

Az aggok egyszerű hallási reactioinak csoportközépje tehát 193 σ, a fiatal ápolók 152 σ-jához képest, vagyis 41 σ-val, azaz 21%-kal hosszabb.

Ez a különbség azonban jelentékenyen megcsökken, ha különbséget teszünk a muscularisan és sensorikusan (megrövidítve és tökéletesen) reagálók között. Az ápolók közül muscularisan reagálók csoportközépje 111 σ, a sensorikusaké 185 σ. Az aggoknál 8 közül csak ketten reagálnak megrövidítve s ezek reactioinak csoportközépértéke 136 σ, a hat tökéletesen reagálóé 212 σ. Az aggok és ápolók reactioi között mutatkozó időkülönbség tehát a muscularisan reagálóknál 18 σ, azaz 13·2%, a sensorikusan reagálóknál 27 σ, azaz 12·7% többlet az aggok rovására.

Mondhatjuk tehát, hogy az *egyszerű hallási reactiok időtartama az aggoknál átlag 13%-al hosszabb, mint a fiatal egyéneknél.*

A középöv értékeinek ingadozása a középértékhez viszonyítva 101, vagyis 62% a fiatalok 44, vagyis 36%-ához képest. Ennek oka a figyelemnek az öregeknél észlelt folytonos ingadozása, kik is az egyhangú s ennélfogva fárasztó kisérletnél nem voltak képesek figyelmüket tartósan az előirt feladatra irányítva tartani s valószinü, hogy az időtartamnak a fiatalokéhoz képest mutatott meghosszabbodása is részben az el-elkalandozó figyelem következtében megújult időértékek nagyobb számának kifolyása. Erre mutat a hibás reactiok fellépése is, melyek a reactiok ezen alakjánál az ápolóknál egyáltalán elő nem fordultak, az öregeknél pedig 2% középszámban mutatkoznak.

B) Összetett hallási reactiok.

Az összetett reactioknál O, I vagy A hangzót mondottam bele a hangkulcsba, melyek közül csak O-ra volt szabad s kellett a Morse-gomb elbocsátásával reagálni. Itt tehát a felismeréshez az ingerek megkülönböztetésének és egy bizonyos mozgás kivitele vagy elhagyása közötti választásnak elmebeli folyamata járul.

A nyert értékek a következők:

Név	K	Ni	G	E	O	R	K	F	Csop-közép
Valósz. közép-érték	408	437	447	216	452	363	340	282	368 σ
Közép-öv	±213	±189	±307	±158	±196	±96	±60	±158	±172
Közép. ingadozás	+40	+69	+79	−152	+84	−5	−20	−86	±67
Hibák %	18	—	6	2	8	4	—	12	6·2

Itt feltünő, hogy *E*, kinél az egyszerü reactio is a legrövidebb tartamú volt, itt is a csoport legrövidebb reactioját mutatja s a mellett 50 reactiora csak 1 hibát ejt. Fel kell tehát tennünk, hogy reactioja itt is automatikus s hogy *E* az ilyen reactiokra rendkivül hajlamos.

A csoportközépszám tehát 368 σ szemben a fiataloknál talált 249 σ-val. A különbség tehát az aggok rovására 119 σ, vagyis értékük 32·3%-a. Mondhatjuk tehát, hogy az *aggok összetett hallási reactioi egy harmaddal hosszabbak a fiatal egyének reactioinak időtartamánál.*

A középöv értékeinek a valószinü középszámhoz képest mutatott ingadozási nagysága átlag 50%, míg a fiatal ápolóknál csak 30·9% volt. A hibás reactiok százalékja 6·2, az ápolóknál csak 3. Tehát az összetett reactioknál is úgy az egyes kisérleti egyének egyes értékeinek ingadozása, valamint a hibás reactiok száma jelentékenyen nagyobb, mint a fiatal kisérleti egyéneké.

Míg az egyszerű reactioknál nem tudjuk, mennyi esik azok tartamából magára a megismerés elmebeli folyamatára, addig az összetett reactiokból már kiszámíthatjuk a tisztán a *megkülönböztetés és választás* elmebeli folyamatára eső időtartamot, ha az összetett reactiok tartamából az egyszerű reactiok tartamát levonjuk.

Ily módon a 3 hallási inger között való megkülönböztetés és a mozgás kivitele vagy elhagyása között való választás elmebeli folyamatának tiszta időtartama a következő:

Név	K	Ni	G	E	O	R	K	F	Csop.-közép
V. k.	222	250	165	94	302	153	144	71	175 σ
K. i. sz.	+47	+75	−10	−81	+127	−22	−31	+104	±62

A megkülönböztetés és választás együttes időtartama tehát 175 σ szemben a fiataloknál ugyanezen elmebeli művelet elvégzésére szükségelt 97 σ-val, midőn is a különbség az aggok rovására 78 σ, azaz időtartamuk 44%-a.

A hallási reactiokra vonatkozó vizsgálataink eredményét tehát a következőkben összegezhetem: *Az egyszerű reactiok ideje fiataloknál és aggoknál kevés (13%) különbséget mutat; összetett reactioknál az aggoké értékük egy harmadával hosszabb, mint a fiataloké; a megkülönböztetés és választás elmebeli műveletének tiszta időtartama pedig közel felényivel (44%) hosszabb az aggoknál, mint a fiataloknál. Az elmebeli folyamatra szükségelt időtartam hosszabb volta daczára a hibás reactiok száma az egyszerű reactioknál a fiatalok 0 százalékjához az aggoknál 2%, s az összetett reactioknál a fiatalok 3%-ához az aggoké 6·2%, vagyis felével több. Az egyes értékek ingadozását mutató mértékszám, a középöv középszáma, szintén jelentékenyen nagyobb az aggoknál, a mi a figyelem könnyebb fáradékonyságát látszik bizonyítani.* Az egyes egyének középszámainak a csoportközéphez képest mutatott ingadozása, vagyis a *közepes ingadozási szélesség az egyszerű reactiok-*

nál egyenlő, az összetetteknél, valamint a psychikus időnél azonban 50%-kal nagyobb az öregeknél, mint a fiataloknál.

Ha a fiataloknál és aggoknál nyert értékeket az egyszerű s összetett reactioknál, valamint a psychikus időre nézve együttesen, de nagyság szerint állítjuk össze, a következő táblázatot nyerjük:

Sorozat nagyság szerint	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Egyszerű reactio	110 M	116 Sch	**122** E	129 Dy	**150** E	173 H	176 P	**186** K	**187** N	**196** K	208 L	**209** R	**212** F	**282** G
Összetett reactio	214 Dy	**216** E	219 M	230 H	234 P	**282** F	292 Sch	306 L	**340** K	**363** R	**408** K	**437** N	**447** G	**452** O
Psychikus idő	57 H	58 P	**71** F	85 Dy	**94** E	98 L	109 M	**144** K	**153** R	**165** S	176 Sch	**222** K	**250** N	**302** O

Az öregek időtartamát mutató számok kövéren nyomottak.

Ez a táblázat a legjellegzetesebben állítja elénk a viszonyokat, a mint valóságban léteznek. Ha ugyanis a valóság szigorúan határt emelne aggkor és ifjúság között, melyet semmi kivétel át nem hág, úgy a tizennégy vizsgált egyénnek nagyság szerint sorba állított időértékei közül a 6 első helyet a 6 ápolónál, s a 8 utolsót a 8 aggnál talált értékeknek kellene elfoglalniok.

A mindennapi életben gyakran tett megfigyelésnek törvényszerű, tudományos kifejezéseként mutatja azonban e táblázat, hogy a fiatalok között is vannak, kiknél az elmebeli műveletek lefolyása lassúbb, mint egynémely öregnél, s viszont az aggok között is akad olyan, kinek elmeműveletei oly gyorsan folynak le, mint a fiataloké. Ennek megfelelően az egyszerű és összetett reactioknál, valamint a tiszta psychikus művelet időtartamánál a 6 első hely közül kettőt foglalnak el az aggok, s a 8 utolsó közül 2—2 helyet a fiatalok. Az első helyet (legrövidebb érték) kizárólag fiatalok, a 3 utolsó helyet (leghosszabb értékek) kizárólag aggok töltik be.

Egy tekintet a táblázatra mutatja, hogy — daczára a vizsgált egyének aránylag csekély számának — a 14 hely közül erősen túlnyomólag az elsőket töltik be a fiatalok, a hátulsó helyeket pedig szembetünőleg tulnyomóan az aggok foglalják el.

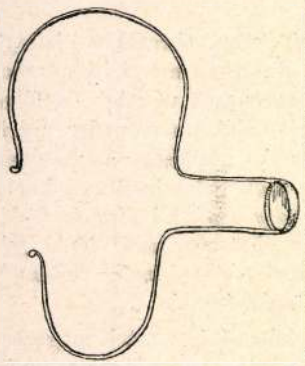
(Folytatása következik.)

„Otophon" készülék a hallás javitására.

Wallfisch Ferencz dr. tb. járásorvostól Békés-Csabán.

A kis műszer, melyet nagyothallók számára hallásuk javítására készítettem, s melyet otophon-nak neveztem el, a következőleg van alkotva:

Az „otophon"-nak gyűrűs lemezkéje, mely platinából készült, az emberi természetes dobhártyának mása akar lenni. Valamint annál az 1/10 mm.-nyi vastagságú hártya egy gyűrücskében van kifeszítve, úgy emennél is egy, habár sokkal vékonyabb (mert csak 1/60 mm. vastagságú), de ugyancsak rugalmas lemezke egy fémgyűrűben van elhelyezve. Ezen hártya tulajdonképen egy kettős gyűrücskében foglal helyet oly módon, hogy az úgynevezett befogadó gyűrücskének körben körülfutó keskeny kis párkányára helyeztetik el s a másik kisebb rögzítő gyűrücske által olykép fixiroztatik, hogy az nem nyomja le feszesen a kis párkányhoz a lemezke széleit, hanem akként, hogy annak egy kis spatiuma maradjon a rezgésekre. Megjegyzem, hogy a nagyobb gyűrücske a kis párkánynyal együtt egy egészet képez, egy darabból áll s hogy a gyűrücskék egyike sincs forrasztás által olyanná alakítva, hanem egy öntött ezüst, illetve arany hengerből van kidolgozva. A gyűrücskék szabályszerű elhelyeztetésük után igen finomra lecsiszoltatnak, hogy a hangjárat belsejét meg ne sérthessék. A két gyűrücske ezen le- és összecsiszolás által egy darabból állóvá lesz. A gyűrücske átmérője 5, usque 8½ mm., a külső hangjáratok különböző bősége szerint. Gyermekek és nők részére 5½, 6, 6½, 7 mm.-re készíttetem, férfiak részére, kiknél rendszerint bővebb a hangjárat, 7½—8—8½-re.



A gyűrücske két egymásnak átellenben levő pontjából egy-egy ½ mm. vastagságú a gyűrücskéhez solidan odaforrasztott gyenge, ívalakúlag meghajlított ezüst, illetve arany huzal indul ki egymással párhuzamosan, merőleges irányban s a mint a 17 illetve 23 mm. hosszúságot elérte, derékszögben meghajolva egy nagyobb felső és egy kisebb alsó ívben végződik. Az egymással párhuzamosan haladó sodronyok a külső hangjárat hosszmetszeti alakjának megfelelően ívalakúan meg vannak hajlítva s a hangjárat hajlásának megfelelően gyöngéd nyomással bárki által jobban meghajlíthatók. Hosszaságuk a külső hangjárat különféle hosszasága szerint külömböző, 17 mm.-től 23-ig. Gyermeki s női hangjáratokra 17, 18, 19 és 20 mm., férfiakéra 21, 22, 23 mm. hosszúságúakra készülnek. A kis készüléknek egész súlya 1 gm.

Alkalmazáskor a kis gyűrű a lemezkével s a két egymással párhuzamosan haladó huzal a külső hangjáratba kerül, míg az ívek nagyobbika a fülkagyló felső részét, kisebbike a fülczimpát körülvéve a fülkagyló mögé jut. Alkalmazása akként történik, hogy a felső nagyobb ívű sodrony szárát — a szemüveg szárához hasonlóan — a fülkagylóra akasztjuk s aztán a gyűrűs lemezkét (miközben a fülkagylót kissé hátra húzzuk) a külső hangjáratba lehetőleg mélyre betoljuk, mire az alsó kisebb ivű sodrony szárát a fülczimpát alulról körülvevőleg a czimpa mögé illesztjük.

Ezek után felmerülhet az a kérdés, hogy miért szabályos köralakú a gyűrücske, ha a természetes dobhártya mása akar lenni, holott az tudvalevőleg ovalis és miért sík a lemezke s nem domború, mint amaz. A lemezke azért sík lap, mert, ha domború volna is, akkor sem erősítené jobban a hanghullámokat, de meg volna az a hátránya, hogy a tisztogatásnál sokkal könnyebben behorpasztanák, a mi által a hangrezgések szabályszerűsége szenvedne.

Habár a külső hangjárat csontos részének keresztmetszete ovalis, mégis szabályos köralakúra csináltattam a gyűrücskét, *nehogy tubaszükületeknél s eltömődéseknél teljesen kitöltse a külső hangjáratot, azonkivül így egy kis gyönge nyomást gyakorol a dobhártya közelében, mi által annak behúzódásainál kissé kifeszítőleg van hivatva hatni s a rugalmas lemezkével annak részben vagy egészen veszendőbe ment rezgési képességét pótolni s a hanghullámokat a percipiáló apparatushoz továbbítani. Ezen körülmény magyarázza meg azt, hogy nemcsak dobhártyahiányoknál volt alkalmam a kis eszköz jó hatását észlelni.* A kis műszer tehát nem csupán az elpusztult dobhártya pótlására alkalmas, hanem a működésben meggyöngültnek támogatására is.

Ezeknek előrebocsátása után most előadom, hogy mily esetekben s minő eredménynyel alkalmaztam eddig az otophont.

A dobhártya hiányainál vagy részleges defectusainál a szerint, a mily mértékben a középfül részes volt a kórfolyamatban, többé avagy kevésbbé nyilvánul jótékonyan hatása a hallás javitásában.

Igaz ugyan, hogy dobhártya nélkül is hall az ember, de kétségtelen, hogy hasonló körülmények között egy dobhártyát pótló rugalmas lemezkével jobb a hallás, mint a nélkül.

Dobhártya vastagodásoknál, dobhártya atrophiáknál az esetek mérve szerint a percentualis javulás is különböző.

A tubán át a középfülre húzódó hurutoknál, melyek zaklató kínos fülzúgásokkal párosulnak, több esetben feltünően enyhült a zúgás s a hallás is javult. Némelyeknél csak a zúgás csökkent, söt két esetben egészen megszünt a nélkül azonban, hogy ezeknél a hallás javult volna.

Typhus és scarlatina utáni genyes középfülloboknál, melyeknél a dobhártya elpusztult, azon esetekben, a hol az infectio a megbetegedésnél nem túlsúlyos volt, lényeges javulás mutatkozott a hallásban az „otophon" alkalmazásakor.

Hereditarius, familiaris nagyothallás eseteiben csak igen keveseknél s egészen lényegtelen javulás volt észlelhető az „otophon" alkalmazásakor.

Épen semmi eredmény nem mutatkozott ott, hol a percipiáló apparatus volt afficiálva.

A következőkben néhány concret esetet kivánok felsorolni:

A) eset. Egy 80 éves öreg úr, ki 1 meternyiről nem értette meg a rendes hangon folytatott beszédet, az „otophon" alkalmazásával megértette azt. Értette a magánhangzókkal s lágy

mássalhangzókkal kezdődő szavakat is. Dobhártyái épek, fénytelenek s retraháltak.

B) eset. 72 éves férfi, ki 30 év óta nagyothalló. Dobhártyái hiányoznak mindkét fülből. Hallása az „otophon" viselése által feltünően javult. Azelőtt közelből is csak a nagyon emelt hangon folytatott társalgást értette, most a rendes közepes hanglejtésű beszédet megérti és nem nélkülözheti az „otophont".

C) eset. Egy 34 éves hivatalnok, kinél a jobboldali dobhártya vastag, fénytelen, fehér, nagyot hallása különösen borus, esős időben nagyobb mérvű, étkezés közben rágásnál a beszédet nem érti, az otophon viselésekor megérti étkezés közben is a rendes hangú beszédet.

D) eset. Középfülhurutban szenvedő 46 éves nő, ki 1 meternyiről nem érti a rendes hangú beszédet s állandó fülzúgásról panaszkodott, az „otophon" alkalmazása által ugyanazon távolságból a rendes hangú társalgást megérti. Fülzúgása lényegesen alább hagyott. Hat éve észleli hallása hanyatlását.

E) eset. 40 éves nő, kinél mindkét fülön dobhártya vastagodás van jelen nagyobb fokú nagyothallással, egy meternyiről csak a nagyon hangos beszédet érti meg, fülzúgása nincs, az otophon alkalmazásakor ugyanoly távolságról az alacsony hangon tartott beszédet megérti. Tizennyolcz éve nagyot halló.

F) eset. 44 éves kereskedő középfülhuruttal arról panaszkodott, hogy üzletében a vevőktől többször kérdeznie kellett, hogy mit kivánnak s a számokat két, hét, és négy ritkán tudta megkülönböztetni, most az otophon viselése által a saját s környezete állítása szerint is ritkán téveszti a hallott szavakat.

G) eset. Egy 34 éves tanárné, ki typhus után 9 éve fülfolyásban szenvedett; dobhártyáinak csak rövidebb residuumai vannak s hallócsontocskái is részben elpusztultak, nagyfokú nagyothalló; az „otophon" alkalmazása által a rendes hangon folytatott társalgásban részt vehet, hallása lényegesen javulván. $3^1/_4$ meternyiről csak a nagyon hangos beszédet érti otophon nélkül, míg annak alkalmazásával a közepes hangon tartott társalgást $1^1/_2$ méter távolból megérti.

H) eset. 25 éves kereskedő typhus után kapta nagyothallását. Dobhártyái vastagok, homályosak. Nyolcz éve nagyothalló s az „otophon" viselése által lényegesen javult a hallása, úgy hogy a beszédet, melyet puszta füllel két meterről nem ért meg, otophonnal jól megérti.

Az elősorolt esetek mind olyanok, melyekben a kis eszközt állandóan hordják s a kedvező eredmény állandóan constatálva van. Nem időleges javulásról van szó, nem olyanról, mely időváltozás beálltával vagy más körülmények folytán önként is be szokott sok esetben állni.

Az elősorolt esetek egyikében sem hallották a betegek az óraketyegést; a *B, C, D, H* és *G* esetekben az otophonnal a fülökhöz szorítva gyengén hallották.

A hangvilla rezgéseit ama patiensek, kik otophon nélkül némileg hallották, „otophon"-nal erősebben hangzónak itélték ugyanazon távolságból.

Az eddigi rövid megfigyelési idő s a hozzám beérkezett adatoknak még hiányos volta nem engedik meg, hogy fejtegetéseimben ezúttal tovább menjek. Csak ama reménynek adok kifejezést, hogy további megfigyelésből eredő tanulságok s esetleg módosítás által sikerülni fog a nagyothallást az „otophon"-nal az esetek nagy számában javítani, feltéve, hogy a bántalom megfelelő kezelése által a nagyothallás fokozódásának útját álljuk, mert különben az „otophon" által gyakorolt hatás aránylag oly fokban csökkenne, mint a minő fokban később a nagyothallás növekednék.

A photographozás az orvosi tudomány, de különösen a dermatologia szolgálatában.

Irta: *Huber Alfréd* dr.[1]

A photographozás rohamosan tört magának utat a tudományok világában és bár épen nem nevezhető még tökéletesnek, mindazonáltal elérte már a fontosságnak és nélkülözhetetlenségnek ama magaslatát, a mely hely öt méltán megilleti. Rövid néhány évtized óta ismerjük csak titkait és már ezen csekély idő alatt is felülmúlta sok tekintetben legtökéletesebb érzékünket, a látást. A mit oly tökéletes, complicált és összetételében valóban oly bámulatos szemünk már nem percipiált, azt az aránylag egyszerű emberalkotta gépezet, a photographus camerája és érzékeny lemeze észrevette; csak az astronomiai felfedezéseknek egész sorára utalok, a melyek csupán a photographozás tökéletesedésének köszönhetik létezésüket. De nem ez a körülmény az, a mely a photographozásnak kimagasló jelentőséget kölcsönöz, főtörekvésünk nem az, hogy általa a láthatatlant láthatóvá tegyük, hanem, hogy természethíven megörökítsük azt a látható képet, a mely nélküle elmosódnék és végül teljesen hasznavehetetlenné válnék a jövő munkássága tekintetében *és ezen czéljának a photographozás nagy mértékben megfelel.*

A photographozás az orvosi tudományban még távolról sem részesül oly méltányolásban, a mely azt joggal megilletné. Mindenek előtt is a medikával klinikailag, azaz szigorúan tudományosan foglalkozó egyének tömegéhez visszonyítva elenyésző csekély azoknak a száma, a kik a photographozást is művelik. Az a kevés pedig, a ki annak úgy szólván kiapaszthatatlan előnyeit a tudomány keretén belül alkalmazza, nem egyéb, mint dilettans. A dilettantismus alatt a rendszertelen, czélja elérésében mondhatnám öntudatlanul végzett munkásságot értem. *Az ilyen munkának a tudomány határozottan csak a kárát vallja.* Eltekintve attól, hogy a dilettans munkája az eseteknek óriási többségében a felületesség bélyegét hordja magán, már csupán az a körülmény, hogy a dilettans a photographozást tisztán technikai, a tudományos hátteret teljesen nélkülöző szempontból itéli meg, oly hiba, a mely minden további photographiai ténykedésnek már eleve elháríthatatlan akadályul szolgál. A dilletans tudja azt, hogy müveleteiben oldatokra van szüksége, de hogy azokkal miként bánjék, hogy azokat mikor, milyen concentratioban kell használnia, arról sejtelme sincs; *nem tud egyszóval individualizálni.* Hogy dermatologiai hasonlattal éljek: a dilettans úgy bánik lemezeivel, mint a felületes orvos az eczemával. Tudja azt, hogy az eczemának kitünő gyógyszere a kátrány, de hogy azt mikor kell és szabad használnia, azzal nincs tisztában. A dilettans photographus is elővesszi az előirt oldatokat és chablon szerint, minden rendszer nélkül alkalmazza azokat: ha a lemezre féligmeddig sikerült negativet volt képes varázsolni, akkor megmarad munkakedve a jövőben is. Minthogy azonban a dilettansnak ahhoz, hogy csak némileg is türhető képet állíthasson elő, alapos tudása híjján a véletlen szerencse ajtaján nagyon is sürün kell kopogtatnia, érthető, hogy a nem sikerült negativoknak egész legioja fog lassanként előkerülni, a melyek csakhamar lelohasztják a nagy buzgóságot, a mely már feltünésekor is magában hordozta a a fogyatékos életképesség csiráját. És így egyfelől a balsikereknek sürü egymásutánja, másfelől az ezeknek nyomában híven haladó anyagi veszteség megadja a dilettans photographus munkájának a kegyelemdöfést.

A tudományos photographozásnak ezen chronikus jellegü baját első sorban az idézi elő, hogy a dilettans nem képes szabadulni a minden oldalról várva-várt szerencsés véletlen és félve rettegett kellemetlen eshetőségek békói alól, nem pedig azért, mivel ismétlem! nincs az a tudományos képzettsége, a melynek segítségével magát ezen accedentiák alól felszabadítani képes volna. *Ismételve hangsúlyozom tehát, hogy csak némileg is kielégítő eredményeket csak az lesz képes a photographozás terén felmutatni, a ki lemond a dilettantismusról és a komoly előtanulmányokon nyugvó türelmes munkásság ösvényére lép.*

Ezen előtanulmányok gyümölcsét képező ismeretek megszerzése persze kissé nehezebb feladat, a mennyiben nem lévén nálunk, úgy mint külföldön már több helyen, a tudományos photographozásnak önálló tanszéke, a megoldás első sorban csak az autodidactica útján lesz kivihető.

Csak ha ezen tudományos elméleti alap már megvan, fogjon az orvos az elméleti ismereteknek nyakorlati megvalósításához. A gyakorlat a photographozásban legalább is olyan fontos, mint a theoretikus ismereteknek egész halmaza. Az elméletet csak a gyakorlat szentesíti, de viszont a practikus ismereteket csak az

[1] Előadatott a kir. orvosegyesületnek 1900. január 27-dikén tartott ülésén.

lesz képes czéltudatosan értékesíteni, a ki az elméleti ismeretek birtokában van.

A photographozás terén azért vall az ember oly könnyen oly sok kudarczot, mivel kellőleg ellen nem őrizhető számos feltételnek kell együttesen közrehatni, hogy jó kép napvilágot lásson. Csak a legfontosabbakat sorolom elő. Jó negativot csak jól gyártott lemez ad, de csakis akkor, ha a beállítás pontosan történt, ha az egyén a beállítás alatt nem mozgott, ha az expositio ideje helyes volt, ha a kép előidézése körül mulasztás nem történt, ha végül a positiv művelet nem egy feltételének megfeleltünk. De ezzel a *conditio sine qua non* sora távolról sincs még kimerítve. És így valóban érthető, hogy miért nem érünk a photographozásban czélt, ha mindig csak tapogatózunk és nem keresünk olyan alapokat, a melyeket e véletlen eshetőségek rovására emelünk. Nem czélom, hogy mai előadásom keretében mindazon részletet tárgyaljam, a melynek elsajátítása feltétlenül szükséges, hogy magunkat ezen eshetőségek fatalis hatása alól emancipáljuk. Csupán a főbb vonásokban fogom azokat összegezni. *Fötörekvésünk legyen, amennyiben tisztán tudományos czélú felvételekről van szó, hogy mindenkor lehetőleg egyenlő viszonyok között eszközöljük a felvételeinket. Másrészt tartsuk szem előtt, hogy tökéletes gyakorlati eredményt csak akkor érünk el, ha a felvételeinket minél sürübben és az összes körülmények pontos feljegyzése kiséretében végezzük.* Hogy a photographozás gyakorlati kivitelénél a hely alkalmassága és a műszerek jósága elsőrendű fontosságú, azt szükségtelen különösebben hangsúlyoznom.

Talán már kissé nagyon is eltértem előadásom tulajdonképeni czéljától, de a mondottak előrebocsátását feltétlenül szükségesnek tartottam már csak azért is, mivel azok nemcsak specialisan dermatologiai szempontból, hanem általában véve a tudományos photographozásnak minden ágára nézve érvénynyel birnak.

A photographozásnak a dermatologiához és általában az orvosi tudományhoz való viszonyát illelőleg két szempont esik elbirálás alá: az egyik az, a melynek a photographozás terén a legközelebbi *jövőben* elérhető eredmények képezik alapját, a másik pedig, a mely az *eddig* elért sikerekről számol be. Az előbbi tehát vonatkozik a photographozás jövőjére, az utóbbi pedig a multjára. Lássuk mindenekelőtt is, hogy a múltban mily arányban vette az orvosi tudomány a photographozásnak hasznát.

Tudván azt, hogy a photographozásnak különösen az olyan tárgyak képezték mindenkor kedvencz anyagát, a melyek főleg formai tekintetben *már első pillantásra is magukra vonták* a szemlélő figyelmét, érthető, hogy az orvosi tudománynak azon specialis ágai iparkodtak a photographozás előnyeit a legjobban kihasználni, a melyek főleg a látó érzékünk segitségével veszik észre a kóros elváltozást: ezen szakma a sebészet, az idegkórtan és a dermatologia. De vajjon igénybe vették-e e tudományágak a photographozást oly arányban, a hogyan ezt tenniök kellett volna? A felelet határozottan az, hogy: nem.

Sajnálattal kell constatálnunk, hogy igen kevés az, ami e téren történt; rendszeres felvételekkel egyáltalában nem találkozunk. Csak imitt-amott látunk elvétve curiosumképen egy-egy photographiát valamely különösebb kóralakról. *Igen szükségesnek tartanám, hogy az e fajta felvételek minél sürübben eszközöltessenek:* ne elégedjünk meg p. o. azzal, hogy csak egy tertiaer gummát photographálunk le, de örökítsünk meg minden ide vágó esetet, készítsünk egy szóval egész sorozatot egy és ugyanazon kóralakról; de még ekkor is történjék a felvétel ugyanazon beteg személyén a betegség lefolyásának *különböző* fázisában, a kór fellépésétől annak gyógyulásáig: *tüntessünk fel tehát egy betegséget a kezdettől végéig exacerbatioival és remissioival együtt. Csakis az ilyen rendszeres photographozásból lesz a tudománynak is haszna, csakis ily módon lesz a dilettantizmusból szaktudomány;* ilyen magaslatra pedig okvetlenül kell a photographozást emelnünk, mert az már a legközelebbi jövőben és főleg a szinek természetes reproductioja terén oly jelentékeny mértékben fog tökéletesedni, amely haladás első sorban az orvosi tudománynak különös javára fog szolgálni.

A dermatologiai anyag közül jelenleg is első sorban azon kóralakok képezik a reproductiora a leghálásabb objectumokat, a melyeknél a betegség minél plastikusabb alakban nyilvánul. Ha az itt látható képsorozatot, a melyet mintegy 1½ évi idő alatt állítottam össze a szt. István-kórház bőrbeteg osztályának anyagából és a melyet, mielőtt azt rendeltetési helyére, a folyó évben megtartandó párisi dermatologiai congressus kiállítására eljuttatnám, kötelességemnek tartottam a t. orvosegyesületnek bemutatni, ha mondom, e képsorozatot röviden áttekintjük, akkor azonnal észrevehetjük, hogy azokon ama kóralakok vannak a legtökéletesebben ábrázolva, a melyeknek főjellegét a plasticitás képezi.

Ilyen tárgy: a gumma, az extragenitalis syphilis infectio, a melyről egész sorozatot állítottam össze, a carcinoma, mycosis fungoides, verruca, egyáltalában minden olyan kóralak, a melyet a bőr niveaujából való és jól látható kiemelkedés jellemez. Hogy épen ezen oknál fogva különösen a sebészetnek kellene a photographozás szolgálatait rendszeresen igénybe venni, az olyan kivánság, a melynek teljesítéséből az orvosi tudománynak csak haszna lehetne.

De ne higyjük, hogy teljesen a bőr niveaujában fekvő bőrelváltozások, a melyeknek lényege tehát főleg a színi eltérés, lephotographálhatók ne volnának. Ezt bizonyítják azon felvételek, a melyek például leucodermát vagy erythrasmát ábrázolnak. Ily felvételek eszközlésénél természetesen legfőbb törekvésünk az legyen, hogy az egyént oly világításba hozzuk, illetőleg a világító fényforrástól annyira elfordítsuk, hogy az aránylag csekély színbeli eltérések élesen szembetünjenek. Hogy ily esetekben egy külön erre a czélra berendezett, a photographusokéhoz hasonló helyiségben, a hol a fény intensitását minden nuanceban a legfinomabb részletekig variálhatjuk, a hol fényfelfogó ernyők, redőnyök stb. állanak az operáló egyén rendelkezésére, azt csak az tudja kellőleg felfogni és méltányolni, a ki már végzett valaha ilynemű felvételeket. Valóban kivánatos volna, hogy ily helyiség legalább a klinikai és kórházi beteganyag számára a tudomány érdekében berendeztessék.

Az eddig eszközölt felvételeimről, a melyeket az egyes kóralakok előfordulásának gyakoriságától feltételezett arányban, de havonta átlag 10 esetben eszközlök és eszközölni fogok a jövőben is, a következő táblázat nyujt rövid áttekintést:[1]

Acne cachecticorum lephotographáltatott		1	esetben
Acne cheloidienne	„	3	„
Acne ex usu picis	„	1	„
Actinomycosis	„	1	„
Anthrax	„	1	„
Atrophia idiopathica cutis	„	1	„
Carcinoma	„	4	„
Dermatitis herpetiformis Duhring	„	2	„
Dermatitis universalis	„	2	„
Eczema és complicatioi	„	6	„
Epidermolysis hereditaria bullosa	„	7	„
Epithelioma	„	1	„
Erythema multiforme	„	2	„
Erythema nodosum	„	1	„
Erythrasma	„	1	„
Excoriation. e pedic. vestim.	„	2	„
Extragenitalis syphilis infectio	„	4	„
Gangraena senilis	„	1	„
Hypertrophia labiorum	„	1	„
Ichthyosis	„	3	„
Impetigo contagiosa	„	1	„
Intertrigo	„	1	„
Körömbajok	„	3	„
Leucoderma syphiliticum	„	2	„
Leucoplacia vulvae	„	1	„
Lichen scrophulosorum	„	2	„
Lichenoid syphilid	„	1	„
Lues I. és II.	„	11	„
Lues III.	„	21	„
Lues maligna	„	3	„
Lupus vulgaris, részben a gyógyulás után	„	19	„

[1] Ezen táblázat csak az 1900. február 1-sejéig eszközölt felvételekről nyújt áttekintést.

*

Lymphang. tuberculosa lephotographáltatott		2	esetben
Miliaria crystallina	„	1	„
Molluscum fibrosum	„	1	„
Mycosis fungoides	„	1	„
Naevus vasculosus	„	1	„
Peliosis rheumatica	„	1	„
Pemphigus foliaceus	„	1	„
Pigmentatiok	„	1	„
Psoriasis	„	4	„
Rhinophyma	„	1	„
Rhinoscleroma	„	1	„
Sarcoma cutis	„	1	„
Tuberculides	„	1	„
Tuberculosis cutis	„	8	„
Ulcus vulvae chron. elephantiasticum	„	2	„
Urticaria	„	1	„
Verruca	„	1	„
Vitiligo	„	2	„
Xeroderma pigmentosum	„	1	„
Zoster	„	1	„
Zoster gangraenosus	„	3	„

A mint tehát az itt bemutatott táblázat bizonyítja, a legkülönbözőbb kóralakok és laesiok alkalmasak arra, hogy photographice megörökíttessenek.

(Folytatása következik.)

Az elmebetegség gyógyulásának kriteriumairól.

Epstein László dr., az angyalföldi állami elmegyógyintézet főorvosától.

(Vége.)

T. 22 éves hajadon, okl. tanítónő. Atyja ideges természetű ember, anyja egészséges; két fivére közül az egyik kisfokú imbecillitas jeleit mutatja; 7 nővére közül a három nálánál idősebb, úgyszintén legidősebb húga kisebb-nagyobb fokú hysteriában szenved; egy nagynénje atyai részről öngyilkossági kisérletet követett el. Ő maga mindig csendes, zárkozott, igen vallásos természetű volt és úgy e miatt, mint félszeg viselkedése miatt testvérei részéről sokszor mellőzést és gúnyt tapasztalt. Az iskolában azonban szorgalmasan tanult és jó sikerrel végezte az elemi tanító képezdét.

1899. május 4-dikén hirtelen elmezavar tünetei közt betegedett meg és 8-dikán szállíttatott be az intézetbe. Nagyfokú psychikus és kisebb fokú motorikus nyugtalanság; teljes incohaerentia, a környezet félreismerése, hallási és részben látási hallucinatiok, mérgeztetési és egyéb üldöztetési téveszmék, félelmi érzetek, esékeny hangulat, meg álmatlanság és abstinálás, a melyet mindig újból és újból le kell küzdeni, a főtünetek, a melyek a felvételnél, illetőleg a felvétel utáni első napokban észleltetnek. Körülbelül 10 napig változatlan az állapot, mire meglehetős javulás következik be, a mely azonban csak alig 8 napig tart. A menstruatio beálltával az említett kórtünetek újból mutatkoznak, de előbbi magaslatukat nem érik el és egy hét lefolyása után ismét alább is hagynak; a javulás fokozatosan halad előre és julius 3-dikán a betegnek házi ápolásba való bocsátását teszi lehetővé.

Az elbocsátás napján beteg már egészen nyugodt magaviseletű, derült hangulatú, teljesen tájékozott, sem érzékcsalódásokat, sem téveszméket nem nyilvánít, hanem értelmesen beszél és kedélyesen társalog atyjával és nővérével, a kiknél hozzátartozói és ismerősei felől tudakozódik és a kikkel viszont ő maga intézeti tartózkodása alatt tett tapasztalatait és megfigyeléseit közli, a melyek általában elég helyes itéletről tesznek tanuságot. Kevésbbé helyesnek mondható az ő itélete, a mennyiben az betegségére vonatkozik. Belátja ugyan, hogy beteg volt, de elmebajt nem concedál s azért azt hiszi, hogy fölösleges is volt őt az intézetbe hozni, mert otthon még előbb gyógyult volna fel. A megbetegedése óta történtekre sommásan emlékszik vissza és felemlíti egyes beteg társnőinek vele szemben használt tréfás megjegyzéseit, a melyeket akkor sértőnek talált, a melyekről azonban most, bár nem egészen elfogulatlanul, mégis higgadtabban gondolkozik; itéletének hiányossága abbeli panaszában is visszatükröződik, hogy evésre késztettük, ha nem is akart enni, hogy gyógyszert adtunk neki és mindennap fürösztöttük.

Mint kedélyállapotának labilitására utaló körülmény felemlítendő, hogy egy jelentéktelen incidens (ebéd után fellépett gyomorégés) szinte feltünő emotiot idézett elő nála.

Két héttel az elbocsátás után a beteg atyja többek között a következőket irja: „Leányom teljesen meggyógyult. A menstruatio minden emotio nélkül folyt le. Az egész idő alatt egy percznyi zavartságot sem észleltünk. Jól eszik, jól alszik, mindig jókedvü, még egyszer sem sírt, úgy hogy tiszta lélekkel mondhatom, hogy hála az égnek, a baj megszünt."

Októberben, vagyis három hónappal később volt alkalmam a beteget, a ki egy odavaló orvos bizonyítványa alapján ugyanakkor a gondnokság alól felmentetett, látni és vele beszélni. Testileg kitünően gyarapodott volt, elmebeli zavartságnak pedig nyomát sem mutatta. Betegséget illetőleg azonban nem egészen helyes a felfogása. Nem mutat teljesen correct belátást, nem ismeri be, hogy annyira zavart volt, mert emlékszik egyes részletekre és azért most is hangoztatja, hogy fölösleges volt őt tébolydába adni, a mi azonban nem akadályozza abban, hogy hálával ne viseltessék az orvosokkal szemben, a kiket makacsságával csak bosszantani akart. Betegségét annak tulajdonítja, hogy romlott süteményt evett, és evvel a gyomrát elrontotta.

Az esetnek markans vonásait a következőkben foglalhatjuk össze: Egy terhelt családból származó leánynál, a ki egyéniségében már azelőtt némi imbecillitásra valló vonást mutatott, egy heveny psychosis lép föl, a mely a heveny hallucinatorius elmezavarnak typikus képét mutatja. Alig három hónap elteltével ezen elmezavarnak már egyetlenegy tünete sem állapítható meg, úgy hogy az elmebaj teljesen lefolytnak tekinthető. A beteg értelmi müveleteit rendesen végzi, kedélyvilága eltérést nem mutat. Itélete azonban, a mely egyébként helyes, egy irányban hiányt mutat föl. Kiállott betegségére nézve t. i. a beteg nem hajlandó belátni azt, hogy az elmebetegség volt, hanem csak annak következménye, hogy a „gyomrát elrontotta" és azért fölöslegesnek véli, hogy őt tébolydába hozták; a mennyiben a betegsége alatt történtekre visszaemlékszik, ezen visszaemlékezésben bizonyítékát látja annak, hogy nem volt zavart, emlékezetébe hozatván egyik-másik cselekedete, mely csak zavartságának lehetett a folyamánya, azt mint ártatlan jellegüt elsimítani vagy természetes okokra visszavezetni akarja pl. hogy „makacskodásával az orvosokat csak bosszantni" akarta.

III. B. 23 éves nőtlen jogszigorló, felvétetett 1899. január 4-dikén, mely időben a következő kórképet mutatja.

A magas termetü, elegáns megjelenésü beteg teljesen nyugodt, a hozzáintézett kérdésekre odavágóan, értelmesen felel és minden irányban tájékozottnak mutatkozik. Elmondja, hogy terhelt családból származik, atyja, nagybátyja és két fitestvére elmebeteg.

Ő maga a középiskolában nagyon szorgalmas tanuló volt, az érettségit kitüntetéssel tette le, mint jogász is elég szorgalmas volt, de az alapvizsgákon egy-egy tárgyból megbukott. Két hónappal ezelőtt ő az első jog szigorlatot akarta letenni, de azon, daczára annak, hogy teljesen el volt készülve és a vizsgán meg is felelt, egyhangulag elbukott. Hosszasan fejtegeti, hogy a jogi facultason két irány uralkodik és ha valaki az ellenkező bizottsághoz jut, elbukik; ő azonban ahhoz a bizottsághoz került, a melyhez készült, meg is felelt, és mégis egyhangulag visszautasították. Ezt annak tulajdonítja, hogy a dékán különben az ellenkező irány híve levén, rosszakarattal volt iránta, és daczára annak, hogy a vizsgán nem is volt jelen és feleleteit nem hallotta, kényszerítette a tanárokat, hogy őt visszautasítsák. Ugyanazon rosszakaratot tapasztalta már az alapvizsgáknál a tanárok részéről, azonkivül a barátai részéről is, kik őt készakarva rossz társaságba vitték, hogy elzülljön, különösen pedig ellenséges indulatú irányában édes anyja, ki őt mindig gátolta előmenetelében, most tékozlónak nyilvánította és megfigyelés alá helyeztette. Teszi ezt pedig azért, mert beteg minden erővel annak ellenszegült, hogy anyja, ki egy plébánossal viszonyt folytatott, gyermekeit az apai birtoktól megfoszsza és azt saját kezére kerítse.

A beteg mindezeket minden nagyobb lelki felindulás és izgatottság nélkül adja elő, öntudata teljesen tiszta; gondolatfüzése logikus ugyan, de viszonyának megitélése tekintetében kóros és helytelen. Fennálló téveszméinek minden alkalommal

magyarázatot igyekszik adni, az azokkal szemben felhozott érveket és czáfolatokat nem fogadja el.

Betegnek nyugodt magaviselete már a felvételt követő napon megváltozik. A betegen nagyfokú motorikus nyugtalanság vesz erőt, padokra, asztalokra ugrál, a kutyaugatást utánozza, mindenféle badarságokat követ el; öntudata kissé ködös ugyan, de az orvos felszólítására azonnal levetköződik és ágyba fekszik, hol lassan megnyugszik. A következő napot beteg nyugodtan az ágyban tölti, csak időközönként hallat ugatásszerü hangokat és ezt azzal indokolja, hogy egy vele egy szobában levő betegnek a hamis énekét akarja elhallgattatni, de megigéri, hogy többé tenni nem fogja és jól fogja magát viselni. És beteg szavának áll, úgy hogy a felvételt követő ötödik napon, január 9-dikén ismét a nyugodt betegek közé helyezhető. Ez időtől kezdve lassan, de állandóan javul az állapota. Az első napokban még mintha terjednének téveszméi, hangoztatja, hogy sok a gazember az osztályon, ő megismeri őket, bármennyire is tettetik magukat (mint hónapok mulva bizalmas magánbeszélgetésben bevallja, ez alatt az orvosokat értette, kikről azt gondolta, hogy anyjával egyetértenek); eleinte meglehetősen bőbeszédü, bizonyos nembánomsággal, pajtáskodással beszél az orvosokkal, mindenbe beleszól, sok mindenről mond véleményt, mihez nem ért, de mindezen vonások napról-napra enyhülnek és beteg egy hónap lefolyása után egy sympathikus, korrekt, jó modorú fiatalember, ki az orvosi irodában különféle irásbeli munkát végez és a reá bízott feladatokat pontosan, lelkiismeretesen teljesíti. Betegségébe azonban belátással nem bir és téveszméi is változatlanul fennállanak azon különbséggel, hogy azokat magától soha sem nyilvánítja és csak a direkt erre vonatkozó kérdésre mondja el. Leveleit mindig csak elmebeteg atyjához intézi és nem birható reá, hogy anyjának tiszteletet is küldjön. Miután magaviselete állandóan kifogástalan, márczius végével megengedtetik neki, hogy az intézet területén szabadon járhasson, mely kedvezményt ápoltatásának egész ideje alatt megtartotta és a bele helyezett bizalommal soha sem élt vissza. Egy ugyanazon időben folytatott beszélgetés alkalmával kiderül, hogy téveszméi némileg módosultak, azokat bizonyos irányban corrigálja. Nem okozza már a dékánt, hogy megbuktatta a vizsgálaton, mert más irány követője, hanem mert az a nem rég lefolyt diáktüntetések miatt el volt kedvtelenítve és a vizsgázókon töltötte ki bosszúját és megengedi azt is, hogy feleletei gyengék voltak; barátjait sem gyanusítja többé, hogy megrontására törtek és készakarva hozták rossz társaságba, csak haragszik rájuk, mert belevonták egy kártyázó kompániába és így megvetették későbbi pénzbeli zavarainak alapját; csak anyjára vonatkozólag nem változik semmiben véleménye, úgy hogy arról beszélni sem akar. A beteg állandóan szorgalmasan dolgozik, orvosi felügyelet alatt számtalanszor jár be a városba, sétára, kávéházba, szinházba és mindenütt megállja a helyét. Junius hó végével házi ápolásba való bocsátása kerül szóba, de kijelenti, hogy anyjához nem megy és addig akar maradni az intézetben, míg gyógyultan el nem bocsátható, minélfogva beteg tovább is az intézetben marad. Egy alkalommal megmutattatván neki a kórrajza, annak elolvasása után sírva fakad és nem emlékszik, hogy ő anyját direkt vádolta volna; beismeri, hogy sok körülmény ilyen hasonló gyanút keltett benne és hogy anyjával kijönni nem tudott és most sem tudna, sőt még mindig nagyon haragszik reá, mert tébolydába hozatta, de majdnem lehetetlennek tartja, hogy ilyen kifejezésekkel beszélt volna róla. Azt nem akarja belátni, hogy ez betegségének kifolyása lett volna és nem emlékszik arra, hogy őt egyáltalában véve az irodában kihalgatták volna. Arra emlékszik, hogy felvétele előtt kávéházakban és egyéb nyilvános helyeken feltünően viselkedett, ott székeket, asztalokat egymásra halmozott, azokon ugrált és beismeri, hogy ezt nem kellett volna tennie, azt is, hogy esztelenül költekezett, de mindezt mások is tették és nem tartották elmebetegeknek; arra is emlékszik, hogy felvétele után az intézetben is ugrált a padokon, asztalokon és hogy ugatott, ezt azért tette, mert úgy vélekedett, ha már egyszer tébolydába zárták, legyen legalább ok arra, hogy bolondnak tekintsék, egy barátja különben tréfából többször ugatott az utczán és senki sem nézte bolondnak. Ilyképen egyes téveszméit is magyarázni, illetőleg plausibilis alakban feltüntetni iparkodik. Betegségét nem elmebetegségnek, hanem excessusok folytán (téves, mert ezen excessusok nem mint ok, hanem már mint okozat szerepeltek) beállott kimerültségi állapotnak fogja fel.

Ennek daczára november 6-dikán „gyógyultan" bocsáttatik el, mire mint díjnok lép az intézet szolgálatába.

Ez esetben is egy öröklésileg terhelt, fiatal egyénről van szó, a kinél egy acut paranoia képében elmezavar lép fel, a melynek lefolyása hasonló az előző két esetéhez. Egyes tünetek már az első napokban elmulnak, mások csak lassabban szorulnak háttérbe, e végből az egész tünetcsoportból már nem marad fenn semmi, a miből elmebetegségre lehetne következtetni. Az elmebetegség megszünt, csakhogy a beteg helytelenül itéli meg a betegséget és tévesen értelmezi annak egyes nyilvánulásait.

Miután a beteg, mint említettem, az intézet szolgálatába lépett, alkalmam volt őt tovább is állandó figyelemmel kisérni, de soha semmiféle elmebeli kóros tünetet nem találtam. A beszélgetést több izben lefolyt betegségére tereltem és azt észleltem, hogy e tekintetben is az utóbbi időben már sokkal elfogulatlanabb az itélete, a mi véleményem szerint leginkább annak tulajdonítandó, hogy B. sürün fordul meg az intézeti orvosok társaságában, a hol az elmebetegségről hallott szakszerü megjegyzések az ő saját itéletét is észrevétlenül corrigálták.

Ha az ismertetett három esetet az azokban rejlő kóros vonásokra vonatkozólag vizsgáljuk, úgy első sorban feltünik az, hogy mindannyiszor fiatal, 21—23 éves egyénekkel van dolgunk. Már magában ez a körülmény is azt a feltevést engedi érvényre jutni, hogy elmebajuk endogen eredetü, annál is inkább, miután egy kielégítő külső kórok nem forog fenn. Kettőnél tényleg terheltség mutatható ki, a harmadikra nézve e tekintetben hiányoznak az adatok. A kóralak mind a három esetben egy heveny vagy félheveny psychosis, a mely egy kisebb fokú imbecillitas alapján fejlődött ki; és itt egészen alárendeltnek tartom, hogy ezen psychosist amentiának, heveny hallucinatorius zavartságnak avagy acut vesaniának nevezzük-e; a fő az, hogy tünetcsoportjukban és lefolyásukban nagyon hasonlók egymáshoz. Mindháromnál a betegség aránylag rövid idő alatt ér véget és pedig oly formán, hogy testi gyarapodás mellett a psychikus sphaerában fennállott zavarok egytől egyig elmúlnak, a nélkül azonban, hogy a lefolyt betegséggel szemben a kellő objektivitas is bekövetkeznék. Bár szellemi tehetségeik és képességeik teljes birtokába lépnek ismét, itéletük ebben az egy irányban elfogult, betegségüket nem tekintik elmebetegségnek és egyes téveszméket és kóros akaratnyilvánulásokat helytelenül corrigálnak.

Az elmekórtannak doctrinaer szempontjából oly jelenség ez, a mely kizárná azt, hogy az eseteket gyógyultaknak tekintsük.

Tény, hogy az esetek egyike sem felel meg teljesen és tökéletesen a *Krafft-Ebing*[1] által az elmebetegségből való meggyógyulásra nézve felállított postulatumnak. a mely így hangzik: „Teljes és nyilt beismerése a kiállott betegségnek és visszaállítása a régi psychikai személyiségnek minden jellemsajátságaival, előnyeivel, hibáival, hajlamaival." De elmélet és gyakorlat nem mindig fedi egymást és ezért joggal teszi hozzá *Hoffmann*"[2] „Wir müssen jedoch hinzufügen, dass eine so vollständige Wiederherstellung, wie sie *Krafft-Ebing* hier im Auge hat, keineswegs häufig ist, dass vielmehr verhältnissmässig häufiger, trotzdem man das Individuum als genesen betrachten muss, gewisse Veränderungen zurückbleiben; so verminderte Leistungsfähigkeit in intellectueller Beziehung, geänderte habituelle Stimmung und insbesondere gewisse Charakterveränderungen, die namentlich auffallen, wenn man das psychische Verhalten mit Demjenigen vergleicht, welches vor der Erkrankung bestand, die aber so gering sein können, dass von einer Beeinträchtigung durch dieselben nicht die Rede sein kann."

Felvetendőnek tartom tehát a kérdést, hogy az említett doctrinaer szempont helyes-e, vagy legalább a gyakorlatban érvényesíthető-e?

Hogy e kérdést eldönthessük, tisztába kell jönnünk a gyógyulás fogalmával.

Gyógyulás alatt nem érthetjük a szervezetnek egy beteg-

[1] *Krafft-Ebing.* A törvényszéki elmekórtan tankönyve. Ford. *Babarczi-Schwartzer Ottó.* 1891.

[2] *V. Hoffmann*, Lehrbuch. d. gerichtl. Medizin, 1897.

ség által történt megzavartatása utáni kizárólag oly restitutioját, a mely által az úgyszólván az utolsó sejtig ismét abba az állapotba jut, a melyben a betegség előtt volt.

Hiszen ha a gyógyulás fogalmának csak ezt a definitioját fogadjuk el helyesnek, akkor az orvosi praxis vajmi kevés gyógyulást fog felmutatni. Nem is szólva a sebészi beavatkozás eseteiről, a hol a gyógyulás legtöbbnyire egy többé-kevésbbé érzékeny hiány árán érhető csak el, nem beszélhetnénk gyógyulásról pl. egy pleuritisnél, a melynek minden tünete elmult, de a mely adhaesiokat hagyott hátra és nem beszélhetnénk gyógyulásról pl. egy szerencsés kimenetelü himlőnél, ha visszamaradt himlőhegek a lefolyt betegségre utalnak.

A gyógyulás fogalmát tehát ily szük körre nem szoríthatjuk. A legrigorosusabb felfogás mellett sem kell a gyógyulástól többet kivánnunk, mint, hogy a szervezetet ismét képessé tegye arra, hogy a betegség után úgy functionáljon, mint functionált a betegség előtt; a legtöbb esetben azonban gyógyulásnak fogunk tekinteni egy ezen mértéken jóval alul álló állapotot is.

Ennél szigorúbb mértéket a psychiatriában sem alkalmazhatunk és alig kell jobb és szebb eredményt kivánnunk, mint azt, hogy az elmebetegségnek semmi olyan maradványa ne legyen, a mely a psyche müködését akár a külvilággal való viszonylataiban, akár az egyén beléletére való tekintetben legkevésbbé is zavarhatná.

De ha a tételt így állítjuk fel, akkor eseteimben tényleg feltaláljuk a gyógyulásnak összes ismérveit.

Kezdve az öntudatnál, a mely kifogástalanul tiszta, a psychikai élet egész terjedelmében semmiféle olyan kóros vonást nem lelünk, a mely az illetőknek psychikai egyéniségét megmásitaná, vagy a psychikai müködést akár saját személyükre, akár a külvilágra való tekintettel károsan befolyásolná. Ugy az elemi, mint a kapcsolatos psychikai míveletek helyesen végeztetnek; érzékelés, fogalomalkotás és képzettársítás a rendes mederben mozognak, miként az érzés és akaratmüködés sphaerájában sem látunk eltérést a rendes mértéktől. Csak a hiányos belátás és a hiányos corrigálás képeznek egy kóros vonást; de ez a psychikai müködést semmiféle irányban és semmiféle mértékben nem zavarja; ez csak, hogy úgy mondjam, egy szépséghiba, a mely mint a himlőheg, idővel bizonyára el is simul és a mely talán egy kategoriába helyezhető a corneának egy maculájával, a mely a pupilla határán kivül esik és azért a látást absolute nem zavarja.

Ez oknál fogva ugy vélem, hogy a *betegségbe való hiányos belátás és a fenforgott téveszméknek nem egészen praecis értelmezése vagy corrigálása nem zárja ki minden körülmények között azt, hogy egy esetet gyógyultnak tekintsünk, illetőleg a bekövetkezett gyógyulást constatáljuk.* Itt is az individualizálás szüksége forog fenn.

De felmerülhet a kérdés, hogy a kiemelt és talán kórosnak mondható egy vonás is miért nem tünt el? Ha a betegek tényleg gyógyultak és itéletük minden irányban helyes, miért téves az arra az egy pontra nézve?

E jelenségek magyarázatát, a mely hypothesisnél egyéb természetszerüleg nem lehet, csak részben kereshetjük magukban az egyénekben; oka véleményem szerint nagy részben inkább a közfelfogásban keresendő, a mely az elmebetegséget bizonyos félelmetes jelleggel, hogy ne mondjam, odiummal ruházza fel és ha valahol, úgy itt hódol az elvnek, hogy „semper aliquid haeret."

Ezen előitélet hatása alatt állnak betegeink. Egészen öntudatlanul védekeznek tehát azon lehetőség ellen, hogy tényleg elmebetegség volt a baj, a melyen keresztül mentek, félnek az elmebaj gondolatától és ők maguk sem akarnak benne hinni, bizonyos optimismus vezérli őket betegségük megitélésében és így öntudatlanul az önámításnak egy nemét végzik.

Betegségükről ilyképen alkotott felfogásukat megerősíteni óhajtván, bizonyítékokat keresnek és azokat ugyancsak a közfelfogás útmutatása mellett meg is találják.

Nagyon elterjedt felfogás szerint ugyanis elmebeteg és zavart synonym fogalmak. Abban a körülményben tehát, hogy a betegségük alatt történtekre, beszédjükre és cselekedeteikre emlékszenek, vagyis abban, hogy tudatában voltak annak, a mit beszélnek és tesznek, bizonyítékát látják annak, hogy nem voltak a szó szoros értelmében elmebetegek; másrészt azonban belátják, hogy viselkedésük rendellenessége által feltünő volt és azért, hogy ezen viselkedésükből a betegség jellegére vonható következtetést enyhítsék, indokolni és ez által menteni akarják ezen tüneti jelenségeket.

Ezzel a magyarázattal szemben azzal az ellenvetéssel lehetne élni, hogy, ha a magyarázat tényleg helyes, a beteg általi megitélésében nyilvánuló itéletbeli fogyatkozásnak nem kivétel gyanánt, hanem rendszerint kellene előfordulnia.

Hiszem is, hogy nem kivétel gyanánt vagy legalább is nem oly nagyon ritkán fogjuk azt észlelhetni, ha az általunk gyógyultaknak tekintett betegeket ezen momentumra nézve alaposan és behatóan fogjuk vizsgálni. Sokkal gyakrabban fogjuk találni, semmint gondoljuk, de nem mindig.

Nem mindig, mert hiszen az említett előitélet is, ha nagyon elterjedt is, mégsem általános és így minden beteg nem áll annak hatása alatt.

Másrészt lesz sok beteg, a ki hódolt ugyan azon előitéletnek, de épen a saját maga felgyógyulásával dokumentálva látja annak helytelenségét és így az alól emancipálja magát. De ehhez már a kritikai erőnek egy meglehetős foka szükséges; egy akár csak oly fokban imbecill egyén, mint a milyen fennforog azoknál, a kikről az én eseteim tárgyalnak, ily értelmi müveletre önmagától képtelen. A harmadik esetemben utólag bekövetkezett helyesbítés is külbefolyásra volt visszavezetendő.

Különben, bár psychologiai és psychopathologiai szempontból nagyon érdekesnek tartom a kérdésnek ezt a részét is, az mégis háttérbe szorul magával a jelzett klinikai ténynyel szemben, mert ennek nem csak elméleti, hanem fontos gyakorlati jelentősége is van, a mint azt véletlenül épen eseteimnek elseje élénken illustrálja.

Az illető beteg, mint említettem, államvasúti gyakornok volt. A szabályok szerint engedélyezhető szabadságának maximuma lejárván, neki szolgálattételre kellett jelentkeznie, mert különben állását veszti. Ezt azonban csak oly orvosi bizonyítványnyal a kezében tehette, a mely elmebajából való felgyógyulását igazolta. Én magam, bár szolgálati és munkaképességéről meg voltam győződve, elméleti okokból a bizonyítvány kiadását megtagadtam és így tényleg a betegnek existentiáját veszélyeztettem. Szerencsére más oldalról még ideje korán kapott bizonyítványt és így állását megtartotta.

E példa a tárgyalt kérdésnek gyakorlati jelentőségét egy igen egyszerü polgárjogi vonatkozásban mutatja be, de ép úgy lehetne természetszerüleg szó egy komplikáltabb és nagyobb horderejü tényállásról is, sőt kétségtelen, hogy igen komoly büntetőjogi vonatkozások is merülhetnek fel, a melyek az elméletet a gyakorlattal veszedelmes conflictusba hozzák, miért is azt hiszem, hogy a gyógyulás fogalmának a megjelölt szempontból való behatóbb fejtegetése és tisztázása mindenképen szükséges.

Kimutatás

az egyetemi elme- és idegkórtani klinika idegbeteg ambulantiájának 1899-dik évi forgalmáról. (Laufenauer Károly egyet. tanár.)

Közli: *Weisz Miksa* dr. klinikai gyakornok.

(Vége.)

Azt várnók tulajdonképen, hogy a betegség kezdetére vagy tartamára vonatkozólag, vagy talán a kórlefolyásban, vagy a betegek subjektiv panaszaiban fogunk jellegzetes dolgokat hallani, melyek e kórformát körülhatárolják. Igenis vannak néha jellegzetes formák, de ezeket csak elvétve látjuk. Ha végig nézzük az ide tartozó kórtörténeteket, alig találunk két egészen megegyezőt. De még csak az egymáshoz hasonlók is kivételesek. Ezek után eléggé jellegzetesnek tartom a betegség kezdetét. Hirtelen áll be a fejfájás, rendesen a subjectiv „rosszullét" érzetével. A fájdalom mindjárt eleinte nagy fokot ér el. A betegség tartama nagyon különböző. Egynehány naptól eltarthat egész hónapokig. Az egyiknél állandó és gyötrő, a másiknál kihagyó és időváltozáskor excessive fokozódó. A habitualis fejfájással és migraine-nel ellentétben, a hószám nem szokta befolyásolni. Aránylag sokszor hallottuk, hogy reggel jön és eltart a délelötti órákig. De ennél gyakrabban hallottuk panaszolni, hogy a fájdalom este erősbbödik és éjjel eléri legnagyobb fokát. Egy körülmény, mely a luetikusak fejfájására emlékeztet. De attól eltérően, a beteg feje este forró kezd lenni; éjjel a betegek fájdalmuktól álmatlanok; e mellett mindig erősen izzadnak, lázasak.

A betegek subjectiv panaszait illetőleg nagyon vegyes adatokat hallottunk. Leginkább nyilaló, szaggató, hasogató vagy szúró jellegű fájdalmakat panaszoltak; lüktető jellegűt aránylag keveset láttunk. A fájdalom majd a szem körül indult ki, majd az állcsontokból, vagy a

járomívből, vagy a halántékcsontból, majd ismét a fülből; ezek mellett aránylag gyakran a tarkóból. (A cephalalgia habitualisnál ez ritkán jön elő.) A fájdalom soha sem marad egy helyen, hanem majd ide, majd oda vándorol, „bujkál“ szokták mondani, „befátyolozza“, „behálózza“ a fejet; egyik oldalról a másikra átvándorol; máskor mindkét oldalon egyidejűleg jelentkezik.

Nagyon gyakoriak a különféle paraesthesiák. Az egyik beteg arról panaszkodott, hogy fejfájása alatt az egész arcza érzéktelen lesz. Egy másik a tarkó ereit megkeményedni érezte; majd ismét egy, mintha feje szétfeszülne; mintha a feje ki volna tömve; mintha a feje teteje le akarna esni; mintha a szemei nehezek volnának; mintha az álla leszakadna; mintha a feje tetején a csontok szétrepednének; mintha a feje, arcza sebes volna stb. stb. Egy beteg szájában sajátságos izről is beszélt.

A migraine-nél oly jellegzetes optikus tünetek (a látás elhomályosodása, hemiopiák, scotomák és photopsiák), úgyszintén a gastrikus tünetek csak fölötte ritkán fordulnak elő. Ha gastrikus panaszról hallunk, úgy ez rendesen egy complicatio, ugyanis influenzás gastritisből ered; itt a gastrikus jelenségek a fejfájás időszakán túl tartanak és domináljàk a kórképet. De ha a rheumás fejfájásnál a szem és gyomor részéről csak elvétve látunk tüneteket, annál gyakoribb itt a hallás affectioja. Fülzúgás, fejzúgás, fülhasogatás és nehéz hallás majd minden esetben megvannak, sőt sokszor a betegség legkinzóbb tünetét képezik. Sokszor halljuk panaszolni: „ha a fejem fáj, mindjárt rosszul is hallok.“ Még máskor, hogy időváltozáskor mindig fejfájás, bódultság és nehéz hallás áll be. Hogy ezen esetekben a hallási zavarok csupán hurutos eredetűek, bizonyitja, hogy az éles hallás mindig helyre áll a cephalalgia elmultával.

A legtöbb rheumás fejfájásnál vannak többé-kevésbbé kifejezett hát- és tagfájdalmak, fájdalmak a vállban és a tarkóban; de a fájdalom valamennyinél a fejben praevaleál s így a betegek sokszor csakis erről panaszkodnak és egyébb csekélyebb fájdalmakat csak bővebb utókérdezés után beszélnek el.

A betegek önmaguk is gyakran észreveszik, hogy a meleg jót tesz nekik; ha melegbe jönnek, kiáll a fejfájásuk. A fájdalom megszüntével sokszor feltünően éhesek.

A rheumás fejfájás kezelése ambulanter mindig nehéz feladat, mert a betegeknek első sorban egyenletes melegre van szükségük. Szobában, sokszor ágyban maradásuk, kezelésüknek első feltétele. Fájdalomcsillapitóul meleg, nedves borogatást szoktunk ajánlani. A fejnek galvanizálása is jót tesz (anod a fájdalom kiindulási helyére). Belsőleg salipyrin 0·5 grammos porokban, napjában 4 port. Ennél még jobbnak bizonyult az aspirin, 1·0 grammos porokban, naponta 2–4 port. Ez utóbbi szernek előnyeként említhetjük, hogy még igen nagy adagolásnál (2 gr.) sem okoz gyomornyomást, vagy egyébb gastrikus nehézségeket. Huzamosabb alkalmazása azonban fülzúgást és profus izzadást csinál. Egy betegnél valahányszor a szert adtam, már három 1 grammos por után kéztremor lépett fel; ez esetben idiosynkrasiát kellett feltételezni.

A meghüléses eredetű idegbajokhoz semmikép sem sorozhatjuk azon hysteria majorokat, melyek egy pneumonia, vagy súlyos pleuritis után lépnek fel; ugyanazon egyéneknél más súlyos betegség, vagy komoly lelki izgalom ugyanazt idézte volna elő.

Miután az eddigiekben a meghüléses neurosisokkal foglalkoztunk, meg kell még röviden említenem az idegesen terhelt egyének meghülékenységét; az idegesek dispositioját a fent említett betegségek bármelyikéhez. Hogy ezen hajlamosság mily csekélységekben is nyilatkozhatik, lássuk néhány példából. Vannak emberek, kik reggel, ha az ágyban átmelegedve, takarójukat néhány perczre fellebbentik, rögtön beáll náluk egy reactio a belekben: kis hascsikarás, fokozott peristaltica és csakhamar diarrhoea; egy egész könnyű enteritis ez; hajlamosságukat ezen egyének obstipatio alkalmával bátran használhatják therapeutikus czélokra. Gyakran látunk egyéneket, kik egy hideg pohár viz élvezete után náthásak lesznek. Ismerünk egy családot, melynek tagjai, valahányszor a Duna hídján átmennek, mindig egy két napig tartó pharingitist és náthát kapnak. Ezen meghülékenységet kell szükségképen feltennünk a fent említett könnyű arczideg hűdésnél is. Ha valaki kinéz a vasuti kocsi ablakján és facialis hüdést kap, azért ugyanakkor mások is kinéztek és nem kapták meg. Míg ezen facialis hüdéses ember másodszor is könnyen megkapja a hűdését, máskor ismét rheumáját, vagy ischiast, mások mindezen meghüléses bántalmaktól mindvégig mentek maradnak. Klinikai tapasztalataink a facialis hűdésről mutatják, hogy azt nagyobbrészt csak idegesen terhelt egyének kaphatják meg. Egyáltalában láttuk, hogy a terhelt egyén nagyon alkalmas a meghüléses nox befogadására.

Az ideges meghülékenység okát az idegesek vasoconstrictorainak a rendestől eltérő működésében keressük. Hiszen tudjuk, mennyire eltér a hysteriások sympathikus rendszere a physiologikus működéstől. Láttam ideges egyéneket, kik null alatti hőmérsékben hirtelen hevülésről panaszkodtak, arczuk ad maximum hyperaemiás lett és homlokukon sűrű cseppekben gyöngyözött ki az izzadtság. Más embernél, rendes körülmények között, a hidegben erős vasoconstrictio áll be a test felületén: egy physiologikus önvédelem a meghűlés elől. De ha a constrictio helyett, a hideg behatása daczára is, a bőr capillarisai tágak maradnak, sőt még jobban kitágulnak: a hideg behatása a testre, főkép pedig a vérre megkönnyitve lesz és a meghűlés nox, képzeljük el azt magunknak bárminő alakban is, annál könnyebben jut érvényre. Azon vézna gyermek, kit szülői minden legcsekélyebb széltől óvnak, sokszor hónapokon át folyton a szobában tartanak, csekély hőmérsékváltozásnál is megfázik; mert a testfelület edényei (és ideértem az orr és garat nyákhártyáit és a tüdő alveolusait is) nem képesek a hőmérsékváltozásnak megfelelő működésüket kifejteni. Ha tehát a gyermeknevelésben oly annyira ajánljuk a megedzést hideg, meleg iránt egyaránt, úgy a bőredények constrictorainak a gyakorlatát, gymnastikáját ajánljuk. Az ideges egyéneknél nem csupán a constrictorok működésének elégtelenségét, hanem sokszor paradox működését látjuk a hőbehatásoknál. Ezen paradox-reactioban keresem az idegesek meghülékenységének okát.

TÁRCZA.

A páviai egyetem a XV. században.

Nem régen érdekes könyv jelent meg *Henri-Maxime Ferrari* tollából „*Une chaire de médecine au XVe siècle*“ (Paris, Félix Alcan. 1900) czim alatt, melyben egyik ősének, *Jean-Mathieu Ferrari*-nak, a páviai egyetem kiváló tanárának (1431—1472) állít emléket.

Legyen szabad e helyen ezen értékes könyvnek egyik részét, azt a mely XV. század egyetemi viszonyairól szól, röviden ismertetni. A többit, J. M. Ferrari életrajzát, tanári és irodalmi működését nem óhajtjuk ez ismertetés keretébe vonni. Nem mintha a könyv e részének értéke csekélyebb volna az ismertetendőnél, sőt tekintve, hogy Ferrari működését ily széles alapon még nem ismertette senki, hézagpótló munkának kell neveznünk a művet; azonban ezen rész az orvostörténelemnek csakis szakszerű művelőit köti le teljesen, mig azok a fejezetek, melyekbe e helyütt rövid betekintést óhajtunk nyujtani, egyaránt fog érdekelhetni minden olvasót.

* * *

Az 1250-ben felállitott páviai egyetemet teljes formájában *IV. Károly* német császár alapitotta meg 1361-ben. Az orvosi facultás kezdettől fogva megvolt benne. A város természeti szépségei, fekvése s az egyetemnek IX. Bonifacius pápa által is megerősített kiváltságai elejétől fogva a tanitványok nagy számát odavonzotta.

Az egyetem felvirágzásának korszaka *Visconti Fülöp Mária* herczeg kormányzása idejére esik, a ki a legmesszebbmenő kiváltságokat nyujtotta a tanulóknak s irántuk a legnagyobb vendégszeretettel volt. Csupán egy dolog hiányzott minden jóindulat teljessé tételére: a pénz. Az egyetem kapui — ha csak rövid időre is — bezárulnak, mert nincs miből fizetni a tanárokat. *Ascanio Sforza* cardinalis bőkezűsége azonban lehetővé teszi, hogy a tanárok, kik az előadásokat már be is szüntették, újra megkezdjék azokat. Fülöp Mária herczeg 35 éves kormányzósága alatt nem kevesebb, mint 300 tanár működött a páviai egyetemen, ezek közül 72 az orvosi facultáson. Halála után a milanoiak kikiáltják a köztársaságot és felszólitják a páviai diákokat, hogy hozzájuk csatlakozzanak. Ezek azonban a felhivásra azzal felelnek, hogy *Sforza Ferencznek* felajánlják a „*páviai gróf*“ czimet s egyúttal felszólitják, erősitse meg az egyetem kiváltságait, a mit ez ünnepélyesen meg is tesz (1448). A milanoi köztársaság bukásával 1450-ben az általuk alapitott új egyetem is bezáratott s Pávia egyeteme megszabadul vetélytársától. A város Lombardia központjává emelkedik, a miben a legnagyobb része a Sforza-családnak volt, mely később sem felejté el soha, hogy hatalmát a páviaiak támaszának köszöni.

A XVI. században Lombardia a vetélkedő herczegek csatamezejévé lett s az 1525-diki páviai ütközet után az ellenség Páviát elfoglalta és három izben kifosztotta.

Lássuk ezen rövid bevezetés után a páviai egyetemi életet a XV. században!

Általában mondható, hogy azon század egyetemei mindenben igen hasonlóak egymáshoz; az élet s a szokások pedig a maiak gyökerei: a vizsgálatok, a kurzusok, a facultások, az akademiai grádusok s a (minálunk kevésbbé, de pl. Németországban igen elterjedt) corporatiok, mindmegannyian már a XV. századbeli egyetemeken fellelhetők s a mások mintájául szolgáltak.

Az egyes egyetemek rendszerint valamelyik facultásuk révén váltak hiressé. Páris vonzotta a legtöbb theologust, Bologna a legtöbb jogászt, Padua, Montpellier és Pavia a medicusokat. Az utóbbi valóságos egyetemi város volt; szinte annak kedvéért, mert általa állott fenn.

Olaszország északi részében való fekvése, éghajlata és az által, hogy benne a mindennapi élet is igen kellemes volt, könnyen fejlődhetett szellemi központtá is, mely e részben a XIV. és XV. század folyama alatt bátran vetélkedhetett a hires Paduával. A külföldiek közül főleg a németek keresték fel Páviát, de hogy magyarokat is találunk a hallgatók közt, azt a következő vers is bizonyítja:

Candidior fusis venit per colla capillis
Germanus, Latiae ductus amore togae,
Pannonius patriis e sedibus exulat acer,
Gymnasium posito qui colit urbe sago . . . stb.

Míg a többi egyetemen a rector a doktori kar által választatott, addig itt személyes rectorválasztó szavazata volt minden hallgatónak, ki 25 éves, büntetlen előéletű, tiszta erkölcsű volt, s tiszteletreméltó családból származott. A rector egy évre lett választva évi 30—50 fizetés mellett. A pedellus pedig nemcsak szolgája volt, de egyúttal titkára és könyvtárnoka a facultásnak.

A tanulók októberben érkeztek Páviába, közvetlenül az előadások megkezdte előtt s életüket társadalmi rangjuk és anyagi tehetősségük szerint rendezték be. Némelyek a tanárok házánál laktak, őket előadásaikra hiven elkisérték, mások olyan családokhoz mentek, kik gyermeküket cserébe adták a jövevény tanuló szülőihez. A hires *Platter Felix* is ilyen cserébe vett ifjú volt Catalan gyógyszerész házában. Voltak, kik sze-

génységük folytán ellátás fejében nevelősködésre voltak kényszerítve, a mi azonban igen lenézett állapot volt. Voltak családok, melyek több ifjút is vállaltak ellátásra, a mely rendszerből a későbbi tanuló-pensionatusok s collegiumok fejlődtek. Bőkezű egyének ily czélokra alapítványt is tettek, melyek üres helyeire mindenkor temérdek volt a jelentkezők száma. Párisnak a XVI. században több mint ötven ilyen collegiuma volt.

Az egyetemi tanulók a XV. században egészen különálló társadalmi osztályt képviseltek, mely főleg magatartásuk és kiváltságaik által volt a többitől elhatárolva. E részben is valamennyi azon korbeli hasonlít egymáshoz. De egy dologban szigorúan meg voltak kötve: szerencsejátékokat (*ludos hazardi*) tilos volt játszaniok. De egyébként igen víg életet éltek, főleg farsang idején. Farsangi szokásaik közé tartozott pl. a tanárok könyveit elcsenni, s azokat csak darabonként 1 frtnyi váltságdíj mellett visszaadni. Az esztendőnek ezen víg hetei mindenféle zenebonára, sőt veszekedésre adtak alkalmat. *Pontremoli* főgondnok egyik levelében meséli, hogy egy izben a tanulók a hôtel Beccariában álarczos bált tartottak; az egyik német tanuló táncz közben elcsúszik; mindenki nevet; amaz felál, egyenesen kérdőre vonja társait, mire éktelen czivódás tör ki az olaszok és a németek közt, kik immár két táborba szakadva verik be egymás fejét.

Számos hasonló esetről egykori feljegyzések tesznek tanúságot.

De víg életmódja mellett is a tanulóság komoly számba vett társadalmi osztályt képviselt s a tanulók származása, rangja, társadalmi súlya magának az egyetemnek tekintélyét is öregbítette. Éveikre nézve is előrehaladtabb korúak voltak s maga a szorgalmi idő hosszabb volt.

A tanárok évről-évre új megbizást kellett, hogy nyerjenek a tanitásra; Bolognában maguk a hallgatók választották őket, Páviában a herczeg nevezte ki őket. Kötelességükké tétetett bizonyos tiszteletdíj mellett bizonyos számú előadás megtartása.

Az esztendő befejeztével szabadok voltak s képességeiket — ha úgy tetszett s szerencséjük kedvezett — más egyetemen értékesíthették előnyösebb feltételek mellett.

Az előadások nem egy épületben tartattak meg, hanem úgyszólván mindegyik tanár más-más épületben adott elő. Nehogy a tanulók figyelme elvonassék, szigorúan s pénzbirság vagy carcer-fogság terhe alatt kimondatott, hogy a tanulók családtagjainak egyetemi épület közelében tilos volt a tartózkodás.

Az előadások október 19-dikén kezdőttek és szeptember 7-dikén értek véget. Husvétkor 15, karácsonykor 11 napi szünidő járta. A mely hét folyamára ünnep nem esett, annak a hétfője is szabad nap volt. Az előadások egy része délelőtt tartatott s a reggeli harangozással kezdődött és 9 órakor reggel végződött. Ha a tanár lekésett a pontos időről, vagy ha valamelyik tanuló az előadás befejeztével még tovább is a teremben maradt: birságot kellett fizetniök. A délutáni előadások 12 órakor vagy a későbbi órákban kezdődtek és 1½ vagy 2 óra hosszat tartottak. A tanitás kizárólag szóbeli volt; könyvekből felolvasni vagy ilyeneket a tanulóknak átadni tilos volt.

Az előadott *tantárgyak* kétfélék voltak: rendeseknek neveztettek a főtárgyak, rendkivülieknek a kevésbbé fontosak. A tanulók rendszerint két-három főtárgyat hallgattak egy napon; az előadásokon pontosan megjelentek, mert drágák és nehezen szállíthatók lévén a kéziratok, a tanárok meghallgatása nélkülözhetetlen volt.

A tanító személyzet mellett, mely nagyobbára külföldről származott tanárokból állott, egy *orvosi collegium* működött, melyben ugyan véletlenül tanárok is helyet foglalhattak, de tagjainak okvetlenül a nemzetből valóknak kellett lenniök. Egy zárt testület volt ez, mely Páviában 14 rendes tagból állott, kik a vizsgadíjakon és a fokozatok kiosztásából származó jövedelmen osztakoztak s ezen jogukat kicsinyes féltékenységgel őrizték.

Az egyetemi fokozatokat (gradus) illetőleg azon időben a baccalaureatus és licentiatus előzte meg a legfelső fokozatot: a doctorátust. A legelső nem is annyira fokozat volt, mint inkább puszta documentálása bizonyos iskolázottságnak. Történt pedig ez a könyvek vizsgálata révén, melyeknek nem szabadott hiányosaknak lenniök. Nagyon érthető ebből, hogy némely helyen, így Páviában is, semmiféle fontosságot nem tulajdonitottak a baccalaureatusnak s első fokozattá a licentiatust tették. Ezen gradus a szöveg-magyarázásra jogosította fel az illetőt (*licentia docendi*) s ezt az egyetemi szabályzatok már is a képzettség terjedelméhez s alaposságához kötötték s tulajdonképen a legjelentősebb gradus is volt.

A doctoratus elnyerése czéljából már vizsgát is kellett a tanulóknak letenniök. E végből az ú. n. *szigorú magán-vizsga* megtartását kérhették. Az illető tanuló valamelyik társa kiséretében a rectornál jelentkezett, a ki a vizsga napját, óráját és helyét kitűzte. A jelölt itt és ekkor megjelent promotorai, vagyis azon tanárok kiséretében, kiknek előadásait hallgatta. A vizsgálat előtt a jelöltet megkérdezték hány éves, mit végzett, miként töltötte el egyetemi tanulmányi idejét stb. Ezután a vizsgálat anyaga lett megállapitva, még pedig négy doctor által, majd pedig nyilvánossá téve, hogy mindenki elkészülhessen a jelöltnek adandó kérdésekre, sőt ha tetszik, ellene argumentálhasson. Szokásban volt ezen hivatalos promotorokon kivül még néhány önkénytesen vállalkozót is felkérni.

Miből állottak a vizsgálat kérdései fölött megindult discussiok, bizonyítások, könnyen elképzelhető, ha elgondoljuk, hogy a használatos szövegek mind romlottak, vagy hiányosak s a fordítások hol czélzatosan, hol pedig a korszak barbar latinsága folytán elferdítettek voltak. Ki mert volna a mesterek szavain igazítani? S valóban a hosszú idő alatt, mely alatt a tanulók a tanulmányokat, melyeket birálat tárgyává tenni nem volt szabad, bevégezték, elég idejük volt józan kritikájukat elveszteniök. Ennek megfelelően a jelölt nem meggondolva, mint inkább folyékonyan, sőt hadarva beszélni törekedett, beszédjével szinte elszédítve hallgatóságát. Dicső dolognak tartották, ha valakinek hosszú órákon keresztül folyton járt a szája, meg nem akadt, hanem még új szavakat is talált. Néha 12 óra hosszat is eltartott az értekezés. Koronája volt ez a tanulmányoknak, mert nem szükségképeni kelléke az orvosi gyakorlatnak.

Az értekezést a *felavatás* követte: az egyszerű vagy az ünnepies promotio. A felavatandó választhatott a kettő között, mert lényegükben egyek voltak, csupán az utóbbi fény és pompa mellett ment végbe, a mi tekintélyes összegbe is került.

Az egyszerű promotio olykép ment végbe, hogy a felavatandó a felavatókkal egy terembe vonult, melybe azok részére „de optimis confectionibus et vino malvatico"-val megterített asztal állott a felavatandó költségén készen. Itt azután a pedellus a gradus jelvényeit felrakta az új doctorra.

Az ünnepies promotio szertartására a felavatandó, barátai és társai által körülvéve, a kitűzött napon a rector lakásán megjelent. Azzal együtt gazdagon felékesített ló hátán vonult be a jelölt a nagy templomba. Szolgák, segédek, fuvolások, trombitások tarkitották a kiséretet, mely után a tanárok és tanulók lépkedtek. Harangszó mellett halad a menet. Valóságos ünnep napja ez! A kereskedők is becsukják boltjukat és a kézművesek abbahagyják munkájukat. A nagy-templomba megérkezve, az erre az alkalomra felállított magas emelvényen, a nézők és hallgatók nagy tömege előtt a jelölt latin beszédet tart, mire a rendjemódja szerint megszentelt jelvényeket veszi át: egy csukott és felnyitott könyvet, a süveget, a jelképes eljegyzés (*desponsatio*) jelvényét, az arany gyűrűt s a béke-csókot.

Szertartás után az új doctor zeneszó mellett, a doctorok, tanulók, tisztek s a város előkelőinek kiséretében haza megy s nagy lakomát ad barátainak, melynek költségei elképzelhetőleg igen magas összegre rúgtak.

Győry Tibor dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A vízzel gyógyítás köréből.

Közli: **Kuthy Dezső** dr. egyet. m.-tanár.

Főleg a gyakorlati irányzat az, mely újabban a hydrotherapia irodalmában kifejezésre jut. Miután ez a disciplina, az út-törők komoly munkája révén, a hasznos érvényesülés útjára elindult, a vele foglalkozó orvosok mind pontosabb megfigyelései, tapasztalása segedelmével gyógyító tényezőinek subtilis javallatait illetőleg is egyre biztosabb alapot nyer. És ha igaza van *Leichtenstern*-nek, a mikor igy szól: „Unstreitig hat in allen von der Physiologie auf die Therapie gezogenen Schlussfolgerungen die *klinische Erfahrung* das entscheidende Wort zu sprechen" — a mint, hogy feltétlenül igazát kell adnunk — akkor a vízzel gyógyítás tudománya elérkezett az ő újkori pályafutásának harmadik szakaszához. Hasznának empiriás felismerését jeles tehetségű kollegák által, követte a physiologiai alap megteremtése s ezt a nyugodtabb, öntudatos observatio időszakasza. Ez utóbbit látjuk napjainkban folyvást s ha számot vetünk azzal az igen örvendetes jelenséggel, hogy a klinikák mind élénkebb érdeklődéssel vannak a medika hamupipőkéje iránt (legújabban a budapesti II. belklinikát is pl. izzólámpás izzasztó-szekrénynyel szerelték fel), úgy nem lehet kételkednünk benne, hogy a hydrotherapia, a többi physikalis gyógyító eljárásokkal együtt, még csak most áll igazi resurrectiójának küszöbén.

Heidelbergből már klinikai tapasztalatok alapján kapunk hirt (*E. Beyer*, Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie, 1899.) a 28° R. = 35° C. *hőmérsékű prolongált egész fürdők* jótékony hatásáról a *decubitusos* betegnél, megnyugtató erejéről *mania* esetén, nem ritkán a *paralysis* izgalmi állapotaiban is, ugyancsak e beavatkozás sedativ befolyásáról *alkoholos* és *epilepsiás* excitatiokban. Naphosszat benne tartható a permanens fürdőágyban a beteg, kitéve a közömbös temperaturájú, nyugton álló víz ingertávoltartó hatásának. Még a hószám idején sem kell eltérnünk e therapiai berendezéstől, melylyel, remélhető, hogy az izolálás indicatioját elmebajosoknál nagyon le fogjuk a jövőben csökkenthetni.

Közel áll az indifferens fürdő calmans befolyásához a *felmelegedő* (*Priessnitz-*) *borítások* megnyugtató hatása is. Minél nagyobb bőrfelszint illet a borítás, annál inkább. Elsőben számba jő itt természetesen a nedves begöngyölés, hideg, erősen kicsavart lepedővel s rá következő pokróczba csavarása a betegnek, az az eljárás tehát, a mit *pakolásnak* szoktunk egy polgárjogot nyert, bár nem valami díszes idegen szóval nevezni. De sedativ szerként hat *Dornblüth* tapasztalatai szerint *neurasthenia* esetében a partialis felmelegedő borítás is, nevezetesen a *haskötő*. Ez, ha éjjelre teszszük fel, altat, s reflectorice javítván a gyomor circulatioját, étvágyemelő befolyással is van (Münch. med. W. 1900).

Még a *félfürdők* adásánál is elkerülni kivánja *Dornblüth* az izgatott neurastheniás esetében mindazt, a mi túlerős ideginger lehetne. Elitéli a bőr *dörzsölését*. Hogy ez oly általánosan, mondhatnám *károsan általánosítva* van divatban, persze még a vizkezelés primordiális korszakának kelletlen residuuma. Magam akárhányszor elmellőzöm már s csak gyengéd öntözés az, a mit a kád 31—30° C. vizével a betegnek adatok. Természetes, hogy az ilyen locsolgatást megköszönte volna a beteg Radegundban, a hol „hideg-kúrázott" (a mi magyarjaink, a kik nagygyá tették Radegundot, jól eltalálták a kifejezést!), vagy megköszönné még

sok más helyütt, a hol széltében járják az alacsonyabb (25° C. stb.) félfürdő-hőmérsékletek. Hideg, vagy csak érezhetően hűvös vízben is a bőr intensiv dörzsölése nélkül — a mi hyperaemia előidézése útján a köztakaró fűtését fokozza — csak perczekig is meglenni, bizony momentán sem túlságos élvezet. A *Dornblüth* figyelmeztetése tehát indirecte szintén csak arra figyelmeztet: óvakodjunk a drasticumoktól, ott a hol az idegrendszer megbetegedése forog szóban.

Még az olyan idegbántalmakban is, a melyekben a kétségbeesett prognosis első pillanatra szabadabb kezet látszik engedni a therapiás kisérletnek, kitünt, hogy a *túlzott inger-alkalmazás* (s ez más idegingerre csakúgy áll, mint a hőingerekre) *káros* hatással van. A *tabes lancináló fájdalmai* forró fürdőkre ép úgy súlyosbbodnak, mint brusque hideg-alkalmazásra. Forró gőzzel kezelt (rheumának nézett) tabes dorsalis-esetek akárhányszor rapid előhaladást mutattak a rosszabbodás terén. Az *enyhe ingerek* hatására, talán a központi idegrendszer táplálkozási viszonyainak javulásával (*Winternitz*) nem egyszer látunk *tüneti javulást*. A bécsi iskola általában 28—23° C.-ra lehűtött 6—8 perczes félfürdőket alkalmaz tabesnél (mi 30° C. hőmérsékűeket 1° lehűtéssel), ha a czikázó fájdalmak nagyok, 30° C. és 8—10 percz a félfürdő rendelése, puszta öntözéssel; előhaladott esetben, nagyfokú ataxia mellett, meg épen csak partialis lemosások reggel az ágyban — utána fekvés — az, a mi hasznot hozhat. (Blätter f. klin. Hydrotherapie, 1899).

Általánosan ismert a 10—15—20 perczig tartó *kifejezetten langyos egész fürdők altató* hatása. Mit értünk *langyos* fürdő alatt? Ha az *egész testre ható* hőinger-alkalmazást tartjuk szem előtt, akkor szerintem csakis a következő osztályozása a temperaturáknak fogadható el: 20° C.-ig hideg, 21—30° közt hűvös, 31—35° langyos, 36—40° meleg, 41° C. már forró. Tehát a kifejezetten langyos, azaz 33—35° C. hőmérsékű egész fürdő elernyesztő, a közérzetre bágyasztólag ható s így rendszerint altat. Lehetnek azonban kivételek. *Leichtenstern* az ő balneotherapiájában mindjárt önmagát hozza fel ilyenül. Találkozunk insomniában szenvedőkkel, a kiken egy esti futólagos hideg lemosás vagy épen néhány pillanatnyi immersio a hideg medenczébe segít. De vajjon nem ugyanaz a jelenség-e ez, mint midőn egyik beteg chloraltól, a másik paraldehydtől alszik? Sőt directivánk is van már arra nézve, mikor várjunk több sikert egyik s mikor a másik szertől. *Broadbent* az ő szép előadásában a londoni Medic. Graduates Collegeben az álmatlanság gyógyításáról kifejtette,[1] hogy a mikor az érfeszülés nagy, akkor chloralt adjunk, mikor kicsiny, paraldehydet. Nos, a chloraléhoz hasonló befolyása az érfalra a kifejezetten langyos fürdőnek van, a paraldehydéhez közel álló befolyással a rövid, intensiv hidegingerek birnak.

Chloral és 33—35° C. hőmérsékű fürdő ellazítólag, paraldehyd és intensiv hideg-befolyás tonus-emelőleg hat az erekre. Úgy az érfal atoniája, mint hypertoniája pedig, ha túlságba csap, gátló momentumát teheti a normalis álomnak.

Az *alacsony temperatura*, jó vezető közeg útján (víz) rövid időre érintkezésbe hozatván a bőrrel, a köztakaró nagyobb felszinén: hasonló értelemben hat a szívre, mint a *digitalis*, azzal a különbséggel, hogy a hatás gyorsabban előáll és kevesebb ideig tart, tehát a siker az általános hidegalkalmazás ismétlését feltételezi. (Cumulatio persze nincsen.) Ha azonban helybelileg a szívtájra alkalmazzuk a hideget borítás vagy hűtőkészülékek útján, akkor hosszasan tonizálható a szívizom, csökkenthető az összehúzódások száma, emelhető ezek ereje, növelhető a vérnyomás s javítható a véforgás szabatossága. Csak nem tanácsos itt sem mindjárt excessive hideg hőmérsékleteket (jeges víz-borítás stb.) alkalmaznunk, mert erre a myocarditises degeneratioban szenvedő szív szapora arythmiás pulzussal reagál s ingerlékeny, hidegtől különben is irtózó egyének is rosszul tűrik. A hűvös temperaturák alsóbb fokain kezdve, óvatosan előhaladhatunk aztán az intensiv hidegingerek régioihoz. A digitalis-hatáshoz nyilvánuló ezen hasonlatosságot fejtegette nemrég *Munter* a berlini belgyógyászok egyesületében.

Sok nyilt kérdés van a hydrotherapiában is, csakúgy, mint az orvosságos gyógyítás terén. Jellemző tanúsága ennek, hogy *Kellogg* a „Modern Medicine“ 1899. augusztusi számában a gyermekkor typhusának kezeléséből kizárandónak mondja a hideg fürdőt, *Glénard* pedig, a párisi orvosi akademia levelező tagja, a Revue de Thérapentique ez idei első számaiban a következő konkluziora jut: „ha a gyermekek hasi hagyma-betegsége systemásan hideg fürdőkkel gyógyittatik, a bántalom merőben jóindulatú karaktert ölt, de csakis egyedül ezen kezelésmód alkalmazása mellett“. Nagy feladat vár még a klinikai pontos tapasztalat-gyüjtésre minden téren.

Igen érdekes kis monographiáját adja az obstipatio spastica kezelésének a Bl. für Klin. Hydroth. 1899. 11-dik száma *Kraus* dr. tollából. A bántalom tünettanát behatóan ismertetvén, áttér ezen, a vastagbél görcsös befűződései által jellegzett kórállapotnak gyógyítására. Minden kerülendő itt, a mi lokalisan vagy általánosan izgat. Nem való ide a Graham-kenyér, a has massálása, de még a rövid hideg ülőfürdő sem, ellenben jótékonyan foly be a hasra alkalmazott felmelegedő borítás, a langyos ülőfürdő, nemkülönben az egész testnek kellő megmelegedésig (rendszerint 1 óra hosszat) tartó pakkolása. Minden hasznot hoz itt, a mi calmans, megnyugtató, hogy a bélmusculatura beidegzésének kóros fölöslege leküzdhető legyen. Ezt mutatja és igazolja a helyes klinikai megfigyelés s miközben így gyűjtjük az orvosi tapasztalat erős várához az egyes kavicsos, a véletlen reá vezet egy-egy olyan jelenségre is, mint e sorok iróját nem rég, hogy a *két kezünk belemártása hideg vízbe a csuklást legtöbbször momentan megszünteti*, ilyenkor azután el is physiologizálhatunk ismét, rágondolván a nervus phrenicus anastomosisaira a karfonat idegpályáival.

[1] L. bőven magyarul is: Orvosi Heti Szemle, 1900. február 11-diki sz.

Könyvismertetés.

Leçons de clinique médicale faites a l'hôpital général de Montpellier. Par le Dr. **J. Vires**, prof. agrégé. Montpellier, 1900. 245 lap.

A nagyokat kisebbek követik, Vires is összegyüjtötte előadásait. Közülük négy a Basedow-kórról szól, de semmi újat sem tartalmaz; a német irodalmat nagyon kevés figyelemre méltatja; bár Moebius álláspontját fogadja el, e szerzőt épen csak megemlíti. A sebészeti eredmények megitélésében optimista, úgy látszik, nincsenek saját tapasztalatai. Érdekesebb ennél a Parkinson-kór tárgyalása, melyben az újabban több helyről hangoztatott viszony az izület-csúz és Parkinson-kór között megbeszélés tárgya. E téren saját vizsgálatai is vannak, a melyek szerint a betegek vizelete phosphorban szegény. Hypothesise a paralysis agitansról az, hogy e baj a tonus fokozottságának és egyensúlyzavarnak a következménye, tehát a hid nyúltvelői és kisagyi úgynevezett automata neuronokban székel a megbetegedés. A facialis bénulásról, lueses myelopathiákról és myxoedemáról tartott előadások e bajokat áttekinthetően tárgyalják, új szempontok nélkül. A crises gastriques határát tágra szabja, a mennyiben nemcsak a tabesról szól, hanem valamennyi gyomorbajról és egyéb bajokról, a melyekben a gyomorban fájdalomrohamokat észlelni. A kötetet tanitványa, *Salager* thesisének kivonata zárja be a betegségek antagonismusáról, melyben főleg a tuberculosis és arthritis egymást gyengitő befolyásáról van szó. *Kollarits.*

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Adatok a daganatok aetiologiájához. Előleges közlemény alakjában *M. Schüller* arról tesz jelentést, hogy sarcomákból és carcinomákból élesen jellemzett alsórendű, valószinűleg állati mikroorganismust volt képes kitenyészteni. Ugyanezen mikroorganismust legkülönfélébb fejlődési szakaszaiban a daganatszövetben magában szintén megtalálta, még pedig carcinomákban és sarkomákban látszólag egy és ugyanazon mikroorganismust. A parasita ovalis, néha szabálytalan alakú, lapos, hólyagos képlet, mely kifejlődött állapotban vörös vérsejtnél háromszor vagy még többször nagyobb, aranysárga vagy barnás színű, erős fénytörésű, relative durva, ellentálló tokból és sötétebb bennékből áll. A tokon porusokat észlelt. A fiatal formák hasonló színű, de kisebb kettős körvonalú testecskék, melyek gyakran finom protoplasma nyúlványok által szegélyezettek. Alakváltoztatásra képesek, helyzetváltoztatásra nem. Legczélszerübb őket friss készitményben vizsgálni, vagy igen gyenge magfestő szerekkel festeni, úgy hogy saját szinüket megtartva csak a szövet magvai festődjenek meg. Az organismusokat eddig minden esetben megtalálta, úgy friss, mint alcoholban keményitett daganatokban. Tenyésztésük következőkép sikerül: Az asepsis legszigorúbb szabályai mellett a tumorból kivágott apró szövetdarabkákat steril üvegedényben sötétben tartja testhőmérsék mellett. A daganatszövet maga szerepel mint táptalaj. Ha a tumor pl. exulceratio útján fertőzött, a cultura nem sikerül, mert ilyenkor a többi mikroorganismus túlburjánozza az eredeti kórokozót. 3 nap mulva az üvegben a tumordarab körül szürkés-sárgás áttünő cseppecskék keletkeznek, melyek nem egyebek, mint a kórokozó mikroorganismus coloniái. Szerző protozoáknak tartja őket. Schaudin dr. zoologiai magántanár most foglalkozik meghatározásukkal. Állatkisérleteket végzett már, de az idő rövidsége miatt azok eredményeiről még nem számolhat be. (Centralbl. f. Bakteriologie, 27. kötet 511. l.) *Zimmermann* dr.

Adatok a syphilis-aetiologia ismeretéhez czimen ugyancsak *M. Schüller* rövid közlés alakjában arról számol be, hogy az összes syphilitikus megbetegedési formákban, úgy primaer induratiok, mint gummák eseteiben a szövetekben, sőt florid syphilis esetén a lép vérében is az előbb a daganatokban leirt parasita formákhoz hasonló mikroorganismust talált és tenyésztett ki. (Nem a helytelen módszer szolgáltatta műtermék hibás magyarázatából erednek-e Schüller mikroorganismusai, ezen közléseiből nem derül ki. Hogy bővebb ismertetésükkor meg fogja-e tudni dönteni ezen kétséget, kérdéses. Ref.) (Centralbl. für Bakteriologie, 27. kötet.) *Zimmermann* dr.

Gyógyszertan.

A chloroform Anschütz nem egészen új készitmény. Létrejövetelét annak az érthető buzgalomnak köszöni, a melylyel a kutatók tisztább chloroform-készitmények előállitásán fáradoznak, hogy ez által a narkosisnak veszélyei, ha nem is egészen elkerülhetők, de legalább kisebbek legyenek. A legutóbbi időben ugyanis, mint ezt *H. Schmid*[1] emliti, kimutatták, hogy úgy a gyógyszerkönyv követelményeinek megfelelő chloroformium e chloralo, sőt a Pictet-féle chloroform is idegen anyagokat, fertőzményeket tartalmaznak. A narkosisnak veszélyes volta, a mennyiben ugyanis ez magától a chloroformtól van feltételezve, tökéletesen nem szűnhetik meg és így nem is fogadható el *Witzel*[2] azon nézete, hogy ezen új készitmény használata folytán, mely idegen anyagoktól teljesen ment, a chloroformnak eddig ismert fenyegető hatása a szívre tökéletesen elesnék; ez ugyanis azt jelentené, hogy a tiszta chloroformnak a szívre absolute semmi kártékony befolyása nincs.

A „*Chloroform Anschütz*“ vagy *salicylid-chloroform* előállitása a következő módon történik: A salicylid, a salicylsav egy anhydridje, chloroformmal egy jól kristályosítható összeköttetést képez; ezen kris-

[1] Centralblatt f. Chirurgie. 1893, 52. sz.
[2] München. med. Wochenschr. 1894, 26. sz.

tályokban a chloroform mintegy a kristályvíz szerepét játszsza; tehát ha ezen kristályokat zárt edényekben hevítjük, a chloroform átpárolog s ily módon tisztán állítható elő.

Hatására vonatkozólag ezen készítményt *Witzel* és *Schmid* vizsgálták meg, de különösen ezen utóbbi végezett vele számos narkosist. Vizsgálataik eredménye a következőkben foglalható össze: Különbség mutatkozik a hatás módjára nézve ezen új készítmény s a régibb chloroform-készítmények között mindjárt a narkosis kezdetén; az izgalmi szak vagy nem vagy csak igen kis mértékben jelentkezik, például iszákosok altatásánál; vagyis az átmenet a narkosis kezdetéből a bódulat szakába sokkal enyhébb a betegre és könnyebb az altatóra nézve, mint a milyennek eddig ismertük.

Itt említjük fel *Witzel* azon állítását, hogy a bódulat beállta különösen arról ismerhető fel, hogy a pulsus, mely a narkozis kezdetén, vagyis a narkosis izgalmi szakában gyenge és szapora volt, most a rendes erőbeli állapotnak megfelelő számú és erejű lesz.

A mi magának a narkosisnak a lefolyását illeti, az általában csendesebb, zavartalanabb volt. Ájulások, asphyxiák, sőt hányás a narkozis alatt sokkal ritkábban fordultak elő. Igen helyesen hangsúlyozza azonban *Schmid*, hogy mindezek daczára, úgy mint előbb, most is csak egy erős szívméreggel dolgozunk és nem fogadja el *Witzel* azon nézetét, hogy ezen készítmény használatánál „mintha nem is chloroformmal volna dolgunk!“

Határozott előnyéül tudható be ezen szernek azon tulajdonsága, hogy a betegek úgy a narkosis alatt, mint utána is, sokkal kevesebbet hánytak, soknál pedig hányás épenséggel nem mutatkozott, sőt voltak olyanok is, kik a narkosisból felébredve, jó étvágygyal láttak hozzá ebédjök elfogyasztásához. Ugyancsak ezen új szer javára nyilatkozott ily értelemben több olyan beteg, kiken másodszor végeztek műtétet s kik az első műtét alkalmával más chloroform-készítménynyel voltak altatva.

Nem szabad azonban akkor, midőn ezen új szer előnyeit konstatáljuk, megfeledkeznünk arról a fontos körülményről, hogy az összes narkosisoknál, melyeket ezen szerrel végeztek, kizárólag a csepegtető módszert használták. A gyár maga is gondoskodik arról, hogy ez így történjék, mert az általa gyártott chloroformhoz egy igen elmésen szerkesztett csepegtető készüléket mellékel, mely minden eredeti üvegre alkalmazható. Ha meggondoljuk, hogy a narkosis alatt a baj igen sokszor az altató hibájából származik, úgy be fogjuk látni, hogy a fenn elősorolt jó eredmények nagyrészt a helyes narkotizálás következményei. Természetes, hogy azon jó tulajdonságok, melyek ezen szerrel létrehozott narkosisok izgalmi szakára és különösen a narkosis utóhatására vonatkoznak, magában az új készítményben lelik magyarázatukat. A *chloroform Anschütz*-ből a narkosishoz, a mint azt *Schmid* kiszámította, körülbelül épen annyi szükségeltetik, mint a többi ismert chloroform-készítményekből, vagyis egy perczben kb. 1 cm^3.

A „*chloroform Anschütz*“ ára nem nagyobb mint más chloroformé, a mennyiben egy 50 gm.-os üveg 1 márkába kerül. A készítmény egyedüli előállítója a berlini „Aktien-Gesellschaft für Anilinfabrikation“.

Kerntler Jenő dr.

A dormiol (dimethylaethylcarbinolchloral) egy új hypnoticum. Ezen új szer, melyet most Kalle és társa biebreichi vegyészeti gyára állít elő, úgy jön létre, hogy egy tömecs chloral egy tömecs amylenhydrattal, vagyis dimethylaethylcarbinollal melegítés közben egyesül.

Igy állította elő a *dormiol*-t először *Fuchs*,[1] a ki azután *Koch*-hal[2] együtt ezen új szerrel állatkisérleteket is végezett. A fent említett előállítási módon kivül létrejő a *dormiol* még úgy is, ha chloralhydrat és amylenhydrat hatnak egymásra; ilyenkor a chloralhydratból egy tömecs víz hasad le.

Előállítható a *dormiol* továbbá még chloralhydratból és amylenből is, de nehezebben.

A *dormiol* víztiszta, szúró, mentholra emlékeztető szagú, hűsítő, kissé csipős ízű folyadék, mely alcoholban, aetherben, chloroformban, benzolban, zsiros és illó olajokban jól oldódik s velök bármily arányban keverhető. Érdekesen viselkedik a vízzel szemben, a mennyiben, ha vízzel keverjük, kezdetben semmi sem oldódik belőle, hanem a két folyadék fajsúlyainak megfelelően egymás fölé rétegezve marad. Hosszabb ideig való állás után azonban, vagy ha erősen összeráztuk, egész tiszta oldat képződik; mindegy, hogy a *dormiol* és víz mely arányban voltak egymáshoz keverve. Hogy ilyenkor a víz nem bontja el a *dormiol*-t chloralra és amylenhydratra, hanem változatlanul oldja, azt *Fuchs* a dormiolnak szintén általa feltalált azonossági kémlései segélyével bizonyította be.

A *dormiol*-lal végezett állatkisérletek fenti két szerzőnek azon reményét, hogy ezen szer a chloralhydratnál kevésbbé mérgező hatású lesz, beigazolták. Egyforma súlyú kisérleti állatok (házinyulak) a chloralcomponensből, ha azt *dormiol* alakjában kapták, 1/4-del többet tűrtek el minden káros követelmény nélkül, mint a tiszta chloralhydratból. Ennek demonstrálására felemlítjük *Fuchs* és *Koch* kisérletei közül a következőt: két egyforma súlyú házinyúl közül az egyik kapott 0·8 gm. chloralhydratot 0·71 gm. chloraltartalommal, a másik ugyanakkor 1·4 gm. *dormiol*-t 0·76 gm. chloraltartalommal; az első állat 5′ mulva mély álomba merült és 2 óra mulva nagy hőmérséksülyedés után kimult, a másiknál az álom csak fokozatosan és sokkal később, 1 1/2 óra mulva állt be, több óráig tartott, utána az állat egészségesen felébredt. Kiderült továbbá az is, hogy a *dormiol* hatása egyenletesebb és hosszabb ideig tart, a mi „az állati szervezetben eredeti alkatrészeire történő lassú hasadásából“ volna magyarázható. Ezen kisérletek fontos eredményeül tekinthető azon körülmény is, hogy a vérnyomás, mely a chloralhydratra nagy mértékben sülyed, dormiol adagolásánál nem szenved számbavehető változást.

Kezdetben a *dormiol*-t e kisérleteknél bőr alá fecskendezték, de mivel ez esetben a beszúrás helye körül könnyű lobtünetek mutatkoztak, áttértek a szájon át való adagolására. Ilyenkor házinyulaknál megfelelő adagra (1 gm.) az álom 15—20′ mulva következett be és átlag 2 óráig tartott.

Betegeknél először *Meltzer*[1] alkalmazta s pedig a vezetése alatt álló elme- és idegbetegosztályon. Arra az eredményre jutott, hogy a *dormiol* megbizható hypnoticum, mely 1/2 gm.-nyi adagban kisebbfokú psychikus izgalmak esetén több órai nyugodt álmot idéz elő, azonban izgatottabb betegnek 1—3 gm. is adható minden káros következmény nélkül. A készítmény, úgy mint a többi használatos altató szerek, csak a legnagyobb fokú izgatottság esetén, nevezetesen paralytikusoknál hagyta cserben. A beállott álom közben megejtett vizsgálatok a légzésre, érlökésre és hőmérsékre vonatkozólag bebizonyították, hogy az álom a normalistól eltérést nem mutat. Az ébredés szintén ment a más altató szereknél észlelt kellemetlen utóhatásoktól. A mi az álom tartamát illeti, azt pontosan meghatároznia nem sikerült, mivel az mindig arányban állott az illető beteg izgalmi állapotával; minél nagyobb volt utóbbi, annál rövidebb ideig tartott az álom és viszont. Annyi tény, hogy 1—2 gm. insomnia nervosánál 6—8 órai álmot idéz elő. A *dormiol* napi legnagyobb adagát *Meltzer* 6, egyes legnagyobb adagát 3 gm.-ban állapította meg. Adagolása legkényelmesebben vizes oldatban történik, melynek előállításánál az előbb elmondottakat figyelembe kell venni; ehhez bármely ízjavitót lehet adni. Rendelhető a következő minta szerint is: Rp.: Dormioli, Mucilag. gummi arab., Syrup. simpl., āā 10·0 Aquae dest. 120·0. MDS. Használat előtt jól felrázandó. Lefekvés előtt 1—2 evőkanállal. A rázás folytán tiszta oldat képződik; 1 evőkanál 1 gm. dormiolt tartalmaz.

Kerntler Jenő dr.

Belgyógyászat.

A fájdalomnélküli féloldali vesevérzések sebészeti gyógyításáról értekezik *Fenwick*. A boncztani okok nélküli vesevérzések már hosszabb idő óta ismeretesek haemophilia renalis (Senator, Broca, Passet), anatomice változatlan veséből vóla haemorrhagia (Piquet és Reblaut, Groslik), egészséges veséből való haematuria (Klemperer) neve alatt. A vérzést mindig angioneurosisnak tulajdonitották. Fenwick ezzel a kérdéssel 10 évig foglalkozott, szerinte a fiatal felnőttek egyoldali fájdalomnélküli haematuriája mindenkor megkülönböztetendő az idősebb egyéneknél fellépő féloldali vérzésektől, melyek rendesen rosszindulatú álképlet első stadiumát leplezik le. Ezekben az esetekben a vizelet mindig genymentes, néhány esetben szemcsés cylindereket tartalmaz. Fenwick ilyenkor rendesen az anatomiai vesemetszést végezve, mindannyiszor meggyőződhetett a veseszövet anatomiai épségéről; a két utolsó operativ beavatkozás eredménye azonban azt mutatta, hogy az anatomiai elváltozások nem találása a hibás sebészeti technikában találja okát. Ebben a két esetben ugyanis a cystoskopi vizsgálathoz a pelviskopikus renalis vizsgálatot is csatolta, a mennyiben a vese kiszabadítása után a vesemedenczét bemetszette és a medenczébe bevilágított. Mind a kétszer az egyik papillát nagyobbnak, véresnek találta, nagy varicosus edényekkel. Fenwick eleinte azt hitte, hogy kis papillomával van dolga; a megbetegedett papillát mindkét esetben eltávolitotta *(papillectomia renalis)*, mire a vérzések mindkét esetben megszűntek. A szövettani vizsgálat azt mutatta, hogy újképlet nincs jelen, hanem hogy a véredények nagyfokú varicositása forog fenn. (British med. Journal. 1900. febr. 3.)

Benedict Henrik.

A gyomortágulás néhány esetéről, különös tekintettel ezek sebészi kezelésére számol be *Bennett*. Tagadja az idiopathikus gyomortágulás létezését, mely szerinte mindig pylorusszűkületben találná okát. Néhány ilyen esetben végzett próbalaparotomiát, mely ebbeli nézetét mindig megerősitette. Egy esetben a pylorus keménységét és vastagságát lehetett konstatálni a gyomor nagyfokú tágulásával együtt. A műtét azonban a beteg gyengesége miatt nem volt végezhető. A rövid idővel utána megejtett bonczolás egészen ép pylorust és alig tágult gyomrot tüntetett fel. Egy másik esetben chloroformnarkosis előtt nagy gyomortágulás, chloroformnarkosis alatt normalis gyomorhatárok voltak jelen. Minthogy a beteg nem hányt, az eset csak úgy magyarázható, hogy a gyomorbennék a most már normalis pyloruson keresztülment. Fel kell tehát tenni, hogy a pylorusszűkületek nagy része functionalis, talán beidegzési zavarokon alapuló. Szerző állandó és intermittáló gyomortágulásokat vesz fel. Az utóbbiak leggyakoribb oka a vándorvese; ritkán találjuk az okát magán a gyomron belül. Egy esetben a pylorus előtt közvetlenül egy kocsányos polypus foglalt helyet, mely billentyűszerűen működvén, az intermittáló gyomortágulás tiszta tünetcsoportját okozta. Operativ kezelésre ez eset is teljesen gyógyult. (British med. Journal 1900. február 3.)

Benedict dr.

A rachitis, gyermektetania és laryngospasmus viszonyának vizsgálata közben *Kirchgässer* a következő eredményre jut. A poliklinikai rendelésen jelentkezett 0—3 éves gyermekek 2/5-e szenved rachitisben. A tetaniában, valamint a laryngospasmusban szenvedő gyermekek 4/5 része rachitises, tehát még egyszer annyi, mint a mennyi megfelelne a rachitis gyakoriságának az összes halálozási számban. A tetania és rachitis erősségének foka nincs ugyan arányban egymással, mégis a rachitis súlyosabb esetei tetaniás gyermekeken még egyszer oly gya-

[1] Zeitschr. f. angewandte Chemie. 1899, 49. sz.
[2] München. medizin. Wochenschr. 1898, 37. sz.

[1] Deutsche mediz. Wochenschr. 1899, 18. sz.

koriak, mint más bajokban szenvedő gyermekeken. Vannak tetániák es laryngospasmusok, a melyekben semmi rachitisra valló jel nincs. Laryngospasmus és tetánia összeesése craniotabessel és rachitissel egyenlő gyakori. Tetania és laryngospasmus a tetaniás esetek 1/2-ében és a laryngospasmusos esetek 1/4-ében találkoznak, de e tekintetben helybeli különbségek is vannak. A tetania kóroktanában autointoxicatiora gondol, melyben talán a pajzsmirigy „méregmentesitő" befolyása kifáradásának van része. A mikroskopos vizsgálatok *Marchi*, *Weigert* és *Nissl* módszerével a tetaniával összefüggésbe hozható elváltozást nem derítettek ki. (Zeitschrift für Nervenheilk. 1900. XVI. k. 5. és 6. f.)

—ts.

Orr-, torok- és gégebajok.

A megoperált Higmoor- és homloküregek utókezeléséről. Ismeretes, hogy ez üregek genyes kifolyása, daczolva minden kezeléssel, sokszor hónapokig, söt évekig fennáll. *Lenzmann* ezért is a következő kezelést ajánlja. Chloroform-narcosis mellett a megbetegedett üreg falát átfúrva, a Snegirew és Pincus által méhbajoknál ajánlott *atmokausist* alkalmazza. Az eljárás abban áll, hogy az üreg előzetes kimosása után egy erős falu, nagy nyomást kibiró edényből 105—112° C.-ra hevitett vízgőzöket vezet a beteg üregbe egy cső segélyével, a mely a végén még egy az üreg nyilásába illeszthető, gummival behúzott újezüst csövecskével van ellátva. A nyilás környezetét nedves gaze-zel avagy vattával védi a megpörkőléstől. A bevezetett újezüst csövecskének természetesen nem szabad az üregnyilást teljesen elzárni, hogy a kifelé törekvő meleg víznek szabad elfolyása lehessen.

A genyedő nyákhártya felületes rétegei csakhamar apró darabkákban leválnak és az eredeti pyogen-hártya egy szabad sebfelületté változik, mely csakhamar hegesedésnek indul. Lenzmann két homlok- és öt Higmoor-üreget kezelt ez eljárással és az eredménynyel igen meg van elégedve.

Hoppmann megjegyzi, hogy ez eljárásban nem bízik. Röpke szerint pedig a rostacsontsejtek genyedésével járó empyemáknál, valamint ott, a hol a rostacsontsejtek genye a Higmoor-üregen át távozik, ez eljárás nem alkalmazható. Ugyanitt Moll egy érdekes esetét emliti meg, hol a formaldehyd-oldattal végezett kimosásra betege látszólag meggyógyult, *azonban minden menstruatio alatt a genyedés újolag beállott.* (Münch. med. Woch. 1900. 15. sz.) *Tövölgyi* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A chinin bőr alá fecskendezése tudvalevőleg nagyon fájdalmas és gyakran vezet tályogképződéshez. Ezen kellemetlen hatások azonban *Gualdi* szerint nem állanak be, ha a chinint nagyobb mennyiségű vízben oldjuk fel és ennek megfelelőleg nagyobb mennyiségű folyadékot fecskendezünk be. A következő oldatot ajánlja, a melyet Baccelli is használ intravenosus befecskendéseinél malaria súlyos eseteiben: Rp. Chinini hydrochlor. neutr. 5·0—10·0; Natrii chlor. 0·75; Aquae destill. steril. 100·0. Ebből 10—40 kcm.-t fecskendez be egy megfelelő nagyobb fecskendővel a bőr alatti kötőszövetbe. Minthogy ezen oldatban a chinin lassanként kiválik, czélszerű használata előtt felforralni, a mi által egyidejűleg újból sterilizáltatik, s azután a kellő mértékig lehűteni. (Semaine médicale, 1900. 10. sz.)

Himlő eseteiben jó eredménynyel használja *Cros* a jodoformot, 5 centigrammot tartalmazó labdacsok alakjában, melyekből 2—10 darabot ad naponként. Már az első adagok után csökken a hőmérsék és az általános tünetek javulnak. Idejekorán alkalmazva, a bőrkiütés nem is fejlődik ki; ha pedig már kifejlődtek a pustulák, fejlődésüket rendkivül kedvezően befolyásolja a jodoform-orvoslás. Variolában szenvedő terhes nőknél csaknem biztosan megakadályozható az elvetélés ezen gyógyitóval. (Semaine médicale, 1900. 12. sz.)

Chorea három esetében natrium cacodylicumot használtak *Garand* és *Belbéze* klysmák alakjában. 1/4%-os oldatból az első öt napon át naponként egyszer, azután öt napon át naponként kétszer, végül öt napon át naponként háromszor fecskendeztek 5—5 kcm.-t a végbélbe. Az eredmény jó volt. Kellemetlen mellékhatások nem mutatkoztak. (Semaine médicale, 1900. 13. sz.)

Méhvérzések esetén *Beuttner* a salipyrint ajánlja, melyből naponként háromszor ad 1—1 grammot. Menstruatios zavaroknál szintén jó eredménynyel használható szerinte a salipyrin. (Correspondenzblatt f. schweiz. Ärzte, 1900. 2. sz.)

Álmatlanság ellen a következő orvosszerekkel tehetünk kisérletet: Rp. Extr. belladonnae, Extr. cannabis indicae āā 0·15; Natrii bromati, Chlorali hydrati āā 15·0; Syr. liquiritae 100·0. M. D. S. Este 1—2 kávéskanállal. Rp. Extr. cannabis indicae, Pulv. herbae cannabis indicae āā 2·5. M. f. pil. No. 60. D. S. Este 1—2 labdacsot bevenni. (Centralblatt für Therapie, 1900. 5. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. junius 28.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 24-dik hetében (1900. junius 10-dikétől junius 16.-ig.) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Élveszületett 434 gyermek, elhalt 262 egyén, a születések tehát 172-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 32·9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 19·9, az egy éven felüli lakosságnál: 16·0, az öt éven felüli lakosságnál: 13·7. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 2, pertussis 1, morbili 7, scarlatina 0, variola —, cholera asiat —, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 5, meningitis 16, apoplexia 6, ecclampsia 9, szervi szívbaj 14, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 45, tuberculosis pulmonum et phthisis 57, diarrhoea et enteritis 3, gastro-enteritis 11, rák és egyéb újképletek 7, ezek közül méhrák 2, morbus Brightii et nephritis 4, rachitis 2, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 11, atrophia et inanitio 2, marasmus senilis 8, erőszakos halált eset 12, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 6, baleset 6, kétséges 0 (—). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hó végén volt 2482 beteg, szaporodás e héten 850, csökkenés 791, maradt e hét végén 2541 beteg. *B)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi junius 11-dikétől junius 17.-éig terjedő 24 héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 52 (41), diphtheria, croup 17 (15), hagymáz (typhus) 7 (0), kanyaró (morbili) 170 (141), trachoma 5 (3), vérhas (dysenteria) — (0), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 18 (27), orbáncz (erysipelas) 19 (19), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1 (0), ezenfelül varicella 15 (14).

* * *

× **A zemplénvármegyei orvos-gyógyszerész-egyesület** fennállásának 30 éves jubileumát *Löcherer Lőrincz* dr. várm. t. főorvos elnöklete s az Abaúj-Torna-, Borsod- és Szabolcs-vármegyei társegyesületek részvéte mellett folyó hó 16-dikán tartotta meg a *Waldbott Frigyes* báró tulajdonát képező Erdőbénye-gyógyfürdőben. A gyülésen jelen volt a közegészségügy terén működő kitünőségek közül Lengyel Endre dr. a zemplénvármegyei orvos-gyógyszerész-egyesület örökös tb. elnöke, Jósa András dr. Szabolcs vármegye t. főorvosa, Raisz Gedeon dr. egészségügyi felügyelő és osztályfő, Czirfusz Dezső dr. sanremoi konzul, Szentimrey Ákos dr. vármegyei t. főorvos, Ixel Soma dr. Miskolcz városi főorvos, Frank dr. M. Á. V. egészségügyi tanácsosa, Singer dr. Borsod-vármegye közkórházának igazgató orvosa; a kiken kivül mintegy 54-en vettek részt. A gyülést vezető elnök d. e. 10 órakor emelkedett érzéstől átható meleg szavakkal üdvözölte a jelenvoltakat, minek megtörténte után Rosenberg Bernát dr. e. titkár olvasta fel füzet alakjában is megjelent „Zemplénvármegyei orvos-gyógyszerész-egyesület fennállásának 30 éves története" czimű dolgozatát. Ezután Kun Zoltán dr. fürdőorvos a bakteriumokról és Erdőbénye talajának immunitásáról tartott igen szép tanulmányú felolvasást. Elnök eszmecserét indított meg Erdőbényén a tüdőbetegek részére felállitandó sanatorium tárgyában, mire a közgyülés kimondotta, hogy Erdőbényét, mint kiválóan alkalmas helyet a sanatorium felállitására teljesen kitünőnek tartja s mindent elkövet, hogy az eszme megvalósittassék. A közgyülés után a jelenlévők megtekintették a minden kényelemmel berendezett, árnyas erdőkkel övezett és kitünő sétautakkal ellátott gyógyitó fürdőt, mely a tulajdonos áldozatkészsége folytán újabban hidegvízkúra, villanyberendezés, izzasztó kamarák, tükör- és kádfürdőkkel bőven fel van szerelve, s mely timsós vasas vize miatt élénk látogatottságnak örvend. Ezután a jelenlévőket *Waldbott Frigyes* br. fürdőtulajdonos látta szívesen ebédre, hol számos pohárköszöntőt mondottak; így Löcherer dr. főorvos Waldbott Frigyesre; Lengyel E. dr. az együttartásra, Raisz dr. az egyesületre, Weisz és Grünwald doktorok Löcherer Lőrinczre, Rosenberg dr. a megjelent társegyesületekre. A minden izében kedélyes lakomáról a résztvevők egy igen kedves emlékkel gazdagabban távoztak el.

○ **Halász Henrik** dr. v. egyetemi tanársegéd, hódmezővásárheyli gyak. orvos julius hó elsejétől augusztus közepéig mint fürdőorvos Buziáson tartózkodik.

△ **Megjelent:** Nagy képes világtörénelem 71—82-dik füzete; a munka I-ső része VI-dik kötetének 12—15-dik íve, több műmelléklettel. Ára egy füzetnek 30 kr.

△ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** segélyét május hóban 1181 esetben vették igénybe.

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. 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: A német sebészeti társulat XXIX. congressusa. (1900. április 18—21.) 408 l. — A XVIII. német belgyógyászati congressus. 408. l.

A német sebészeti társulat XXIX. congressusa.

(1900. április 18—21.)

(Vége.)

11. *Vollbrecht* (Boroszló) a szappanszeszt ajánlja szilárd alakban. *Blumberg* (Berlin), *Samter* (Königsberg) a gummikeztyüket ajánlják. *Bunge* (Königsberg) mindig a Mikulicz-féle keztyüket használja. *Krönig* (Lipcse) a fösúlyt a mechanikus dörzsölésre fekteti.

Kossmann (Berlin) azt ajánlja, hogy kezünket egy „*chirol*"-nak nevezett, steril és impermeabilis készítménynyel vonjuk be.

12. *Katzenstein* (Berlin) a katheternek sterilizálását formaldehyddel eszközli, egy általa szerkesztett készülék segítségével.

Löwenhardt a katheter kifőzését ajánlja, *Freudenberg* (Berlin) forró gőzben sterilizál.

13. *Poelchen* (Zeitz) bemutat egy beteget, a kin Jackson-féle epilepsia miatt trepanatiot végzett Kocher szerint. A koponya anyaghiányát egy billentyű-lemezzel födte.

14. Poelchen előadása kapcsán *Sudeck* (Hamburg) bemutatja electromotoros készülékét, melynek segítségével a trepanatio gyorsan és biztosan hajtható végre.

15. *Riese* (Berlin) két oly esetet említ fel, melyeknél a sinus durae matris trombophlebitisét nem fülbántalom, hanem fogcaries okozta. Mint bevezető tünetek parotitis, szédülés és fejfájások jelentkeztek.

16. *Bunge* (Königsberg) az alsó végtag üszkösödésénél mindig megvizsgálta a véredényeket s tapasztalatai a *Zoege-Manteuffel* által szolgáltatott adatokat megerősítették. Az intima megvastagodása, sclerosisa és az edényfal rugalmas rostjainak túlképzése minden esetben konstatálható volt. E sclerosisok oly nagyfokúak voltak, hogy az edénylumen jelentékeny szűkületét, sőt teljes elzárását is okozták. Ezen változások leginkább a véredények oszlási helyein jelentkeznek, meggátolva ez által a collateralvérkeringést is. A mi a therapiát illeti, belsőleg egyedül a jodra támaszkodhatunk. A nauheimi fürdő állitólag szintén jó hatású.

17. *Kölliker* (Lipcse) amputationalis neuromákat mutat be.

18. *Payr* (Grácz) a véredény- és idegvarratokról szól. Az eddigi eljárásokra való visszatekintés után állatokon végzett kisérletei alapján ajánlja új műtétmódját a véredények egyesítésére. Az eljárás a magnesium felszívódó képességén alapszik s abban áll, hogy Payr előzetesen magnesiumprothesist alkalmaz s azután eszközli a ligaturát szintén magnesiumból készült sodronynyal. Egy 0·1 gm. magnesiumprothesis felszívódása három hét alatt be van fejezve. Bergmann azon kérdésére, vajjon ezen eljárás mellett nem jöttek-e thrombosisok létre, megjegyzi, hogy olyan thrombusokat, melyek az edénylument teljesen obliterálták volna, nem észlelt. Idegvarratokat magnesiummal már embereken is végzett jó sikerrel.

19. *Bähr* (Hannover) a coxa vara tanáról értekezik. Felemlíti, hogy *Sudeck* a coxa vara keletkezésére nézve a *feszítő boltozat* elsődleges elégtelenségének elméletét (Zugbogen) állitotta fel, kiindulva azon feltevésből, hogy a fejecs alatti csontlécz a feszítő boltozat erősítő lécze gyanánt szolgál. *Bähr* bebizonyítja, hogy az emlitett csontlécz, mint érdes felület, az izületi tok rostjainak tapadási helye. Ha e csontlécz a rendesnél vastagabb, úgy ezt az ide tapadó tokszalagrostok húzása következtében létrejött túltengésnek kell tekintenünk; ezzel egészen analog eset hallux valgusnál a medialis exostosis képződése. Bähr a coxa vara keletkezésénél a főokot a czombcsont fokozott megterheltetésében keresi.

20. *Vulpius* (Heidelberg): *Az orthopaedikus támasztó korzettek értékéről* szól. *Schulthess* támadásai ellenében — ki az orthopaedikus korzettek alkalmazását haszontalannak tartja — felemlíti azon tapasztalatait, melyeket 800 korzett alkalmazása körül szerzett; szerinte a korzettek sikerrel használhatók tabesnél, spondylitisnél és skoliosisnél. A tabesnél támasztó hatásuk a betegre nézve igen kellemes. Spondylitisnál csak a javulás idejében alkalmazandók, a mikor is rögzitik és tehermentesítik a gerinczoszlopot. Skoliosisnál egyrészt a mobilizáló kezelés eredményeit biztosítják, másrészt az általuk gyakorolt állandó nyomás gyógyítólag hat. A mi a korzett minőségét illeti, súlyos, progrediáló skoliosisnál gypsből, könnyebb esetekben aczéllemezekkel megerősitett szövetből készítsük őket.

21. *Schanz* (Drezda) súlyos skoliosisoknál igen szép eredményeket ért el: a törzsnek 4—14 cm.-rel való meghosszabbodását. Hogy absolut gyógyulást, illetve kiegyenesedést nem tudunk elérni, annak oka abban rejlik, hogy a skoliosis hypercorrectioba nem redressálható.

22. *Rubinstein* (Berlin) azt találta, hogy miként a szalagok által okozott indirect szakítási törések (radius, boka) többnyire typikus alakúak, ép úgy direct traumák esetében is észlelhető bizonyos typicitás a törések alakjában. Ezen állítása különösen a metatarsusokra és a lábujjak phalanxaira vonatkozik, melyekről (pl. kocsielgázolások után) egy háromszögletű csontdarabka ugrik le. E tapasztalatra a röntgogrammok útján jött, melyeket minden törés vagy törésre gyanus esetben alkalmazott és alkalmazandónak tart.

23. *Wohlgemuth* (Berlin) azt hiszi, hogy a felkarnak erős traumák után fellépő tartós működési zavarait a tuberculum majusnak rosszul gyógyult törései okozzák. Azt ajánlja, hogy minden törésre gyanus esetben röntgenezzünk s ha nyilvánvalóan tuberculum majus-töréssel van dolgunk, a kötést akként alkalmazzuk, hogy a kart abductioban és kifelé rotatioban rögzítsük.

24. *Holländer* (Berlin) ajánlja, hogy a közepes véredények (art. maxill. ext., intercostalis, peronea vagy saphena) vérzéseit ne ligaturával, hanem az általa szerkesztett angiopressorral csillapítsuk.

25. *Zabluvovszky* (Berlin) a foglalkozási neurosisokról tart előadást. Miként a hegedüsöknél vagy az iróknál, ép úgy a zongorajátékosoknál is elég gyakran fellépnek a kézen vagy a karban működési zavarok, különösen gyermekeknél, kiknek a zongora méretei túlságosan nagyok. Azt hiszi, hogy ily esetekben a karidegek neuritisével van dolgunk, mely szerinte per continuitatem keletkezik, vagyis úgy, hogy a már afficiált izmokról és szalagokról az izgalom átterjed az idegekre. E bántalom elkerülésére legczélszerübb az volna, ha gyermekek számára kisebb méretű zongorákat készítenének, keskenyebb billentyűkkel. A mi a therapiát illeti, a bántalom kezdeti szakában massaget, a súlyosabb esetekben fixkötést ajánl.

26. *Samter* (Königsberg) a vállizület habitualis luxatioiról értekezik; felemlít egy esetet, melynél a gyógyulást a tokszalagnak a folytonosságmegszakítás helyen való redőzésével érte el.

27. *Most* (Berlin) a retropharyngealis mirigyek és nyirkedények keringési viszonyairól értekezik, melyeket, tekintettel a retropharyngealis tályogokra, alapos tanulmány tárgyává tett s vizsgálati eredményeit közli.

Kurzbacher dr.

A XVIII. német belgyógyászati congressus.

(Folytatás.)

Wiesbaden tulajdonképeni *genius loci*-ja nem jutott volna szóhoz, ha az anyagforgalmi betegségek minél bővebben nem szerepeltek volna. *A húgysavas diathesis*, melynek gyógyítása épen Wiesbaden specialitása, több előadásnak képezte a tárgyát; de csalódnék az, ki azt hinné, hogy évtizedekig tartó chemiai buvárkodás, pathologiai kisérletezés és klinikai észlelés után olyan helyen, mely a legkiválóbb köszvényspecialitásokkal dicsekedhetik, végre a tudományos therapia emelt volna szót.

Az utóbbi, a mint *Weissnak* (Basel) az urosinról tartott előadása is bizonyitotta, a maga külön empirikus útjain halad, míg a köszvénypathologia legkezdetibb kérdései még most is a legjobbakat foglalkoztatják.

His (Lipcse) a húgysav oldási viszonyait évekig tartó buvárkodásának a tárgyává tette; a congressus magas tudományos szinvonalát mutatja, hogy a nehezen követhető, a physikai chemia újabb fogalmairól való ismereteket feltételező előadást feszült figyelemmel hallgatták végig, sőt midőn a szokásos 20 percz letelt, a hallgatóság egyhangúlag és türelmetlenül követelte az előadás folytatását, olyan kitüntetés, mely Hisen kivül senkit sem ért. Fejtegetéseinek a lényege az, hogy a húgysav oldhatósága, a mint eddig hitték, és a mire az eddigi therapeutikus kisérleteket bazirozták, nem a savi természetén mulik. Nézete szerint a húgysav egyáltalán nem sav és oldhatósága a medium physikai viszonyaitól függ, olyan értelemben, hogy új molekuláknak az oldatba való, bevitelére a húgysav oldhatósága az újonnan hozzátett molekulák (pl. natrium bicarbonicum) mennyisége szerint csökken. Az előadás részleteivel itt nem foglalkozhatunk; nagyobb jelentőségűnek látszott még *Minkovszki* (Strassburg) rövid felszólalása, hogy t. i. a nucleinsav a húgysavnak oldószere.

Ugyancsak ő volt az, ki elméleti tudásunk kezdetlegességének tudatában *Grube*-nek, neuenahri fürdőorvosnak egy előadását megtámadta, ki t. i. köszvényes aetiologiát postulált az összes gyomor- és bélbetegségek számára, melyek fennálló vagy előrement köszvény vagy csak öröklött köszvényes hajlam mellett lépnek fel, és melyeknek egyéb okait nem találjuk. Úgy *Minkovszki* mint *Noorden* azt hiszik, hogy azon gyomor-bélzavarok tulajdonképeni okukat diaetahibákban találják vagy — mi még gyakoribb — czélszerűtlen therapeutikus beavatkozásokban. *His* Grube felvételét nem tartja épen lehetetlennek, de sajnálja, hogy a különben oly gazdag köszvényirodalomban az obductios leletek annyira ritkák, mely sajnálkozást a congressus mosolyogva vett tudomásul.

Már *His* előadásából is világosan kitünt, milyen frissítő, élénkítő áramlat vonult a physikai-chemiai módszerekkel a kissé pangó élet- és kórvegytanba. *Strubell* (Boroszló) ismét egy új módszert, t. i. az oldatok töréscoefficiensének a meghatározását bocsátotta a biologusok és orvosok rendelkezésére, melylyel a fagypont sülyedés meghatározását pótolhatjuk. Ezen módszer szintén az egy bizonyos térfogatban oldott molekulák mennyiségét határozza meg. *Str.* a methodust akként módosította, hogy kis mennyiségű folyadékkal is keresztülvihető, mi a mindinkább hóditó molekularis vérvizsgálatokat mindenesetre tetemesen megkönnyitené. De ilyenkor tetemes, egészen 5—6%-ot tevő hibák is csúsz-

hatnak be, mi viszont a pathologiai vérelváltozások gyakran csekély volta mellett igen számottevő tévedésekre adhat alkalmat. *Str.* pathologiai viszonyokat is vont vizsgálódásainak körébe, különösen a vesebetegségeket, melyek eredményéről azonban nagy tartózkodással nyilatkozott.

Kevésbbé tartózkodónak mutatkozott *Poehl* (Szt.-Pétervár), a spermin tevékeny előállítója, kinek jelenléte nélkül európai congressus jóformán nem is képzelhető. Természetes, hogy ő, ki az egész pathologiát és therapiát a spermin és az intraorganikus oxydatio látószögletéből nézi, az új physikalis chemiai eszméket is kedvencz ideáinak a szolgálatába állította. Az első természetesen az volt, hogy eddigi 4 vagy 5 vizelet-coefficienséhez, melyből az intraorganikus oxydatio állására következtet, egy újat tett, az osmotikus coefficienst, melyet úgy nyer, hogy a vizelet osmotikus nyomását athmosphaera nyomásban kifejezve, a vizeletben oldott anyagok súlymennyiségéhez viszonyítja. Az utóbbit (R) az illető vizelet-alkatrészeknek 10%-os oldatára vonatkoztatva, coefficiensét a következő formulából vezeti le: $K = \frac{120 . 7 \triangle}{R.}$, a hol $\triangle$ a fagypontsülyedést jelzi. Ha ezen coefficiens 45 alá sülyed, akkor ez arra enged következtetni, hogy nagyobb mennyiségben tökéletlenül oxydált, nehezen oldható anyagcsere-termékek képződnek, melyek relative magas tömecssúlylyal és megfelelőleg csekély osmotikus képességgel birnak, holott a normalis anyagforgalom tendencziája, mint ezt legelőször *Korányi Sándor* fejtette ki, az, hogy alacsony tömecssúlylyal és nagy osmotikus képességgel biró vegyületeket létesítsen. *Poehl* végre arra concludál, hogy „az osmotikus feszülések fokozódása, mely az élenyülés energiájával karöltve jár, kellőleg megmagyarázza a *sperminum Poehl* hatását a testnedvek keringési zavarainál és a legkülönfélébb idegbetegségeknél". Elfogulatlan vizsgálatok fogják még azt az igaz magvat, melyet Poehl fejtegetései kétségtelenül tartalmaznak, kabbalistikus nomenclaturájából és coefficienseiből kihámozni; nekünk, jelenlevő magyaroknak, megelégedésünkre szolgált, hogy úgy ez alkalommal, mint *His*, *Strübell* és *Strauss* előadásai alkalmából (mely utóbbi a gyomorból való resorptióról beszélt) már-már a *„budapesti iskolát"* említették, mint a mely az új módszereket először vezette be az orvostanba és mindjárt olyan eszméket vetett fel, melyek tudományunk munkálkodását még éveken keresztül fogják irányitani.

Az acetonuria kérdésével *Schwarcz* (Prága) foglalkozott. Szép vizsgálataiból a következőket emeljük ki. A kiválasztott aceton 70%-a a tüdőkön át hagyja el a szervezetet, kivételt csak a súlyos diabetikusok tesznek, kiknél csak 25—40% távozott a tüdőkön keresztül, mert az acetonnak a vérben keringő alapanyagai, oxyvajsav és aczeteczetsav csak a vizelettel ürithetők ki. A *Hirschfeld* és *Rosenfeld*-féle vizsgálatok nyomán ő is azt találta, hogy szénhydratok, gluconsav és czukorsav az acetonkiválasztást csökkentik. A fehérjét sem lehet mindig az aceton forrásának tekinteni, már emennek nagy mennyiségénél fogva sem, mely nem áll arányban a párhuzamosan kiválasztott N-nel. Tehát csak a zsír maradna hátra az aceton alapanyaga gyanánt, melyre már *Geelmuyden* is utalt. *Schwarcz* kisérletei ennek a felvételnek a helyességét akarják demonstrálni. Egészséges embernek aceton kiválasztását a legóriásabb mennyiségű zsír bevitelével sem lehetett fokozni, ellenben 7 diabetikusnál csekélyebb zsírbevitel is, 60—80 gm. vaj naponta, az aceton kiválasztását jelentékenyen emelte. A zsirsavak ép úgy viselkednek, mint maguk a zsírok, míg a glycerin az acetonkiválasztást csökkentette. *Schwarcz* valószinűnek tartja, hogy a vajsav az állati szervezetben acetonná válik.

Az anyagforgalomról divó közfelfogás érdeke, hogy ezt a felvételt romba ne döntsék, mert ha sem a fehérje, sem a szénhydrátok, sem a zsírok nem akarnák az *aceton* kizárólagos apaságát elvállalni, nem maradna egyéb hátra, mint *Pflüger* és *Kassowitz* felfogásához az élő fehérje molekuláról és ennek metabolistikus széteséséről folyamodni; másrészt a modern diabetestherapia érdeke, hogy e felfogás fölött minél hamarább napirendre térjenek, mert elvégre mivel táplálkozzanak a diabetikusok, ha a szénhydrát a glykosuriát, a zsír az acetonuriát és a fehérje mindakettőt fokozza? Az utóbbiról, a fehérjebevitelről, *Lenné* (*Neuenahr*) tartott előadást; a N tartalmú tápanyagokat szintén a beteg testsúlyával arányban kell a szervezetbe vinni, úgy hogy a fehérje táplálék maximuma pro kiló testsúly és pro die 0·37 gm.-nyi húgyanyag kiválasztásnak feleljen meg. A coma kisértete bő fehérje-bevitel mellett mindig a beteg feje fölött fog lebegni. *Grube*, szintén fürdőorvos Neuenahrban, nyugati Németország Carlsbadjában, közelebbről foglalkozott a coma diabeticum kisérleti létrehozásával, a mennyiben kutyáknál *Sternberg*-nek (Berlin) egy hypothesise alapján β amido vajsavat injiciált. Felfogása ellen *Magnus Lewy* (Strassburg), *Löwit* (Innsbruck) és *Biedel* (Bécs) emeltek szót.

A phloridzindiabetessel *Biedel* és *Kolisch* (Bécs) foglalkoztak; vizsgálati eredményeik szerint a vese nemcsak a czukor kiválasztási szerve, hanem egyszersmind képződési helye, akárcsak a máj. A normalis vérben a czukor mint jecorin kering és mint ilyen kiválaszthatatlan; csak akkor kerül kiválasztásra, ha valamely oknál fogva nem alakul át jecorinná. (Folytatása következik.)

Benedict Henrik dr.

PÁLYÁZATOK.

4056/1900 kig. szám.

Lemondás folytán megüresedett **ecsegi körorvosi állás** választás útjáni betöltésének határidejét 1900. évi julius hó 17-dikének d. e. 9 óráját Ecseg községházához midőn kitűzöm, felhivom az ezen állást elnyerni óhajtókat, hogy oklevéllel s eddigi működésüket igazoló bizonyitványokkal felszerelt kérvényeiket ez év **julius hó 16-dikának d. u. 5 órájáig** annál is inkább adják be hozzám, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

Az orvosi körhöz Ecseg, Kozárd, Csécse, Jobbágyi, Sz.-Gede, Bokor, Alsó- és Felső-Told, Garáb, Szent-Iván, Kutassó községek tartoznak, a körorvos évi fizetése 1200 korona, 5 évenként 100—100 korona korpótlék és a szabályrendeletileg megállapitott látogatási díjak.

Szirák, 1900. évi junius hó 21-dikén.

Plachy István, tb, főszolgabiró.

350/1900. főisp. sz.

A kormányzatomra bizott Alsó-Fehér vármegye kisenyedi járásában a **járási orvosi állás** elhalálozás folytán üresedésbe jövén, ezen **Koneza** községszékhelyhez kötött 1200 korona évi fizetés és 300 korona évi úti átalánynyal díjazott járási orvosi állásra ezennel pályázatot nyitok és felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy családi állapotukat, eddigi alkalmaztatásukat, minősitésüket és a tisztiorvosi vizsga sikeres letételét igazoló okmányaikkal felszerelt folyamodványaikat hozzám **augusztus hó 1-éig** annál is inkább terjeszszék be, mert a később beérkezendő kérvényeket figyelembe nem veendem.

Nagy-Enyed, 1900. junius hó 17-dikén.

3—2 *Zeyk Dániel*, főispán.

34/1900. sz.

Az abrudbánya-verespataki **Nehezék-Pénzalap Választmánya** lemondás következtében megüresedett **verespataki alorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Ezen alorvosi állással 1100 kor. fizetés, 240 kor. lótartás, 120 kor. szállápénz és 400 kor. drágasági pótlék van összekötve és nyugdijhoz van kötve.

A pályázati határidő: **f. évi julius 7-dike.**

A pályázni kivánók felhivatnak a határidőig pályázati kérésöket, orvostudori, szolgálati és erkölcsi bizonyitványokkal felszerelve a választmány elnökségének annál is inkább beadni, mivel az elkésetten beérkezettek tekintetbe nem vétetnek.

Ezen állást elnyerőnek kilátása van a verespataki községi orvosi állást is elnyerni, mely állás 800 korona fizetéssel van összekötve.

Abrudbánya, 1900. junius 12-dikén.

Jánky Kálmán, v. jegyző. 3—2 *Képes Ferencz*, v. elnök.

3662/1900, sz.

Az üresedésben levő Nyitramegye miavai járásához tartozó **Brezova községi orvosi állásra** ezennel pályázat nyittatik.

Ezen állás javadalmazása: elöleges havi részletekben fizetendő 1200 korona készpénzfizetés, 200 korona utazási átalány, a fizetni képes betegektől a szabályrendeletileg megállapitott látogatási díjak és a halottkémlés, húsvizsgálat és himlőoltás utáni díjak.

Mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, kötelesek az 1876. évi XIV. és az 1893. évi I. t.-cz. vonatkozó szakaszai értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket **ez évi julius hó 2-dik napjáig** alulirott főszolgabiróhoz beterjeszteni.

A választás ez évi julius hó 5-dik napján d. e. 10 órakor Brezova községházánál megejtetni fog.

Miava, 1900. évi junius hó 13-dikán.

2—2 *A főszolgabiróhoz hivatal.*

4280/1900. sz.

A Kis-Pereg és Német-Pereg községekből álló és lemondás folytán üresedésbe jött **kisperegi körorvosi állás** választás útján leendő betöltésére, határidőül folyó évi julius hó 19. napjának d. e. 9 óráját Kis-Pereg községházához kitűzöm.

A körorvos javadalmazása: évi fizetés 1200 korona, nappali látogatási díj 50 fillér, éjjeli látogatási díj 2 korona s Kis-Pereg község székhelyen teljesitendő halottkémlésért esetenként 40 fillér.

A körorvos folyamodása esetén kézi gyógyszertár tartására is fel lesz jogositva.

Felhivom az ezen állást elnyerni óhajtókat, hogy az 1883. I. t.-cz. 9. §-a szerint felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a választást megelőző napig nyújtsák be.

Pécska, 1900. évi junius hó 20-dikán.

Hanthó, szolgabiró.

4683/900 kig. sz.

A kinevezés folytán megüresedett **mikei körorvosi állásra** pályázat nyittatik. A körorvosi kerület székhelye **Mike**, hol a körorvos lakni tartozik, a körhöz következő községek tartoznak: Mike, Csököly, Gige, Kis-Kovácsi, Lábod, Hosszúfalu és Besnyő.

A körorvos javadalmazása 800 korona fizetés, 400 korona fuvarátalány és a szabályrendeletileg megállapitott látogatási díjak és Mike község által adott természetbeni lakás, mely áll: 4 lakószoba, előszoba, konyha, éléskamra, pincze, udvar és kertből.

Felhivatnak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket a választást megelőző napig alulirott főszolgbiróhoz adják be.

A választásra határidőül 1900. évi julius hó 28-dikán d. e. 9 órára Mike községbe kitűzetik.

Nagy-Atád, 1900. évi julius hó 1-én.

Éhn, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

DR. FELEG-VÉDHIMLŐOLTÓANYAG TERMELŐ INTÉZETE ZOMBORBAN

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 yviz és pezsgő Calorisator-fürdők, fenyő- és aczélfürdők. 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.**

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 híres 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.

5 évre bérbe adandó

Felső-Magyarország egyik legszebb helyén régi hírű szénsavas vasas forrásokban gazdag, új hidegvizgyógyintézettel s gyógytornával kibővített klimatikus fürdőhely. A tulajdonos halála miatt jutányos áron esetleg eladó. Bővebb értesítést ad özv. dr. TIHANYI SÁMUEL-né Debreczenben.

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

Legjobb étrendi és üditő ital

Főraktár:

Édeskuty L.

ásványvíznagykereskedés cs. és kir. udvari szállító.

Budapesten.

Dr. Batizfalvy Sámuel

Sanatoriuma és vizgyógyintézete

Budapesten, Városligeti fasor és Aréna-út sarkán.

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

Vegyi, górcsövészeti 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.

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	„

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsöi és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. VAS BERNÁT a laboratorium vezetője.

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

KELETI J., Budapest.

Főraktár: IV., Koronaherczeg-utcza 17.

Sebészeti műszergyár (gázmotor-erővel)

Károly-laktanya.

Állandó nagy raktár **orvos-sebészeti müszerek-, kötszerek-, villanygépek-, mütőszoba-berendezések-, gyógygymnastikai és orthopaediai készülékekben.**

— **1899.** árjegyzék ingyen és bérmentve. —

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.

Negyvennegyedik évfolyam. 27. szám. *Budapest, 1900. julius 8.*

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 Arpád, 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.

Kétly László: Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.) Két újabb gyógyszerrel tett klinikai tapasztalatok. 410. l.

Heim Pál: A cyklikus albuminuriáról. 411. l.

Ranschburg Pál és **Bálint Rezső**: Közlemény az egyetemi psychophysiologiai laboratoriumból (Laufenauer K. dr. egyet. ny. r. tanár klinikáján) és a székesfővárosi jobbparti szegényházból (rendelő orvos: Tauszk F. egyet. magántanár). Adatok az aggok elmeműködéseinek psychophysikai vizsgálatához. 413. l.

Huber Alfréd: A photographozás az orvosi tudomány, de különösen a dermatologia szolgálatában. 415. l.

Sugár K. Márton: Megjegyzések Wallfisch Ferencz békéscsabai orvos úr czikkéhez „Otophon-készülék a hallás javitására. 416.“ l.

Tárcza. *Tihanyi Mór:* A vérkeringés felfedezésének története. 417. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Torday Árpád:* A typhus és coli bakterium gyors megkülönböztetésére szolgáló újabb vizsgálati módszerekről. 418. l. — *Könyvismertetés. Dr. Georges Laurens:* Septico-pyohémie otitique. 419. l. — *Lapszemle. Sebészet. Cuneo:* A gyomorrák kórboncztana. (Pólya Jenő.) — *Schlesinger:* A meralgia paraesthetica sebészeti jelentőségéről. (Pólya Jenő). — *Bőr- és bujakórtan. Vogelwitz:* Lues hereditaria. (Schik Károly.) — 420—421. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — A Párisban tartandó XIII. nemzetközi orvosi congressus. — Nemzetközi congressusok. — X. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus. — Fürdőink személyforgalma. — Hibaigazitás. — Figyelmeztetés. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. 421. l. — Pályázatok. Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.)

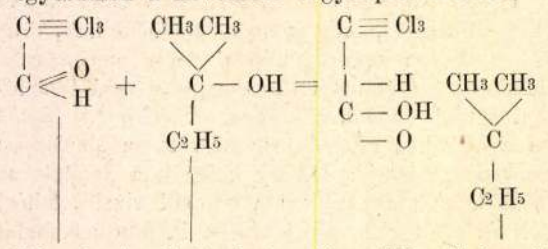
Két újabb gyógyszerrel tett klinikai tapasztalatok.

Irta: *Kétly László* dr. I. tanársegéd.

I. Dormiol.

Az altató szerek nagy fontosságát a gyakorló orvosok eléggé ismerik és sokszor fogynak ki e szerekből, mindegyikét végig próbálván vagy sikertelenül, vagy pedig a betegek részéről való megszokás által kényszerülve újabbakat alkalmazni. Igy örömmel kell üdvözölnünk minden újabb hypnoticumot, mely biztos és ártalmatlan hatásúnak bizonyul. Egy ilyen újabb a Kalle & Comp. (Biebrich a. Rh.) czég által forgalomba hozott készítmény, az úgynevezett dormiol. Az eddigi közleményekből kivehető ártalmatlansága s igen biztos altató hatása jogosulttá tették, hogy e szert klinikánkon a különféle álmatlansággal járó ideg- és belső bajoknál kipróbáljuk, annál inkább, mert az eddigi csekély számú közlemények egynek kivételével csakis elmebajosoknál tett észleletekről szólnak.

A dormiol előáll oly módon, ha bizonyos föltételek mellett chloral- és amylenhydrat egy alkoholáttá, a dimethylaethylcarbinolchlorállá egyesülnek a következő vegyképlet szerint:



Chloral Amylenhydrat Dymethil-aethyl carbinolchloral (amylenchloral) v. dormiol.

Maga a dormiol egy színtelen, olajszerű, kámforra emlékeztető szagú, kissé hűsítően égető ízű folyadék. Ha egyenlő vagy nagyobb mennyiségű vízzel rázzuk össze, egy tejszerű emulsiot nyerünk, ebből egy kis idő mulva ismét a dormiol a nálánál könnyebb vízben leüllepszik. Azután órák vagy napok alatt az érintkezési felszinen a dormiolnak egy vizes oldata jön létre; sok víz hozzáadásával ez oldatból a nehéz fajsúlyú dormiol kiülepíthető. Alkohollal, aetherrel és zsíros olajakkal a dormiol minden arányban keveredik. Eddig a dormiolt leginkább vízben oldva adták esetleg ízjavitókkal keverve, de adható olajban vagy gelatin-capsulákban is. Állitólag vizes oldatban való nyújtása a legelőnyösebb, a mennyiben így $^1/_4$—$^1/_2$ óra alatt kifejti hatását, míg capsulákban, olajban vagy emulsioban nyújtva, későbben jut felszivatásra. Az eddigi észleletek szerint legtöbbször már 0·5 gr. elegendő nyugodt, álomtól nem zavart, több órai alvás előidézésére. Az érlökés, légzés és hőmérsék a természetes álométól lényeges különbséget nem mutat, sőt 2·0—3·0 gr. mellett sem észleltek kellemetlen utóhatásokat s ily adagokkal, eltekintve a paralytikusoktól, a legmakacsabb álmatlanságnál is hatást értek el. A legnagyobb napi adagul 6·0 grammot vesznek fel. Cumulativ hatást eddig nem észleltek. Az alvás tartama nagyon változatosnak látszik az esetleg jelenlévő izgalmi állapotok szerint. Mennél erősebbek ezek, annál rövidebb a dormiol okozta álom.

A dormiol hatására nézve a *Meltzer*[1] által végzett állatkisérletek is kedvezőek voltak. Ő állatoknál a dormiolt vízzel higítva subcutan adta s azt találta, hogy töményebb oldatban kissé, kellő higításban pedig alig izgat helybelileg a befecskendés helyén, de 5—10 percz mulva a légvételek száma az eredetinek felére, sőt egy negyedére is leszállt s ezzel arányosan a hőmérsék is leesett. A mélyebb álom beálltával az állat egyik oldalára feküdt s e helyzetét csak pár óra mulva a dormiol hatásának megszüntével változtatta meg. Felébredvén, egész vigan ugrándozott s semmi utólagos kábultság észrevehető nem volt. Mély álomban állatoknál a szemhéj-reflex eltünt, a cornealis reflex azonban megmaradt. A letalis adag a legtöbb állatnál

(házinyúl) 3·0 gr. volt 6 kcm. vízben oldva bőr alá fecskendezés alakjában.

A halál a befecskendés után rendszerint 5 perczczel következett be, a légvételeknek, a szívösszehúzódások számának s a hőmérséknek folytonos csökkenése mellett. A bonczolatok, kitágult s vérrel telt szíven kivül, vérzéseket, feltünő vérbőséget vagy más elváltozásokat nem mutattak.

Meltzer e kisérleteit *Liebreich* s *Fuchsnak* a chloralhydrattal szintén állatokon végzett kisérleteivel összehasonlítva, azt találta, hogy a dormiol toxikus hatása nem kisebb a chloralhydraténál, azonban a dormiol letalis adagjai a halált lassabban idézvén elő, esetleges ellenszerek alkalmazásával több reményünk lehet azt megakadályozni.

Meltzer a dormiolt elmebajosoknál is kipróbálta s főleg vizes oldatát adta. A hatás $^1/_4$—$^1/_2$ óra mulva következett be, öreg egyéneknél már 0·5 gr. dormiollal is több órai alvást ért el. A légvételek, az érlökések száma s a hőmérsék a természetes álométól alig különbözött. 2—3 gr. adaggal igen erős izgatottságban szenvedőknél is sikerült hatást elérni, kivéve igen izgatott paralytikusokat. Ily nagy adagok daczára is a betegek teljes frisseséggel, kellemetlen utóérzések nélkül ébredtek fel. Cumulativ hatást vagy a szívre való káros hatást nem tapasztalt; oly esete is volt, midőn a chloralhydrat hatástalan, míg a dormiol hatásos volt. Összes esetei közül férfiaknál 75, nőknél pedig 80%-ban ért el biztos hatást.

E. Schultze[2] több mint 60 betegnél próbálta ki a dormiol vizes oldatát s csak két esetében viseltettek undorral íze iránt a betegek. Szerinte az ízjavítókul ajánlott syrup. simpl. vagy succus liquiritiae nem sokat érnek. Az álom legtöbbször 30 percz alatt következett be s átlag 6—7—8 óráig tartott. Eseteinek mintegy háromnegyed részében teljesen bevált a dormiol; legkevesebb hatást maniánál és paralysisnél ért el, de ez esetekben az eddig ismert altatók egyike sem használt. Epilepsiások izgatottságánál is jó eredménynyel adta. Oly betegeknél, kiknél per os bármi okból a dormiol adható nem volt, klysma alakjában adta (a dormiolhoz 5—10 cm³ mucil. gummi arab.-t keverve) és egy esetben sem látott helybelileg kellemetlenséget. A legbiztosabb eredményt melancholiánál s hypochondriánál érte el. Legtöbb esetében 1·5 gr., ritkán 3·0 gr. dormiolt adott, de hatástalanság esetén ennél nagyobb adaggal sem ért el eredményt. Kellemetlen melléktüneteket nem észlelt, az étvágyat nem rontotta. Betegeinek egy része, kik dormiol mellett felváltva chloralhydratot is kaptak, azt mondta, hogy a dormiol az euphoriát és a szellemi munkára való képességet sokkal kevésbbé zavarja, mint a chloralhydrat. Azt, hogy a szervezet a dormiolt megszokná, nem tapasztalta. Sedativ hatást a dormiollal elérnie nem sikerült, de e szert mint hypnoticumot melegen ajánlja elmebetegeknél.

Peters[3] álmatlanságban szenvedő 45 betegnél alkalmazta a dormiolt; még pedig 20 ideg-, 3 tüdő-, 1 szív-, 1 bél-, 5 vese-, 2 máj-, 1 hashártya-, 2 ivarszervi, 5 izom-, 1 vérbetegnél, 2 idült mérgezésnél s végül 2 infectiosus betegségben szenvedőnél. *Peters* úgy vízben oldva, mint capsulában is adta a dormiolt. Eseteinek 84%-ában jó eredményeket ért el, kellemetlen melléktünetet egy esetben sem észlelt. Átlag 0·5—2·0 gm.-nyi adagokban adta. De feltünő volt, hogy míg chronikus nephritisben szenvedők 0·5—1·0 gm.-tól jól aludtak, addig előrehaladt tüdővészeseknél nagyobb adag sem hatott.

Klinikánkon a dormiolt mi eddig 23 fekvő betegen próbáltuk ki, e mellett 25 ambulans betegnél is alkalmaztuk.

A 23 fekvő beteg közül 4 neurastheniában, 4 hysteriában, 2 chorea minorban, 1 embolus okozta hemiplegiában s vitiumban, 1 aneurysmában, 2 exsud. pleuriticumban, 1 malariában, 1 perityphlitisben és pneumoniában, 1 erysipelasban, 1 nephritis chronicában (általános vízkórral), 1 cirrhosis hepatisben s hasvízkórban, 1 angina pectorisban és vitiumban, 1 priapismusban és leukaemiában, 1 gyomorrákban és végül 1 acut luesben szenvedett.

E betegek közül csak egy hysteriásnál nem sikerült még 2·0 gm. dormiollal sem álmot létrehozni, de ez esetben más hypnoticumok sem használtak; a többieknél a dormiol legtöbbször már 0·5 gm.-nyi adagban biztosan hatott, csak egy-két esetben kellett az adagot 1—2·0 gm.-ig fokozni. Egy-két esetben a dormiol akkor is kifejtette hatását, midőn más ismert szerek, pl. a bromidia, chloralhydrat sem hatottak.

Az alvás rendszerint 30—40 percz mulva következett be s igen nyugodt, álomtól mentes és átlag 4—6 óráig tartó volt. Szívmüködésre, légzésre és hőmérsékre káros hatást egy esetünkben sem gyakorolt; a betegek felébredvén, bágyadtságról, kábultságról vagy fejfájásról soha sem panaszkodtak, sőt még súlyos neurastheniában szenvedők is egész frissnek s kipihentnek érezték magukat.

Azt, hogy a betegek a szert megszokták volna, oly esetekben sem tapasztaltuk, hol a dormiolt hosszabb ideig kellett alkalmaznunk, s így az egyszer már álmot hozó adagot hosszabb alkalmazásnál sem szükséges fokozni. A dormiol a betegek étvágyát egy esetben sem rontotta meg. Aneurysmás betegünknél a dormiol 4 napi adagolás után többé nem fejtette ki hatását, azonban ennek okát a betegnél fellépett nagyfokú fájdalmakban kell keresnünk s ezen észleletünk is mutatja, hogy a dormiol tisztán hypnotikus s így hatása csak oly esetekben várható, hol az álmatlanság okát nem fájdalmak képezik, bár az angina pectorisban szenvedő betegünknél a dormiol jobban hatott, mint a morphium és 1—$1^1/_2$ órai alvást biztosított, míg ez csak igen kis fokban szüntette a rohamot.

4 neurastheniás s 4 hysteriás betegünknél a dormiolt már régebben ismert hypnoticumokkal felváltva adagoltuk (bromidia, chloralhydrat, paraldehyd, sulfonal, trional) s ezen összehasonlításnál azt tapasztaltuk, hogy biztos és minden kellemetlen melléktünettől ment hatását illetőleg vele csak a trional vetekedhetik.

Ép ily jó eredményeket értünk el 30 ambulans betegünknél, kik közül 20 neurastheniában és hysteriában, 3 tabesben, 2 influenzában, 2 tüdővészben, 2 vesebajban, 1 pedig szívbajban szenvedett. Ezeknél is 0·5—1·0 jó hatást fejtett ki s csak a két tüdővészes és 3 hysteriás betegünknél maradt el a hatás még nagyobb adag daczára is. Mi a dormiolt eseteink felében 0·5 grammos capsula gelatinosákban adtuk (e 0·5-os dormiolcapsulák eredeti skatulyákban 2 márkáért kaphatók s egy ily skatulya 25 capsulát tartalmaz). Eseteink másik felében a dormiolnak 10%-os vizes oldatát alkalmaztuk; pro dosi kávéskanalanként.

A betegek mindkét alakban szívesen vették s az oldat ízét egyszer sem kifogásolván, ízjavitora nem szorultunk, különben is a capsulákban való adagolásnál a némelyeknek talán kellemetlen égető íz elkerülhető. Így saját észleleteink is megegyezvén a fentebb részletesebben ismertetett szerzők jó tapasztalataival, a dormiolt mint kitünő s biztos hatású, kellemetlen melléktüneteket nem okozó s elég olcsó altató szert melegen ajánlhatjuk, nemcsak elme- és idegbajosoknál, hanem minden oly esetben, hol hypnoticumok adása javalva van.

Irodalom. [1] Dormiol, ein neues Schlafmittel. Von Dr. *Meltzer* in Colditz. Therap. Beilage Nr. 5 der Deutschen med. Wochenschrift. 1899. [2] Dr. *Ernst Schultze* in Andernach. Dormiol. Neurolog. Centralbl. Nr. 6, 1900. [3] Ueber die Wirkung des Dormiol von Dr. *Peters*. Münch. med. Wochenschr. Nr. 14, 1900.

A cyklikus albuminuriáról.

Közli: *Heim Pál* dr.

A cyklikus albuminuria vagy a *Pavy*-féle kór alatt azon kórképet értjük, a midőn a pubertas korában vagy ehhez közeledő korban levő gyermekeknél fehérje jelenik meg a nappali vizeletben, míg az éjjeli és a reggeli vizelet fehérjétől mentes. A fehérjének ily 24 órai cyklusokban való megjelenésének az az oka, hogy rendes körülmények között a gyermekek az éjjelt az ágyban fekve töltik el, míg nappal fenjárkálnak, vagyis éjjel horizontalis helyzetben vannak, nappal pedig merőlegesben; mert épen a vízszintes helyzetből a függőlegesbe való felemelkedés az előidézője a fehérje kiválasztásának *(Stirling)*. *Heubner*[1] ezen oknál fogva a cyklikus albuminuria helyett az „*orthotikus*“ albuminuria elnevezést ajánlja. Ha ily betegek a nappalt az ágyban töltik és este kelnek fel, akkor a nappali vizelet fehérjementes, míg az esteli és esetleg az éjjeli vizelet is fehérjét tartalmaz. A

[1] Heubner: Über chronische Nephritis und Albuminurie im Kindesalter. Berlin. August Hirschwald 1897.

további fennlét, testmozgás, fehérjedús táplálék nincs befolyással a fehérje kiválasztásra, mert ennek daczára az esteli vizeletben az esetek többségében eltünik a fehérje. A bántalom hosszú évekre terjed és rendesen gyógyulással végződik.

Mielőtt e bántalom tárgyalásába fognék, itt közlöm az általam észlelt három eset kórtörténetét.

1. H. A. 12 é. leány. Az anyja állítása szerint egy év óta igen gyakran szenved fejfájásban, a mely mindig a homlokra lokalizálódik, gyakran szédül, többnyire étvágytalan, kedélyében igen változó, igen könnyen sír, minden csekélység felizgatja. *Anamnesis.* A szülők teljesen egészségesek. Atyai nagyatyja az örültek házában halt el. Anyai nagyanyja tüdőtuberculosisban halt el. A beteg állitólag 2 éves koráig teljesen egészséges volt, ekkor tüdőgyuladást kapott, a melyből azonban csakhamar meggyógyult; 2½ éves korában kanyarót állott ki; 9 éves korában pedig scarlatinát. A scarlatina teljesen normalisan folyt le és a kezelő orvos, a ki a vizeletét ezen időben rendszeresen, naponként megvizsgálta, vesebajt nem konstatált nála. *Status praesens.* A korához képest magas, igen sovány betegnél a bőr és a látható nyákhártyák feltünő halvány szinén kivül, objective semmi kóros tünet nem mutatható ki. A vizelet színe halvány szalmasárga, fajsúlya 1010, vegyhatása savi. Eczetsavra gyenge felhőszerű zavarodás áll elő benne, a mely sem főzésre, sem több eczetsav hozzáadására el nem tünik, ellenben ásványi savban oldódik; tehát nucleo-albumint tartalmaz. A centrifugált üledékben hat praeparatum közül egyben 3 hyalin cylinder és egyben 2 hyalin és egy szemcsés cylinder látható. Felszólitásomra a beteg másnap elhozta közvetlen a felkelés után üritett vizeletét. Ezen vizelet fehérjementes volt.

A következő 10 nap alatt a betegnél minden egyes vizeletportiot megvizsgáltam fehérjére. A beteg reggel 7 órakor kelt fel, 8-kor kávét zsemlével reggelizett, 10 órakor vajas kenyeret evett, 1½-kor levest és húst főzelékkel ebédelt, 5-kor ismét kávét kapott zsemlével, este 8-kor rizst tejben vagy húst főzelékkel vacsorázott és 9-kor lefeküdt. Az ezen 10 nap alatt levő fehérjekiválasztást a következő táblázatba foglaltam össze. (A horizontalis rovatok a napokat, a merőlegesek a 2 órai időközöket jelzik; a keresztek a fehérje jelenlétét, a vonalak a fehérje hiányát jelzik.)

	5—7	7—9	9—11	11—1	1—3	3—5	5—7	7—9	9—12	12—5
1		—	+		+			—		—
2		—		+		—			—	
3			+	+			—			—
4		—			+	—			—	
5		+	+		—		—		—	
6		—		+	+			—		
7		—			—				—	
8		—	+				+		—	
9			+	+	+			—		
10		—			+				—	—

A beteget még kétszer volt alkalmam később láthatni, körülbelül egy hónap mulva, és daczára annak, hogy a nap legnagyobb részét ágyban töltötte és a diaetetikai szabályokat a legpontosabban betartotta, nevezetesen igen sok tejet ivott, a nappali vizelet mindkét esetben fehérjét tartalmazott, míg a reggeli vizelet fehérjétől mentes volt. A vizelet napi mennyisége igen változó volt: 400 gm.-tól 1500-ig.

2. Sch. M. 13 éves leány. 3 év óta szenved igen gyakori fejfájásban; sokszor oly gyenge, hogy elájul. Anyja már több izben vett igénybe orvosi segitséget, a kezelő orvosok azonban a chlorosison kivül semmi kórosat nem találtak nála. A különböző vaskészitmények, a melyeket rendeltek, csak mulékony javulást idéztek elő. *Anamnesis.* Csecsemő korában több izben állott ki gyomor- és bélmegbetegedéseket; 2 éves korától 6 éves koráig teljesen egészséges volt, ekkor azonban rövid egymásutánban kanyarót, majd szamárhurutot és tüdőgyuladást állott ki. 11 éves korában scarlatinát acquirált. Bár orvosi kezelés alatt állott, nem voltam képes teljes bizonyossággal kideriteni, hogy nem csatlakozott-e a scarlatinához nephritis, mert az anya határozott állitása szerint a kezelő orvos sohasem vizsgálta meg a vizeletet. Oedemák vagy más a vesebajra gyanút keltő symptomák sem voltak jelen. Rövid időre a scarlatina lefolyása után lépett fel nála a fejfájás, a szédülés és az ájulás. *Satus praesens.* A korához képest elég nagy és jól táplált leánybetegnél a bőr és a látható nyákhártyák igen halványak. A tüdők felett semmi kóros nem mutatható ki. Szívhatárok normalisak. A szivcsúcson gyenge fuvó, systolikus zörej hallható. A vena jugularis felett apáczazörej. A vizelet sötétsárga, átlátszó. Fajsúlya 1015, vegyhatása savi. Nucleoalbumint, serumalbumint és serumglobulint tartalmaz. A centrifugált üledékben egynéhány hyalin cylindert és több praeparatum közül egyben egyetlen egy epithel cylindert találtam. A másnap reggeli vizelet fehérjementes volt. A következő 10 napi vizeletvizsgálat eredménye táblázatba foglalva a következő: (l. a táblát.)

Ezen beteget nem volt alkalmam többé láthatni.

3. W. Margit, 13 éves. Négy év óta szenved gyakori szédülésben és étvágytalanságban, igen sokszor hány, még pedig nem csak ételfelvétel után, hanem ételfelvétel előtt is. 7 éves korában kanyarót állott ki, különben állitólag mindig egészséges volt. Chlorosison kivül objective semmi kóros nem mutatható ki nála. A vizelet világos szalmasárga,

	5—7	7—9	9—11	11—1	1—3	3—5	5—7	7—9	9—12	12—5
1	—		+		+			—		
2		+	+						—	
3		—		+	+	+				—
4			+			—	—			
5	—		+		—					
6		+	+				—			
7	—	+		+			—			
8		+	+	+						—
9			+	+		+			—	
10	—	+		—		—			—	

fajsúlya 1012, vegyhatása savi. Csak nucleoalbumint tartalmaz. A centrifugált vizeletben elvétve egy-egy hyalin cylinder látható. A következő 5 napi vizeletvizsgálat eredménye táblázatba foglalva a következő:

	5—7	7—9	9—11	11—1	1—3	3—5	5—7	7—9	9—12	12—5
1	—	+		—				—		
2		—			+	+				—
3			+				—		—	
4			+	+					—	
5		—		+					—	

Ezen beteget 2 hónap mulva volt ismét alkalmam láthatni, nappali vizelete ekkor is tartalmazott fehérjét, míg a reggeli vizelet fehérjétől mentes volt. Meg kell jegyeznem, hogy ezen két beteg is ugyanazon életmódot folytatta, mint az 1. számú beteg. Fontosnak tartom itt felemlíteni, hogy ily vizeletben a fehérje mennyisége oly csekély, hogy a ki nem úgy csinálja a fehérjepróbát, hogy azon vizelet mellett, a melybe az eczetsavat beleönti, még egy másik kémcsövet tart tiszta vizelettel, a két vizelet összehasonlítása czéljából, az sokszor nem fogja az igen gyenge, mondhatni lehelletszerű zavarodást észrevenni.

Vogel[2] figyelmeztette először az orvosi világot arra, hogy látszólag egészséges embereknél is előfordulhat bizonyos körülmények között fehérje a vizeletben és bár ő is leir a cyklikus albuminuria kórképébe teljesen beleillő eseteket, de mint különálló kórképet *Pavy*[3] tanulmányozta és irta le. Nevét is tőle kapta. Pavy közleménye után egymást érték az ezen kórképpel foglalkozó munkák. A szerzők egy része elfogadja a cyklikus albuminuriát mint önálló kórképet, míg egy másik része az idevágó eseteket vagy physiologikusnak, vagy az acut nephritis húzódó lefolyásának és gyógyulásának, vagy pedig a chronikus nephritis valamelyik alakjának tartja. Túlmenne e munka keretén, ha az összes szerzőket felemlíteni és véleményüket megitélni akarnám, és ezért közülök csak egynehányra szorítkozom. *Johnson*[4] 20 eset közül 14-ben kimutatta a lefolyt neprithist és arra figyelmeztet, hogy a gyógyuló nephritisek gyakran cyklikus intermittens jelleget vesznek fel. Ezen nézethez csatlakozott *Senator*[5] is. Hogy teljesen egészséges embereknél is előfordulhat bizonyos körülmények, mint például megerőltetett testi és szellemi munka, hideg fürdők stb. után, fehérje a vizeletben, azt *Leube*[6] is kimutatta. Csakhogy ezen physiologikus fehérje vizelésre jellemző az, hogy ha az előidéző ok megszünik, a fehérje is eltünik a vizeletből. *Keller*[7] a chronikus nephritis *kétes* eseteinek tartja az idetartozó eseteket. *Heubner*[8] és *Tewes*[9] a cyklikus albuminuriát mint teljesen különálló kóralakot, mint a vese functionalis megbetegedését fogják fel. Nézetük megerősitésére azt hozzák fel, hogy a *tiszta* cyklikus albuminuria eseteiben cylindereket és más vesealakelemeket nem voltak képesek kimutatni. Ha elgondoljuk, hogy *Keller*[10] 7 esete és az én 3 esetem minden tekintetben megegyezik

[2] Vogel. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Virchow. Erlangen, 1856—1865. Bd. VI., Abth. II.

[3] Pavy. On cyclic albuminuria. Lancet 1885. okt. 17.

[4] Johnson. A discussion on the prognosis of cases of albuminuria with special reference to life assurances in the section of medicine of the annual meeting of British med. Association held in Leeds. August, 1889. Brit. med. Journal, Aug. 24. 1889.

[5] Senator. Gesellschaft der Charité-Ärzte zu Berlin. 16. Mai 1889. Berliner klin. Wochenschr. 1889 Nr. 39.

[6] Leube. Virchow's Archiv 72. 1878.

[7] Keller. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. 43. 1897.

[8] Heubner. Festschrift für Henoch. 1890.

[9] Tewes. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 36. 1893.

[10] Keller. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Bd. 41, 1895.

a Heubner és Tewes által leirt esetekkel, kivéve, hogy mi cylindereket mutattunk ki betegeink vizeletében, az elválasztást erőszakosnak kell tartanunk, sőt talán jogtalannak is; hisz egyrészt általánosan ismert dolog, hogy a chronikus nephritis kétségtelen eseteiben, különösen zsugorvesénél, gyakran hiányzanak a vizeletben a vesealakelemek, másrészt a cyklikus albuminuriánál (a mire már Keller is figyelmeztetett) igen kevés cylinder van a vizeletben, úgy hogy sokszor több praeparatumot kell végig néznünk, míg egyetlen egy cylindert találunk, és sokszor nem is tartalmaz minden egyes kiürített vizeletportio vesealakelemet; könnyen belátható ennélfogva, hogy a legfigyelmesebb és leglelkiismeretesebb vizsgáló figyelmét is elkerülheti az az egynehány cylinder, a melyet az ilyen vizelet tartalmaz, különösen akkor, ha nem centrifugált, hanem csúcsos pohárban ülepített vizeletet vizsgál. A vitát csak a bonczlelet dönthetné el, azonban tudtommal eddig legalább még egyetlen egy bonczolat sincs az irodalomban közölve.

Bár nézetem szerint a cyklikus albuminuriát a vese functionalis megbetegedésének nem tarthatjuk, de a gyógyuló acut nephritisek vagy a chronikus nephritisek eddig ismert alakjai közé sem sorolhatjuk be. Hogy nem gyógyuló acut nephritis, a mellett szól évekre terjedő lefolyása. Hogy nem tartozik a chronikus nephritisek eddig ismert alakjai közé, a mellett szól a mondhatni feltétlenül jó prognosis és azon körülmény, hogy ha akár az egyes szerzők közleményeit külön-külön nézzük, akár az általuk leirt eseteket összegezzük, rögtön feltünik, hogy mily túlnyomó többségben vannak az e bajban szenvedő leányok a fiuk felett, és hogy legnagyobb részük a pubertas korában vagy e korhoz közeledő korban van. Már pedig a chronikus nephritis azon betegségekhez tartozik, a melynek aetiologiájában épen olyan momentumok szerepelnek, a melyek a fiukat ép oly mértékben érik, mint a leányokat. Az eddig közölt esetek száma oly nagy, hogy puszta véletlenről szó sem lehet. Azonfelül még egyetlen egy szerző sem látott a cyklikus albuminuria lefolyása alatt vízkórt, retinitis albuminuricát vagy szív hypertrophiat fellépni, a melyek pedig gyakori kiséröi a chronikus nephritisnek. Azon körülmény, hogy a cyklikus albuminuria anamnesisében oly gyakran lelhető fel valamely heveny fertőző bántalom, nevezetesen a scarlatina, hogy igen sok esetben kimutatható az elörement nephritis is, nem fogadható el érvül azon nézet mellett, hogy a cyklikus albuminuria a chronikus nephritis eddig ismert kórképeinek egyikéhez tartozik. A „post hoc ergo propter hoc" egyedül még nem bizonyító. Az elörement nephritist mint praedisponáló momentumot igen, de mint elöidéző okot nem fogadhatjuk el. Azon körülménynél fogva, hogy az esetek egy részében legalább, a vizelet vesealakelemeket tartalmaz, a cyklikus albuminuriát mint a vese szöveti megbetegedését kell felfognunk, a mely azonban daczára annak, hogy évek hosszú során fennáll, végre mégis reparálódik. *Heubner* az 1890-ben közölt 5 esetről 7 évvel későbben mint gyógyultakról referál. Érdekes ezen szempontból *Heubner* és *Keller* egy-egy esete, a midőn a cyklikus albuminuriában szenvedő gyermek scarlatinát acquirált és ezen scarlatina teljesen normalisan folyt le, a nélkül, hogy valamely, a vese részéről való complicatio zavarta volna a lefolyást. Bárhogy is itéljük meg a cyklikus albuminuriát, nem szabad elfelednünk, hogy a pathologiai anatomiai viszonyok ismerete nélkül, tisztán klinikus kórképpel állunk szemben, a mely talán a legkülönbözőbb természetű megbetegedéseket egyesíti.

Az aetiologiát illetöleg, bonczlelet hiányában, hypothesisekre vagyunk utalva. Noorden[11] az anyagcsere megbetegedésében keresi a cyklikus albuminuria okát Merklen[12] recidiváló vese congestiot vesz fel, a mely a vese véredényeinek habitualis ataxiáját okozza, a melynek következtében a húgycsatornák epitheljeinek időleges, reparálódó elváltozása áll elő. Teissier[13] szerint a cyklikus albuminuria oka a máj functiojának zavara, a mely a vörös vérsejtek dús elpusztulásával jár. Schön[14] a chlorosisra vezeti vissza a cyklikus albuminuria okát. Chlorosisnál ugyanis a legkülönbözőbb szervek, így a többek között a véredények is degenerálódhatnak; ezen degenerált véredények eresztik át, Schön szerint, a vérsavót és vele együtt az oldott fehérjéket.

Ha megfontoljuk azon körülményt, hogy a cyklikus albuminuriában szenvedő gyermekek között túlnyomó számban szerepelnek a leányok és épen a pubertas korában levő leányok, hogy panaszaik ugyanazok, mint a melyeket a neuropathikus gyermekektől hallunk, közelfekvővé válik azon gondolat, hogy a gyermekkori hysteria, neurasthenia és a cyklikus albuminuria között összefüggést keressünk. Az albuminuria közvetlen okául a vese circulatios zavarát kell felvennünk. Hisz a hysteriánál nem ritkák a vasomotorikus zavarok és néha oly súlyosak is lehetnek ezek, hogy tüdő- és gyomorvérzéshez is vezethetnek. Aufrecht[15] vizsgálatai kimutatták, hogy a vese circulatiojának megváltozása a vese szövetének parenchymás megváltozását ohozhatja. Hisz a szívbajosok és az epileptikusok fehérje vizelését is csak a circulatios zavarral vagyunk képesek megmagyarázni. A merőleges helyzet a hydraulikus törvények szerint csak fokozza a circulatios zavart.

A prognosis, mint már említettem, igen jó.

A therapia főleg a betegnek a testi és szellemi megerőltetéstől való megóvásban áll. Jó, ha időnként egy-két napra lefektetjük a beteget, bár a fehérjekiválasztás megszünését ezzel el nem érjük. Különös diaeta betartása nem szükséges. *Keller* vizsgálatai kimutatták, hogy a tej bő ivása nemcsak hogy nem csökkenti, de fokozza a fehérje kiválasztást. *Heubner* jó hatását látta a vaskészítmények adagolásának.

[11] Noorden. Deutsch. Archiv f. klin. Med. 38. 1886.
[12] Merklen. Archiv gener. Août 1889.
[13] Teissier. Lyon. méd. 1889. No. 11.
[14] Schön. Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 41.

Közlemény az egyetemi psychophysiologiai laboratoriumból (Laufenauer K. dr. egyet. ny. r. tanár klinikáján) és a székesfővárosi jobbparti szegényházból (rendelő orvos: Tauszk F. egyet. magántanár).

Adatok az aggok elmeműködéseinek psychophysikai vizsgálatához.

Dolgozták: *Ranschburg Pál* dr. és *Bálint Rezső* dr.

(Vége.)

C) Látási reactiok.

Említettük már, hogy az Alber-féle látási készülék önmaguk ellenörzésében meg nem bizható, kisebb míveltségű egyéneknél nem kedvez az egyszerübb látási reactiok vizsgálatának. De meg a hallási reactiokhoz analog látási reactiok (például tisztán fehér lapokra, majd többféle színü lapok közül csakis a fehérekre való összetett reactiok) vizsgálatát az aggjaink legnagyobb részénél mutatkozó kifejezett s a fénytörő közegek aggkori elváltozásain alapuló látásgyengülés is jelentékenyen megnehezíté s csökkenté e vizsgálatok megbizhatóságát is. Ilyen vizsgálatokról tehát csakhamar le kellett mondanunk. Találtunk azonban a 60 éven felüli ápoltak között 5 egyént, kiknél a látást ilyen elváltozások nem gátolták annyira, hogy $1^1/_2$ cm. nagyságú betüket 1—3 m. távolságból szemüveg nélkül akadálytalanul el ne olvastak volna. Ezeket használtuk fel a látási reactiok vizsgálatára, még pedig, valamint az ápolóknál, úgy itt is 40 egytagú szóból álló sorozat szolgált a látási inger gyanánt. A látóinger-készülékben felbukkanó szót a reagálónak a hangkulcsba kellett belémondania. Itt az Alber-féle optikai ingerlő készülék teljesen bevált, a mennyiben ilyen komplikáltabb ingerrel szemben, mint az egytagú szó, a felbukkanó lap még természetesen nem válthat ki korai reactiokat.

A vizsgálat eredményét a következő táblázat mutatja. (Lásd a következő táblát.)

Az egytagú szóreactiok csoportközéptartama tehát az aggoknál 924 σ a fiatalok 757 σ-jához képest. A különbség tehát 167 σ, vagyis mondhatjuk, hogy az *egytagú szókra végzett látási reactiok időtartama az aggoknál 18%-kal hosszabb, mint a fiataloknál.*

A középöv értékeinek a középszámhoz mutatott ingadozása 23·5% az ápolóknál s 31·3% az aggoknál.

Hogy a 18%-nyi többletből mennyi esik a látószervben beállott elváltozások s a centrifugalis folyamat, s mennyi az elme-

[15] Aufrecht. Verhandlungen des XIII. Congress für innere Medicin. 1893.

Név	O	E	Jk	D	V	Csoport-közép
V. közép-szám	820	990	804	1238	766	924 σ
közép-öv	∓215	∓289	∓179	∓516	∓251	∓290
k. ing. széles.	—114	+66	—120	+314	—158	∓152

beli folyamat, az érzékelés és megismerés lassubbodásának rovására, az említett okokból kiszámítható nem volt. De ezen látási reactioknak nem is volt más czéljuk, mint az, hogy az ugyanazon eszközökkel végzett képzettársítások vizsgálatánál a reactios folyamat időtartamának megitélhetésére alapul szolgáljanak.

D) Képzettársítások.

Ezek, mint már előbbi közleményemben említettem, kényszerültek vagy szabadok lehetnek. A kényszerültek közül az aggoknál is az egyértelmüleg kényszerültek vizsgálatára az egyjegyü számok összeadását, a többértelmüleg kényszerültek vizsgálatára az elemi itéleteket választottuk.

I. *Összeadási reactioknál* az Alber-féle készülékben felugró kártyán két egyjegyü szám tünik fel, melyeket a vizsgált egyénnek össze kell adni s az összeget a hangkulcsba bemondani. Minden egyénen 50 ilyen összeadási reactio tartamát vizsgáltuk.

Az eredményeket a következő táblázat mutatja:

Név	O	E	Jk	D	V	Ni	Csop.-közép
Valószinü közép-szám	928	1202	1061	1883	1477	1289	1307
Középöv	∓194	∓195	∓395	∓861	∓878	∓288	∓468·5
Közép ingad. szélesség	—379	—105	—246	+576	+170	—18	∓249
Hibás összeadások %-a	—	2	8	8	12	4	5·7

Az aggok összeadási reactioinak tartama tehát 1307 σ, szemben az ápolóknál kimutatott 1133 σ-val. Mondhatjuk tehát, hogy az *egyjegyü számok összeadási reactioinak időtartama az aggoknál 174 σ-val, tehát 13·3%-kal hosszabb mint a fiataloknál.* A középöv értékeinek a középszámhoz mutatott ingadozása az ápolóknál 33, az aggoknál 34·2%, tehát közel egyforma. A közepes hibaszázalék a fiataloknál 6·8%, az aggoknál 5·7%, tehát kisebb, a mi megfelel annak ténynek, hogy a vizsgált aggok mind jobban számolnak, mint a fiatal ápolók. Egyrészt kiderül ez már abból is, hogy 12 agg közül valamennyi ért a számoláshoz, míg a vizsgált 10 ápoló közül csak 5 bir egyjegyü számokat összeadni, a többi még ezt is csak ujjai segítségével tudja.

De még tisztábban kiderül ez a tény, ha az összeadásnak elmebeli folyamatára szükségelt tiszta időt keressük. Ezt teljes pontossággal ki nem számíthatjuk, minthogy a hivó-képzet, azaz ez esetben két egymás mellett álló, de egymástól külön tartandó számjegy reactios idejének kiszámítása a mi egyéneinknél legyőzhetetlen akadályokba ütközik. Megközelítőleg pontos lesz a számítás, ha felteszszük, hogy két egyjegyü szám látási reactios ideje azonos egy egytagú szó látási reactios időtartamával. Az összadási reactiok tartamából levonva tehát az egytagú szó-reactiok tartamát, megközelítő pontossággal nyerjük az összeadás elmebeli folyamatára szükségelt tiszta időtartamot.

Ez tehát lesz: 1307—924 = 383 σ a fiatalok 376 σ időtartamával szemben. Mondhatjuk tehát, hogy az *egyjegyü számok összeadásának tiszta időtartama az aggoknál 7 σ-val, tehát 1·8%-kal hosszabb, mint a fiataloknál,* számba vehető különbség tehát fiatalok és aggok között nem forog fenn.

Ez a tény onnét magyarázható, hogy az egyjegyü számok összeadása oly elmemívelet, mely a haladó korral együtt haladó, folytonos újabb meg újabb gyakorlottságra tesz szert, főleg pedig onnét, hogy vizsgált aggjaink nagyrészt kiskereskedőkből, iparosmesterekből rekrutálódnak, kik tehát az élet iskolájában foglalkozásuknál fogva is kénytelenek voltak az összeadás nélkülözhetetlen műveletét újból meg újból gyakorolni, míg ápolóink inkább az iparostanonczok s parasztfiuk azon osztályából kerültek ki, mely a mezei munkához kedvet nem érez, iparos pályára pedig elegendő ügyességgel és kitartással nem rendelkezik.

II. A többértelmü kényszerü képzettársítások közül az *elemi itéletreactiokat* vizsgáltuk, melyeknél a látókészülékben felbukkanó kártyákon 1—1 egytagú szó jelent meg, a melyet elolvasván, a vizsgált egyénnek meg kellett itélnie, vajjon a látott szó élő vagy élettelen fogalmat jelent-e? Előbbi esetben „él", utóbbiban „nem" szóval kellett a hangkulcs útján reagálnia. Minden egyénen 40 szóból álló vizsgálati sorozatot vettünk fel.

Az *itéletreactiok időtartamát* a következő táblázat mutatja:

Név	O	E	Jk	D	V	Csoport-közép
V. középszám	1135	1243	1148	1575	1291	1278 σ
Középöv	∓334	∓336	∓230	∓337	∓321	∓311·6
Középingadozás sz.	—143	—35	—130	+297	+13	∓123

Az aggok itéletreactioinak időtartama tehát 1278 σ, szemben a fiataloknál talált 1047 σ-val. Mondhatjuk tehát, hogy *az aggok elemi itéletreactioinak időtartama 231σ-val, azaz 17·3%-kal hosszabb, mint a fiataloké.* A középöv értékeinek a középszámhoz mutatott ingadozása az aggoknál 311·6, azaz 13·5%, a fiataloknál 35·3%, a mi egybevág a kisérletezés közben tett ama tapasztalatunkkal, hogy e vizsgálatok az aggok figyelmét és érdeklődését már jobban megragadták, mint az ápolókét.

Lássuk, mennyi esik ebből az *itélet tiszta elmebeli műveletére,* melynek időtartamát megkapjuk, ha az itéletreactiok tartamából az egytagú szó-reactiok tartamát levonjuk, mikor is a következő értékeket kapjuk:

Név	O	E	Jk	D	V	Csoport-közép
Itélet tiszta ideje	315	253	344	337	525	355 σ
Középingadozás sz.	—40	—102	—11	—18	+170	∓68

Az elemi itéletek elmebeli folyamatának tiszta időtartama tehát az aggoknál 355 σ, szemben a fiatalok 289 σ-jával, tehát 66 σ-ával, azaz *időtartamuk 18·6%-ával hosszabb, mint a fiataloknál.*

Tényleges hibás reactiok sem az aggoknál, sem a fiataloknál elő nem fordultak.

III. *A szabad képzettársítás* vizsgálata oly módon történt, hogy a vizsgált egyének eszmeköréből vett 50 egytagú szóból álló sorozatot állítottunk össze; a látóinger-készülékben felbukkanó szóra a vizsgált egyén az erről tudatában felmerülő legelső képzetet, illetve szót mondotta bele a hangkulcsba. Mondhatom, hogy a kisérletek e neme, melyet eleve vizsgálati egyéneink értelméhez képest túlkomplikáltnak tartottunk, minden legcsekélyebb nehézség nélkül volt eszközölhető, a mi kizárólag a készülékek genialisan egyszerü szerkezetében találja magyarázatát.

Ilymódon a következő értékeket kaptuk: (l. a köv. táblát.)

Az aggok szabad képzet-társítási reactioinak középidőtartama tehát 2447 σ, szemben a fiataloknál talált 1459 σ-val. Mondhatjuk tehát, *az aggok szabad képzettársítási reactioi 988 σ-val, vagyis 40·3%-kal hosszabb időtartamúak, mint a fiatalokéi.* A középöv értékeinek szóródása a középszám körül annak 95%-a a fiataloknál és 40·5%-a az aggoknál. A figyelem viselkedése tehát aggok-

*

Név	O	E	Jk	D	V	Csoport-közép
V. középszám	1557	2802	2079	3533	2243	2447 σ
Középöv	∓434	∓1391	∓584	∓1423	∓1114	∓991
Középingadozás sz.	—889	+355	—368	+1086	—204	∓580

nál és fiataloknál alig (1/8-kal) különbözik a reactiok ezen formájánál.

Ha meg akarjuk ismerni a *szabad képzettársítás elmebeli folyamatának tiszta időtartamát*, a képzettársítási reactiokból le kell vonnunk az egytagú szóreactiok tartamát, mikor is a következő táblázat mutatja a talált értékeket:

Név	O	E	Jk	D	V	Csoport-közép
A képzettársítás tiszta ideje	757	1812	1275	2295	1477	1523 σ
Középingadozás sz.	—766	+289	—248	+772	—46	∓430

A szabad képzettársítás elmebeli folyamatának tiszta időtartama tehát az aggoknál 1523 σ, szemben a fiataloknál talált 702 σ-val, tehát *821 σ-val, azaz 53·9%-kal hosszabb tartamú az aggoknál*, mint fiataloknál, vagyis *az aggok képzettársításának tiszta időtartama a fiatalokénak több mint kétszerese.*

Hogy a csoportközépszámoktól eltekintve is az aggok és fiatalok időértékei között mutatkozó viszonyokról magunknak teljes képet alkothassunk, járjunk el az itéletek és szabad képzettársítások tiszta műveletének megbirálásánál hasonlóképen, mint az egyszerű és összetett reactioknál tettük. Állítsuk tehát nagyságuk szerint sorozatba a fiataloknál és aggoknál talált értékeket, midőn is 5 fiatal s 5 agg egyénről lévén szó, tisztán elméleti értelemben — a talált eredmények értelmében — az 5 első helyet a fiataloknak, az 5 utolsót az aggoknak kellene elfoglalniok.

Itélet-reactiok	697	966	1002	1028	**1135**	**1148**	**1243**	**1291**	1542	**1575**
Itéletek psychikus ideje	200	[illegible]	241	**253**	**315**	**337**	**344**	369	406	**525**
Szabad k. társítás reactiok	1118	1287	1320	1512	**1577**	2060	**2079**	**2243**	**2802**	**3533**
Szabad k. társítás psychikus ideje	526	585	621	**757**	887	890	**1275**	**1477**	**1812**	**2295**

Itt is láthatjuk, hogy merev válaszfal a fiatalok rövidebb s az aggok hosszabb értékei között nincsen, hanem egyes fiataloknak időtartama az aggok értékeihez hasonló s megfordítva. Mégis jellegzetes, hogy úgy a reactioknál, mint a tiszta psychikus idő-nél a sorozat első 3 helyét kizárólag fiatalok, az utolsó helyet mindenütt aggok foglalják el. Az 5 utolsó helyből az itéletreactioknál 4-et, az itélet tiszta időtartamánál 3-at, a szabad társítás reactioinál s tiszta időtartamánál 4—4 helyet az aggok foglalnak el. Az 5 agg közül a legrövidebb időtartama is hosszabb az 5 fiatal egyén 3 elsejénél, míg a fiatalok közül az itéletreactioknál a leglassabb gondolkozású az öregek közé, az utolsóelőtti helyre jutott.

Összegezés.

Az aggoknál a hallási, látási és képzettársítási reactiok időbeli lefolyása a fiatalokhoz képest kifejezett meghosszabbodást mutat, mely csekély az egyszerű hallási s az összeadási, nagyobb a látási (egytagú szó) reactioknál s igen nagy a megkülönböztetési reactioknál. Az elme-műveletek tiszta időtartama nem változik az egyértelmű (összeadási) kényszerült társításoknál, hosszabbodik az itélettársításoknál s jelentékenyen megnyúlik (44—54%-kal) az egyszerű választás, valamint leginkább a szabad képzettársítás folyamatánál.

Az eredményeket számértékekben összegezve mutatja a következő táblázat:

	Elmebeli műveletek	Fiatal egyének időtartamai σ = ezredmásodp.	Aggok időtartamai σ = ezredmp.	Mennyivel hosszabb az aggok időtart. a fiatalokénál
Reactiok tartama	Egyszerű hallási reactiok	muskul. 111 sensorik. 185	muskul. 136 sensorik. 212	musk. 18 σ = 13·2% sens. 27 σ = 12 7%
	Összetett hallási (egyszerű választási) reactiok	249	368	119 σ = 32·3%
	Látási (szó-) reactiok	757	924	167 σ = 18%
	Egyértelműleg kényszerült (összeadási) reactiok	1133	1307	174 σ = 13·3%
	Itélettársítási reactiok	1047	1278	231 σ = 17·3%
	Szabad képzettársítási reactiok	1459	2447	988 σ = 40·3%
Tiszta időtartamok	Megkülönböztetés, választás	97	175	78 σ = 44%
	Egyjegyű számok összeadása	376	383	17 σ = 1·8%
	Elemi itélettársítás	289	355	66 σ = 18·6%
	Szabad képzettársítás	702	1523	821 σ = 53·9%

Újból ki kell emelnem azokat a hasznos szolgálatokat, melyekkel *Engländer Lajos* bölcsészettanhallgató úr a kisérletek s azok értékeinek kiszámítása körül bennünket mindvégig segített.

A photographozás az orvosi tudomány, de különösen a dermatologia szolgálatában.

Irta: *Huber Alfréd* dr.[1]

(Vége.)

De e fényképek még mindig nem mondhatók tökéletesek-nek. A photographus törekedjék első sorban a természethűségre. A mi természethűség tekintetében úgy ezen, mint a legtöbb tudományos photographián kifogásolható, az főleg a plasticitás és a természetes színekben való pompázás hiánya. Az előbbinek, t. i. a plasticitásnak képesek vagyunk már, bár csak közvetve eleget tenni az által, hogy az ismeretes stereoskop mintájára készült két lencséjű készülékkel, az ú. n. stereoskopikus camerával eszközöljük a felvételeket. Ilyen képek főleg a dermatologia terén már napvilágot láttak nyomtatásban is. A kész képek természetesen stereoskoppal tekintendők meg, hátrányuk ennélfogva, hogy plastikus képet csak akkor adnak, ha különös műszerrel vizsgáljuk azokat. A fődolog azonban, hogy a photographia teljesen sikeresen örökíti meg természetes plasticitásában azt a képet, a mely rendszerint csak egy niveauban ad fogalmat azon tárgyról, a mely a felvétel czélját képezte.

Már sokkal nehezebb akadályokat gördít a photographus munkássága elé az a törekvés, a mely úgyszólván *egymagában* képezi a különben már annyira tökéletesedett photographozás jövőjét: *értem a tárgyaknak természetes színekben való megörökítését.* E törekvés közeledik már a végleges megoldás felé: a legközelebbi multban legalább oly felette érdekes és meszszeható haladás történt e téren, hogy ezt a kérdés végleges megoldásától már csak kis lépés választja el. Színes fényképeket még csak nemrég csupán vetítés segélyével sikerült láthatóvá tenni. Az eljárásnak, a melynek részleteibe e helyen nem bocsátkozom, *Lumière, Yves* és *Jolly* voltak úttörői; hogy az mily eclatáns sikereket volt képes felmutatni, arról meggyőződhettek mindazok, a kik annak idején a Feszty-féle körkép épületében látták az erre vonatkozó bemutatásokat. A hatás valóban bámulatos volt és mégis tapasztaltuk-e, hogy a photographikus felvételek természetes színekben azóta valami feltünő módon megszaporodtak volna? Ugyebár nem. Mi ennek oka? Oka első sorban, hogy a felvételek itt is csak közvetve, a sciopticonnak vetítő szerkezete által vehetők észre, a melyet újabban egy más készülékkel, az *Yves-*

vagy helyesebben *Zink*-féle chromoskoppal helyettesítettek, a mivel az eljárást lényegesen egyszerüsítették. A színes felvételek készítése elé akadályt gördített azonban az előbbinél fontosabb ama körülmény is, hogy az ilynemü felvételek készítése meglehetősen nehézkes, sőt a mi speciell az orvosi objectumokat illeti, *majdnem* kivihetetlen. Hogy a színes photographozás nehézségeiről fogalmat szerezzenek, szükségesnek tartom, hogy az egész eljárást röviden lényegében megismertessem annál is inkább, mivel kétségtelen, hogy nemsokára az orvosi tudomány keretébe vágó objectumokra is fognak erre vonatkozó kisérletek történni.

Az eljárást (megjegyzem, hogy csak az *Yves*- és *Jolly*-féle eljárásról van szó) alapját az képezi, hogy a felveendő tárgyról nem egy, hanem három felvétel készül, még pedig mindegyik akként, hogy a camera objektiv lencséje elé más-más szines üveget, úgynevezett színszűrőt alkalmazunk: egy vöröset, egy zöldet és egy kéket. A felvételek mindegyike nem a közönséges bromezüstgelatin lemezre, hanem színérzékeny, úgynevezett orthochromatikus lemezre történik. Kaptunk tehát az ily módon eszközölt felvétel útján a közönséges száraz lemezétől szabad szemmel észrevehetően egyáltalában nem eltérő, vagyis fekete negativet, csakhogy mint említém, az egyik vörös üvegen, a másik kék üvegen és a harmadik zöld üvegen át vette fel a tárgyat: vagyis az eljárást tudományosan megokolva, az egyik lemez a felveendő tárgynak csak a vörös, a másik lemez annak csak kék és végül a harmadik lemez az objectumnak csak zöld sugarait örökítette meg. A további teendő most már csak abból áll, hogy ezen három módon készült három lemezt, illetőleg az ezekről másolt positiv képeket a megfelelő fényfürdőkön keresztül megvilágítva ismét egy képpé egyesitsük. Az eljárás lényege tehát: hogy egy és ugyanazon tárgyról három felvételt készítünk oly módon, hogy a három kép később egymás fölé helyezve teljesen fedje egymást.

Ehhez első sorban szükséges, hogy a tárgy, a melyről a felvétel készül, teljesen mozdulatlan legyen. Hogy mit jelent e mozdulatlanság, azt csak akkor tudjuk elképzelni, ha meghalljuk, miszerint a színfürdőkön át való photographozásnál a fény intensitása annyira csökken, hogy a rendes expositiot ennek sokszorosával kell meghosszabbítani, hogy normalis negativot kapjunk. Csak röviden akarom megemlíteni, hogy míg a rendes felvétel, mint ismeretes, csak néhány másodperczig tart, addig az említett eljárás szerint eszközölt felvételhez néha egy óra is kell: vagyis más szóval, ha élő egyén képezi a felvétel tárgyát, úgy annak egy és ugyanazon positioban egy álló óráig kell megmaradni. *Ez a körülmény jelenleg a legfontosabb akadály, a mely a színes photographozásnak gátat vet.* De ha már készen állanak is az ily módon, fáradságos munka révén készült negativok, akkor is csak különös eszközök segélyével élvezhetjük azokat. A mint a stereoskopikus fényképek csak a stereoskopon át megtekintve adnak a felvett tárgyról plastikus képet, úgy a fenvázolt eljárás szerint készített „színes“ photogrammok is csak akkor lesznek valóban színesekké, ha azokat vagy egy külön e czélra szerkesztett, három lencsével és három színszűrővel felfegyverzett vetítő készülék segélyével projiciáljuk, avagy ha azokat egy csak a legújabb időben szerkesztett igen elmés készüléken, az úgynevezett *Yves*-féle chromoskopon át szemléljük, a melynek egy példányát itt van szerencsém bemutatni. A készüléknek lényege ismét a már említett három színszűrő, a melyen át az említett módon nyert három photogrammot egyesítve mint egészet és természetes színeiben láthatjuk. Nyilvánvaló tehát, miszerint nehézkes az egész eljárás: fáradságos a felvétel, körülményes a képek megtekintése. Hogy a stereoskopikus felvételeket a színes photographozással sikeresen lehet kombinálni, azt ugyancsak e készülék demonstrálja.

A photographozás rohamos haladása mellett bizonyít, hogy azon rövid idő óta, a mióta a tudományos világ az eddig említett eljárásokat ismeri, ismét újabb vívmány történt, a mely mindössze csak néhány hó óta járja be a világot, de a mely gyakorlatilag még nem lett a tudomány közkincsévé. Ez a photographus ideálja: a természetes színekben pompázó photographikus *kép* előállítása. A szerencsés kezü feltaláló, *Hofmann* kölni photochemikus eljárásával korai volna még behatóbban foglalkozni, annál kevésbbé, mivel az egész eljárás a feltalálás szabadalmi ügyeinek végleges lebonyolítása miatt még amúgy sem hozzáférhető.[1] Érintkezésbe léptem azonban már a nevezett feltalálóval, a ki, mihelyt az lehetséges, rendelkezésemre bocsátja a kisérletezéshez anyagát; a kisérletekről annak idején be fogok számolni.

Talán kissé hosszúra is nyujtottam már előadásom fonalát: főczélom volt, hogy kimutassam, miszerint a photographozás nagyon mostoha elbánásban részesült mind mostanáig az orvosi tudomány részéről; másfelől vázlatosan akartam ecsetelni, hogy mi minden az, a mit az orvosi tudomány a photographozás kincseiből a jövőben a maga czéljaira kiaknázhat *és mit kell kiaknáznia.* Bemutatni óhajtottam azonfelül szerény munkásságom gyümölcseit is; ha nem értem el teljesen czélomat, úgy ennek részben az is a magyarázata, hogy az eszközök, a melyekkel rendelkeztem, szintén nagyon szerények voltak.

Mielőtt teljesen megválnék tárgyamtól, még csak röviden óhajtom felhívni a figyelmet arra, hogy a jövőben nagyobb gondot kellene fordítani az orvosi művekhez mellékelt reproductiokra is, a melyekben, a mennyire lehet, csak photographiák volnának felhasználandók; ezt annál is fontosabbnak tartom, mivel az ábráknak ily módon való sokszorosítása a munka tökéletességéhez viszonyítva aránylag csekély költségeket okoz. Persze fontos dolog az is, hogy ezen reproductiok, a melyek tehát ilyen úton készülnek, tényleg jók is legyenek.

Csak említeni akarom végül, hogy a vetítő készülék és legújabban a kinematograph is olyan segédeszköz, a mely az orvosi ismereteket terjeszteni és az emlékezetbe mélyebben vésni van hivatva. Túl kell esnünk egyszóval azon korláton, a mely a photographozás szélesebb körben való alkalmazásának útját állja, le kell szoknunk a jövőben arról, hogy a photographozást csupán tudományos játéknak tekintsük; juttassunk neki olyan szerepet, a mely őt a szemléltetve tanító eszközök sorában amúgy is kiválóan megilleti.

Megjegyzések Wallfisch Ferencz békéscsabai orvos úr czikkéhez „Otophon-készülék a hallás javitására“.

Sugár K. Márton dr.-tól Budapesten.

Nem szeretem ugyan a Horaz-féle „nil admirari“ jelszó szerinti birálgatást, mégis a Wallfisch dr. kartárs fent említett közleménye arra késztet, hogy kartársaimat felvilágositani iparkodjam ezen készülék határozott hasznavehetlenségéről.

A fülbajok két neménél használhatunk műleges dobhártyát: az otitis media suppurativa ama válfajánál, mely a perforatio sicca kórképe alatt tárul elénk és az idült középsőfül hurutjánál. Az „otophon“ alkalmazása sem az egyik, sem a másik betegségnél nem ajánlatos, sőt meggyőződésem és kipróbálásom szerint ártalmas. „Animális delejesség“ nem székel Wallfisch készülékében, úgy hogy hibás szerkezeténél fogva egyáltalában véve hasznosnak nem bizonyul. Ma az otochirurgia fellendülésének korszakában, a midőn, eltekintve a Berthold tanár által feltalált „myringoplastika“-tól, az acid. trichloraceticum-ban elég jó szerrel birunk a dobhártya száraz perforátioinak behegesztésére, nem is szorulunk új műleges dobhártya feltalálására. Ki a közönség igényeit ismeri és tudja, hogy már a régi Toynbee-féle gummilemezből álló műleges dobhártyánál a külső hangvezetékből kilátszó ezüstsodrony vagy fonál, vagy a Lucae tanár által módosított gummicső a betegnél ellentállásra talál, nem pártolhatja mindenekelőtt az „otophon“-nak pápaszemhez hasonló és a kosmetika igényeit megsértő, tömör fémkarjait.

Az otitis med. suppurativa-nál az otophon-nak massiv fémből készült belső lemeze határozottan veszélyes, különösen, ha a készülék nem szakorvos által alkalmazva és a napilapok révén propagálva lesz, mert genyretentiora és igy életveszélyes complicatiokra vezethet.

A mi alkalmazását illeti a perforatio sicca-nál, megjegyzem, hogy Walb tanár a Schwartze-féle nagy fülészeti kézikönyvben kifejti, hogy a műleges dobhártyák izgatólag hatnak, élénk fájdalmakat és genyedést okoznak, mi a szakorvos előtt jól ismert tény, mert mint idegen test működnek.

Ha tehát a tudomány mai állása szerint sokkal jobb eljárásunk van, a nyilt dobüreg bezárására, megbocsáthatlan visszaesés, sőt műhiba volna, műleges dobhártyát alkalmazni.

A műleges dobhártya feltalálása különben Banzer Márk érdeme, ki már 1646-ban, kétszáz évvel Toynbee előtt dolgozatában „de auditione laesa“ irja le a műleges dobhártyát, mely azóta Autenrieth, Hard, Deleau, Tod, Toynbee, Lincke, Jearsley, Hartmann, Lucae által modificálva lett.

A szakorvos felette ritkán és csak kivételesen alkalmaz mai nap-

[1] E sorok megirása óta megjelent már a *Hoffmann*-féle eljárást ismertető munka magától a szerzőtől. Czime: Die Praxis der Farbenphotographie nach dem Dreifarbenprozess. Wiesbaden, 1900. Ára: 3 márka.

ság műleges dobhártyát és többnyire Jearsley-féle megnedvesített wattagolyócskát vagy befuvott porréteget acid. boricum-ból használ dobhártyaként, ha nem végez transplantatiot Berthold tanár myringoplastikája szerint tojáshártyával, mely eljárást újabban Haug tanár is feldicséri, vagy ha Okuneff szerint acid. trichloraceticum-mal nem forrasztja be a perforatiot.

Az „otophon" azonban a középsőfül hurutjánál sem alkalmazható, mert belső lemeze felette massiv, úgy hogy idegen testként a külső hangvezetékben működvén, a hanghullámok behatolását gátolja, sőt nyomás által a zúgást is fokozza, miről két betegemen, kik az „otophon" birtokában vannak, Wallfisch kartárstól eltérőleg, tudományos exact hallási vizsgálatok által, meggyőződtem.

Lucae tanár hullákon való vizsgálatai által bebizonyította Erhardt véleményét, hogy a műleges dobhártya hatása nem annyira rezgéseire, mint a nyomás fokozására a tömkelegben vezethető vissza, mely felfogásnak Politzer és Moos tanárok is hódolnak. A műleges dobhártya tehát sondával szorosan az elváltozott dobhártyára illesztendő, hogy tényleg a nyomást a labyrinthusban fokozza. Ez ellen azonban súlyos okok beszélnek az „otophon" alkalmazásánál; így lemezének fémből való tömör szerkezete, miáltal a dobhártya szövete, különösen, ha atrophizálva van, könnyen uzurálva lesz, de ama fontos ok is, hogy az „otophon" belső lemeze tömör karokon nyugszik, miáltal a dobhártya felé mechanice kellőleg előre sem tolható. A Wallfisch-féle készülék tehát idült középsőfülhurutnál sem alkalmas.

A budapesti kir. orvosegyesületnek otologiai szakosztályában a fent említett gyülésen Böke egyet. tanár úr nagyon helyes álláspontot foglalt el, a midőn ismételten megkérdezte Wallfisch collegát, hogy a physica és physiologia mily törvényei vezették készülékének feltalálására? Erre adós maradt Wallfisch kartárs úr a válaszszal!

A műleges dobhártya problemájának megoldásánál tényleg physikával és physiologiával foglalkozni kell.

E kérdés engem már Bécsben tanársegédi időm alatt évek előtt foglalkoztatott és beható tanulmányaim tárgyát képezte, de később elejtettem kisérleteimet, mert a műleges prothesiseknek jelentősége azóta lényegesen csökkent.

Két tényt ismer a tudományos physica, melyek sajátszerűen eddig a műleges dobhártyák szerkesztésénél nem lettek értékesítve.

Ha ugyanis hanghullámok egy vékonyfalu membranokból álló lencsére, például collodiumra esnek, mely széndioxyddal van töltve, e hullámok a lencse megett egyesítve lesznek. E lencse tehát opticai gyüjtőlencséhez hasonlólag hat, habár elejétől fogva kétségtelen volt előttem, hogy a hallás physiologiai actusa össze nem hasonlítható a látásnál fellépő főkép vegyi folyamattal. Mindazonáltal Sondhaus-nak ezen észlelete, melyet a müncheni polytechnikai tanár, Beetz hirneves physicusnak könyvében találtam, értékesíthetőnek látszik a fülgyógyászatban.

Épúgy tudják a physicusok, hogy hydrogenben a hanghullámok négyszer olyan gyorsan terjednek, mint a levegőben. A főnehézség e két physicalis ténynek felhasználásánál abban rejlik, hogy a hanghullámok a külső hangvezetékben, mint egy nyitott sípban csak longitudinalis irányban továbbterjedő, hosszúhullámú rezgésekből állanak, úgy hogy egyelőre túlságos nagy lencsét kellene választani, melyhez esetleg finomra kovácsolt aluminium-ot vehetünk, míg a fényhullámok úgynevezett amplitüdje nem oly kicsiny, mert egy golyó radiusában, tehát transversalis irányban is terjeszkednek. Talán sikerülne a technikai nehézségekkel esetleg combinált lencsesystema alkalmazása által megküzdeni.

TÁRCZA.

A vérkeringés felfedezésének története.[1]

Az orvostan valódi tudomány magaslatára csak akkor emelkedett, a midőn művelőit át kezdte hatni annak a tudata, hogy igazi orvosi ismereteket nem lehet merő elméleti munkásság útján, körmönfont okoskodások segélyével szerezni, vagy a hírneves orvosirók tanainak birálat nélküli betanulásával és vakbuzgó alkalmazásával elsajátítani, és midőn az orvosok felismerték, hogy tudásukat a természeti tünemények tárgyilagos megfigyelésére, nevezetesen az egészséges meg beteg emberi szervezet alapos tanulmányozására, életműködéseinek elfogulatlan megfigyelésére kell alapítaniok. Ma már kétséget sem szenvedhet, hogy az orvosi tudomány alaposzlopai a boncztan és az élettan, de tudományunk történelme azt tanusítja, hogy az orvostan haladásának alapját legelső sorban nem az anatomia, hanem a helyes biologiai felfogás alkotja. Így pl. a Krisztus előtti harmadik században az alexandriai orvosi iskola — a régebben vallási okokból csakis állatokon végzett bonczolatok helyett — megkezdte az emberi hullák bonczolását és ekként az eddig kizárólag gyakorolt zootomia után megteremtette az anthropotomiát, a mi által a boncztani ismeretek rohamosan gyarapodtak, és mégis az ezen korszakban élt orvosirók műveiből az derül ki, hogy, noha az anatomiai megfigyelések szaporodtak, az orvostan terén *Hippokrateshez* mérten nem haladás, hanem ellenkezőleg, visszaesés történt. Ez a hanyatlás pedig onnan eredt, hogy míg *Hippokrates* (460—377. Kr. előtt) az ő egészséges empirikus szellemével és reális felfogásával a természet objectiv megfigyelésére alapította tanait, addig a későbbi századok orvosainak szellemét annyira korlátozta a nagy auctoritások iránti vak bizalom, hogy nemcsak a betegágynál, hanem a bonczolások alkalmával is, egészen mást véltek látni, mint a mit az elfogulatlan szem valóban láthat, és az emberi szervezet óvatos és részrehajlás nélküli kutatása helyett, mindig csupán a már előzetesen megdönthetetlen dogmáknak elfogadott tételek igazságát iparkodtak bebizonyitani.

A napjainkig történt összes biologiai felfedezések közül a legnagyobb jelentőségű, és egyáltalában tudományunk fejlődésében a legfontosabb esemény a vérkeringés felfedezése volt.

Az ó-korban elterjedt különböző orvosi iskoláknak eltérő, sőt ellentétes tanait a Krisztus utáni II. században *Klaudios Galenos*, az ó-kori orvostudomány ezen legkiválóbb képviselője, a kiben a görög orvosi tudomány fejlődésének tetőfokát érte el, egy harmonikus rendszerbe igyekezett összefoglalni. *Galenos* követni akarta ugyan *Hippokratest* a természet elfogulatlan megfigyelésében, sőt az idegélettan terén a kisérleti eljárást is alkalmazta és állatokon nagyszámú vivisectiot végzett, de minthogy őt kutatásaiban teleologikus világnézlet vezette, a mennyiben ő azt tételezte fel, hogy a természet mindenben előre kitűzött czél és terv szerint jár el, és czéljainak elérésére mindig a leginkább megfelelő eszközöket alkalmazza, gyakran tévedt le a rationalismus útjáról.

Hogy rendszere teljesen összhangzó legyen, irataiban minden felmerülhető orvosi kérdésre a leghatározottabb módon adta meg a választ, és e czélból szükség esetén képzelő tehetségével pótolta positiv ismereteinek hiányát. Műveiben minden természettudományi kérdést teljesen megoldottnak tüntetett fel, és tanait csalhatatlan dogmákként hirdette, mintha az általa tárgyalt kérdésekre nézve semmiféle bizonytalanság vagy kétely nem maradhatott volna többé fenn.

Leghiányosabbak voltak *Galenos* ismeretei a vérkeringési és légzési szervekről, a melyeknek szerkezetéről és feladatairól teljesen téves tanokat terjesztett. *Galenos* szerint a szervezet szilárd (*στερεά*), cseppfolyó (*ὑγρά*) és légnemű alkatrészekből (*τὰ πνεύματα*) áll. A testben, a melynek alapvázát a csontok alkotják, *Hippokrates* nyomán ő is, megfelelően a négy őselemnek: tűz, víz, levegő és föld, négy ősnedvet különböztetett meg, úgymint a vért, nyákot, sárga epét és fekete epét (*αἷμα, φλέγμα, ξανθὴ χολή, μέλαινα χολή*). A test életműködéseit szerinte egy finom légnemű anyag, a pneuma (*τὸ πνεῦμα*) kormányozza, a melynek három féleségét különböztette meg. A hasüregben, még pedig a májban székel szerinte a *πνεῦμα φυσικόν* — spiritus naturalis —, a mely a *δύναμις φυσική*-ben — virtus naturalis —, a tenyészerőben nyilvánul és az anyageserét szabályozza; a mellüregben, a szivben van székhelye a *πνεῦμα ζωτικόν*-nak — spiritus vitalis —, a melynek nyilvánulása az életerő, *δύναμις ζωτική* — virtus vitalis —, a mely a vérnek a szervezetben való szétáramlását és a melegtermelést kormányozza; végre a koponyaűrben, az agyban képződik a *πνεῦμα ψυχικόν* — spiritus animalis —, a mely a szellemi erőben, *δύναμις ψυχική* — virtus animalis — nyer kifejezést, és a mely a mozgást meg az érzést eszközli.

Galenos szerint a vér, a melyben mind a négy őselem van összevegyítve, a májban (*τὸ ἧπαρ*) képződik, a mely a sárga epét is termeli. A májból a vér a kapuvivőéren át a lépbe (*ὁ σπλήν*) jut, a mely a vért a sűrűbb és földes alkatrészektől megtisztítja és ezekből a fekete epét készíti. A májból a vért a felhágó vivőér a szív (*ἡ καρδία*) jobb felébe viszi. A szívben ennek világra hozott melegének (*τὸ ἔμφυτον θερμόν*) hatása alatt a vérből a tisztátalan részek korom alakjában — fuligo — (*ὁ λιγνύς*) kiválasztatnak és a tüdőkbe jutnak, a hol kiüríttetnek. A tüdők a belégzéskor a levegőből magukba szivják az éltető pneumát, a melyről azt jegyezte meg *Galenos*, hogy ez egyaránt szükséges az égéshez és az állati élet fentartásához. Az éltető pneuma a tüdőkből a tüdővénákon keresztül a szív bal felébe jut, és az arteriákon át az egész testben szétáramlik. A szív két felét elválasztó sövényen *Galenos* szerint apró nyilások vannak, a melyeken át a vér egy része a szív jobb feléből a bal felébe jut, hogy ott az éltető pneumával összevegyüljön. A szívnek tehát *Galenos* kettős feladatot tulajdonított; a szívnek jobb fele a vénákon át (*ἡ φλέψ*) a test minden részébe centrifugalis irányban hajtja a vért, és ekként az egyes testrészekbe eljuttatja a szükséges táplálékot és a szív melegét, míg a szív bal fele az ütőereken át (*ἡ ἀρτηρία*) éltető pneumával látja el a testrészeket.

A pulsust *Galenos* elég jól figyelte meg; megkülönböztette az arteriák kitágulását, a kitágult állapotát, az összehúzódását és a megszűkült állapotban való maradását, de az ütérlökés okát és lényegét nem ismerte, hanem az ütőereknek ezen mozgását egy külön erőnek, a lüktető erőnek (*δύναμις σφυγμική*) tulajdonította.

Galenos a vér mennyiségét a ténylegesnél sokkal csekélyebbnek tartotta, és azt hitte, hogy az egyes testrészekben az odajutó vér a táplálás czéljaira teljesen felhasználtatik, vagyis a vérnek a szívbe való visszaáramlásáról, szóval a vérkeringésről fogalma sem volt, de azt már ő is hangoztatta, hogy a vénák és arteriák elágazódásai között összeköttetés áll fenn anastomosisok útján.

Minthogy *Galenos* műveiben a teleologikus felfogás már határozott monotheistikus jelleget öltött, iratai később úgy a keresztény, mint a mohamedán egyház rokonszenvét, sőt hivatalos approbatioját is elnyerték, a mi annyira fokozta *Galenos* tekintélyét, hogy az ő tanai, a me-

[1] Előadatott a budapesti kir. orvosegyesületnek 1900. évi május 5-dikén tartott XIX. rendes ülésén.

lyeket az összes művelt keleti és nyugati nyelvekre lefordítottak, másfél évezreden át szentirásként irányitották sok százezer orvos felfogását és tevékenységét. *Galenos* tekintélye oly hatalmas volt, hogy midőn *Vesalius* a XVI. században boncolásai alapján azt merte hangoztatni, hogy *Galenos* egyes boncztani leirásai tévesek, az orvosi közönség inkább volt hajlandó azt hinni, hogy az ember szervezete változott meg *Galenos* óta, sem hogy megengedje annak lehetőségét, hogy a nagy mester tévedett. *Vesaliust* pedig egy rossz szójátékkal őrültnek „*Vesanus*" csúfolták. A renaissance korszakától kezdve, midőn a természettudósok a poros kéziratok helyett ismét magát a természetet kezdték tanulmányozni, akadtak oly tudósok is, a kik a galenismust is birálgatni merészelték, sőt *Paracelsus* (1493—1541) és *Vesalius* (1513—1564) hatalmas csapásokat mértek a galenismusra, de ezen az orvosi világban megkövesedett rendszert, a mely másfél évezreden át az orvostanban minden lényeges haladást lehetetlenné tett, csak a XVII. század első felében sikerült véglegesen ledönteni, miután a halhatatlan emlékezetű *William Harvey* a vérkeringést felfedezte.

A vérkeringés felfedezésének óriási, mérhetetlen hatása volt egyrészt közvetlenül a positiv élettani ismeretek szaporodása tekintetében, másrészt pedig az által, hogy felszabaditotta az orvosi világot *Galenos* tekintélyének uralma alól, és a józan skepsist, valamint a tapasztalati és kisérleti inductiv kutatási irányzat elterjedését biztositotta az orvosi közönség körében, a mely szellemi iránynak legkiválóbb hirdetője és a természettudományok modern fejlődésének legnevezetesebb előkészitője *Francis Bacon*, a verulami báró volt (1561—1626), a ki a régi tekintélyeket hatalmas erővel és a természettudományok jövőjébe vetett rendületlen bizalommal támadta, gondolatébresztően hatott kortársaira és a természetnek elfogulatlan kisérleti kutatására buzditotta a tudósokat.

Harvey felfedezése annyira átalakitotta az orvostan minden egyes ágát és az orvosok általános felfogását, hogy véleményem szerint teljesen jogosult *Charles Victor Daremberg* kitünő franczia medico-historikusnak (1817—1872) azon állitása, hogy *Harvey* felfedezése képviseli tudományunk történelmének két főszakasza között a határkövet; az ó-kori orvostan uralma a vérkeringés felfedezéséig tartott, a modern orvosi tudomány pedig ezen felfedezéstől datálódik, a mely az új-kori orvostan fejlődésének hajnalpirja volt.

Harvey életrajzát e helyütt csak egészen röviden a következőkben vázolom: Az 1578. év április 2-dikán született Anglia délkeleti tengerpartján, a Kent grófságban levő Folkstone-ban. Jómódú kereskedő családból származott; nyolcz fivére kereskedő lett, de ő az orvosi pályára lépett. Előbb Cambridgeben tanult, azután beutazta Franczia-, Német- és Olaszországot, és az akkor világhirű páduai egyetemen folytatta orvosi tanulmányait, a hol négy éven át a kiváló anatomus *Fabricius ab Aquapendente* (1537—1619) előadásait hallgatta. Az 1602. évben visszatérvén hazájába, Londonban telepedett le és ott az orvosi gyakorlat mellett nagy buzgalommal folytatta összehasonlító boncztani és kisérleti élettani tanulmányait. Az 1615. évtől fogva az anatomiából tartott előadásokat, e mellett mint a szt. Bertalan-kórház orvosa működött, és oly hírnévre tett szert orvosi gyakorlatában, hogy *Stuart I. Jakab* királynak, majd 1625-ben ennek halála után fiának, a szerencsétlen sorsú *I. Károly* királynak udvari orvosa lett. *Harvey* életének utolsó szakát nagyon megkeserítette a király és neje között mindinkább kiélesedő viszály; *Harvey* királyához a szerencsétlenségben is hű maradt, míg 1649. január 25-dikén az úgynevezett csonka parlament I. Károlyt mint zsarnokot, gyilkost és az állam ellenségét halálra itélte, mire *Cromwell* a királyt öt nappal későbben, január 30-dikán lefejeztette. *Harvey* hűsége és ragaszkodása a boldogtalan királyhoz annyira felingerelte ellene a népet, hogy londoni házát kiraboltak és felgyujtották, a mely alkalommal értékes könyvtára is elpusztult. A forradalom és polgárháború vagyontalanná tette *Harveyt*, de a sors azzal kárpótolta őt, hogy megérhette azt az időt, a midőn nagy felfedezését az egész tudományos világ, a mely az erről szóló közleményeit kezdetben gúnynyal és nagy visszatetszéssel fogadta, megértette és méltányolta. Az 1654. évben a londoni királyi orvosegyesület, a „Royal College of Physicians" elnökévé választotta őt, de ekkor már betegeskedett és 1657-ben, junius 30-dikán, az Essex grófságban levő Hampsteadban, 70 éves korában meghalt.

Tihanyi Mór dr., m. kir. rendőrorvos.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A typhus és coli bakterium gyors megkülönböztetésére szolgáló újabb vizsgalati módszerekről.

Közli: **Torday Árpád** dr. II. belklinikai gyakornok.

Irodalom. 1. *Escherich*: Fortschritte der Medizin 1885. — 2. *Rodet és Roux*: Province méd. 1889. — 3. *Veillon et Jayle*: Prés. du bact. coli com. dans un abcés dys. du foie. Soc. de biologie, 10 janvier 1891. — 4. *Charrin et Roger*: Angiocholites microb. expérim. Soc. de biol. 1891. — 5. *Laruelle*: Étude bact. des périt. par perf. La cellule IV. 1889. — 6. *Malvoz*: Arch. de méd. exp. 1891. — 7. *Gilbert és Girod*: Soc. de biol. 1891. — 8. *Macé és Simon*: Traité pratique de bact. — 9. *Wyss*: Heidelberg, 1889. — 10. *Thoinot és Brouardel*: La semaine médicale 1898. — 11. *Markus*: Centralbl. für Bakt. 1898. — 12. *Graziani G.*: La Rif. med. 1898. 171. sz. — 13. *Cesaris-Demel*: Centrbl. f. Bakt. XXVI. 18/19. — 14. *Gorbunoff*: Centr. f. Bakt. XXVI. k. 18/19. — 15. *Piorkowski*: Centr. f. Bakt. 1899. okt. 30 és nov. 27. — 16. *Schütze*: Zeitschr. f. klin. Med. XXXVIII. k. 39. oldal. — 17. *Heller*: Centr. f. Bakt. 1899. — 18. *Unger és Portner*: Münch. med. Woch. 1899, 51. sz. — 19. *Wittich*: Centr. f. Bakt. 1899, okt. 14. — 20. *Curschmann*: Münch. med. Woch. 1899. 47. sz. — 21. *Rothberger*: Centr. f. Bakt. 1898. — 22. *Müller Fr.*: Centr. f. Bakt. XXVI. k. 2/3. — 23. *Mankovski*: Centr. für Bakt. XXVII. k. 1. sz.

Az újabb időben egyre szaporodnak azon táptalajok, a melyeken felfedezőik szerint a typhus bakt. és a b. coli különböző typusokat mutatnak fejlődésükben. Olyan vegyszerek sem hiányoznak, a melyekkel szemben e két bakteriumspecies más és másképen viselkedik.

Midőn *Escherich*[1] a bakt. coli-t 1885-ben mint az emberi bélürülékben állandóan jelen levő saprophytát felfedezte, számos vizsgáló kezdte e bakteriumok fejlődési viszonyait, a különböző táptalajokon való viselkedését, biologiai és chemiai sajátságait stb. kutatni. 1889-ben *Rodet* és *Roux*[2] azt állitották, hogy a typhust okozó agens tulajdonképen a bakt. coli és az Eberth-féle csak annak módosulása volna, melyet az előbbi a szervezeten való áthaladása közben szenved. Állitásukat azon észleletükre fektették, hogy sem a typhusosok bélsarában, sem typhust okozó vizben typhus bacillust soha sem találtak, ellenben mindig csak bakt. colit. Ellenben a lép punctioja alkalmával többnyire typhus bacillust kaptak. Állatkisérletekkel azonban nem sikerült állitásuk helyességét beigazolni, valamint a serum reactioval sem. Ekkor tovább vizsgálták a bakt. colit és azt találták, hogy a coli bakt. az egyes táptalajok iránti viselkedését gyakran változtatja. A kutatók figyelme csakhamar más irányba terelődött; ugyanis felfedezték a coli bakt. pyogen tulajdonságát. Igy megtalálta a májtályogban *Veillon*[3] (1891.), cholecystitisnél *Charrin* és *Roger*,[4] peritonitisnél *Laruelle*[5] (1889.), perforatio nélküli peritonitisnél *Malvoz*[6] (1891.), cholerinnél *Gilbert* és *Girod*,[7] a gyermekek infectiosus diarrhoejánál *Macé* és *Simon*,[8] újszülöttek gyakori halálokozója gyanánt *Wyss*[9] (1889.), és a typhusosok lépében *Macé*. Nemsokára a gyermekek nyári hasmenésének és a dysenteria okozójának tartották. Ezen vizsgálódások közben azt találták, hogy a bakt. coli commune tulajdonképen egy gyüjtőnév, a melyhez számos rokonfajta bakteriumot csatolnak, valamint azt, hogy a coli bakt. sok esetben a typhus bakteriumhoz hasonló viselkedést mutat a táptalajokon, úgy hogy a kétféle bakterium megkülönböztetése gyakran nehéz. A kutatók igyekeztek a typhus és coli bakt. között biztos megkülönböztető jelt találni. E czélból részint új tápanyagokat gondoltak ki, részint egyesek a bakt. alakját, mozgása gyorsaságát, mások a bakt. szineket redukáló képességét akarták felhasználni. A gyakorlatba át nem ment új módszereket itt csak röviden óhajtom felemlíteni, behatóbban csak a klinikailag is értékesithető eljárásokat tárgyalom.

Thoinot és *Brouardel*[10] arsentartalmú bouillont ajánlottak, a melyben az Eberth-féle bacillus nem, míg az Escherich-féle jól tenyészik.

Markus[11] Thoinot kisérleteit megismételte és ellenkező eredményre jutott, a mennyiben kimutatta, hogy 0·001% arsenes savat tartalmazó peptonos bouillonban is jól nő a typhus bacillusa.

Graziani G.[12] szerint formalinos (1 : 7500) talajon a coli bact. nő, míg a typhus bac. elpusztul.

Cesaris Demel[13] 1897. év folyamán májból készült bouillont állitott elő, melyet a coli bakt. erjedést idézve elő 6 óra mulva megzavarosít, míg typhus bakteriumot oltva a bouillonba, a zavarodás csak pehelyszerű.

Gorbunoff[14] ezen táptalajhoz nehány csepp lakmust öntött, melyet a coli bakt. élénk pirosra változtatott át 24 óra mulva, míg a typhus bakt. jelenlétében a folyadék elszintelenedett, illetve kékes csapadék maradt a fenéken. *Demel** tovább hagyta állani a föstött kulturákat a költőkemenczében, mikor is a coli bakt. kulturája a második 24 órában elszintelenedik, míg az első 24 órában szintelen typhus kultura 48 óra alatt piros szint ölt.*

Piorkowski[15] 1899. október 30-dikán a berlini orvosegyesületben olyan táptalajt mutatott be, a melyen a typhusos kulturát a coliétól rövid idő alatt el lehet különiteni. Néhány napig állott, vagyis alkalikus vizeletből $^1/_2$% pepton és 3% gelatina hozzáadásával táptalajt készit. Ezen a typhus bakterium már 15 óra mulva minden más bakteriumtól elütő koloniákat alkot. Jellegző a koloniák finom, spiralszerű kirostozódása, továbbá az, hogy a typhuskoloniák már 15 óra alatt nagyságuk tetőfokát érik el, míg más koloniák tovább nőnek. A bacillust typhusban megbetegedett egyén vizeletéből vagy bélsarából a láz megjelenése után harmadnapra ki tudta mutatni. A typhusos vizeletből minden esetben sikerült neki a typhus bacillust kitenyésztenie.

Schütze[16] Piorkowski módszerével 6 esetben ért el positiv eredményt, a negativ esetekben kiderült, hogy az illető egyén nem volt typhusos. Egy esetben a *Widal*-féle reactio is negativ volt és egyedül *Piorkowski* módszerével sikerült a klinikai diagnosis helyességét megerősiteni.

Heller[17] már 8 év előtt húgyos táptalajt használt, de ez Piorkowskiétől elütött annyiban, hogy savi vegyhatású volt.

Unger[18] a fenti táptalajjal 14 eset közül 12 esetben positiv, 2 esetben pedig negativ eredménynyel dolgozott. A két napos vizelet helyett frisset vett és azt gyengén alkalizálta. *Portner* és *Unger* azt találták, hogy a typhuskoloniák nem maradnak meg a 15 óra alatt elért (gombostűfejnyi) nagyságuk mellett, hanem növekednek, továbbá, hogy a coli koloniák 36 óra mulva szögfejalakú duzzadásokat kapnak, szabálytalan alakot öltenek, úgy hogy a kétféle kolonia közötti különbség elenyészik. A hosszú kifutókkal biró koloniák tényleg typhusnak bizonyultak, de ezeket ritkán lehetett találni, míg a rövidebb szálacskákkal biró csoportok, melyek nagyobb számmal találhatók fel, sok-

* A táptalaj igy készül: 250 gr. friss borjumáj 1 liter vizben, 10 gr. pepton, 5 gr. Na Cl, főzés, szűrés, közömbösités, a táptalajt egy fél óráig autoklavban kell tartani, azután töltsünk hozzá még 20 cm³ közömbös lakmus-tincturát.

szor colik voltak, úgy hogy a kettőt egymástól lehetetlen volt megkülönböztetni.

15 esetben bélhurut, tuberculosis miliaris, tüdővész, pneumonia, sepsis stb. eseténél vizsgálták a bélsarat a *Piorkowski*-féle táptalajon és majd mindegyiken találtak kirojtozott koloniákat, melyek colinak bizonyultak. *Unger* és *Portner* azt is vizsgálták, hogy a láz elmulta után mennyi ideig lehet még megtalálni a typhus bacillusát a bélsárban; azt találták, hogy 8—10 napig, egy esetben azonban még 5 hét mulva is ki lehetett mutatni.

Roseolából vett vakarékból nem sikerült nekik a *Piorkowski* módszerével typhus bakteriumot kitenyészteni, míg a vizeletből könnyebben sikerült ez a nélkül, hogy a vesék megbetegedése lett volna jelen. Ez *Schichhold* felfogása ellen szól, ki azt állítja, hogy a typhus bacterium csak akkor jelenik meg a vizeletben, ha a vesék is belevonattak a megbetegedés körébe.

Wittich[19] is azt találta, hogy sok esetben a kétféle bakterium olyan koloniákat képez, a melyeket egymástól megkülönböztetni szinte lehetetlen, továbbá, hogy a typhuskolonia a jellegző formát közönséges gelatinán is felveszi, így tehát a húgyos táplalajra szükség nincs.

Magam 4 esetben tenyésztettem ki *Piorkowski* módszere szerint typhuskoloniákat a bélsárból. A jellegző koloniák (15—24 óra mulva) gombostűfejnyi, de sokszor annál nagyobb maggal és indaszerű kifutókkal birnak, melyeknek száma azonban változott. A módszer hátránya az, hogy a táptalajt nehéz készíteni. *Piorkowski* normalis, 1020 fajsúlyú vizeletet természetes úton 2 nap alatt akar alkalizálni, a mi úgyszólva lehetetlen. E czélból azt ajánlja, hogy a vizeletet oszszuk több kisebb részre és hogy a friss vizeletet a régivel keverjük. Egyes szerzők megpróbálták a vizeletet melegitő kemenczébe tenni és igy siettetni az alkalisatiot, mi azonban czélhoz nem vezet és a mit *Piorkowski* hevesen ellenzett is. Azután bajos 3·3% gelatinából szilárd táptalajt készíteni, a mely 22° C.-on ne folyósodjék; ha pedig alacsonyabb hőmérsékleten tartjuk, akkor a koloniák jóval későbben fejlődnek ki. A koloniák többnyire jellegző küllemet vesznek fel, sokszor azonban a coli bacterium is képez hasonló koloniákat. Miután, mint *Japha* is hiszi, úgy a typhus, mint a coli bakteriumok között különböző gyorsasággal mozgó fajok léteznek, feltételezhető, hogy a coli bakteriumok ugyanolyan nyujtványokkal biró koloniákat képeznek, mint a typhus bacillusok. Ennélfogva egy typhusra jellegző kolonia még nem ment fel attól, hogy a további azonossági reactiokat megtegyük. A *Piorkowski*-féle táptalaj mégis értékes, mert módot nyujt arra, hogy a kétféle koloniát egymástól megkülönböztessük és a typhusra gyanus koloniákkal további átoltásokat végezve sikert érjünk el.

Curschmann[20] újból ajánlja, hogy a roseolák felületéről vett vakarékból tenyészszük ki a typhus bacillusokat, hogy igy is megerősíthessük a diagnosist. Ő a lipcsei Jacobs-kórházban több izben ért el positiv eredményt. *Neuhaus* és *Neufeld* a roseolák felületéről levakart szövetrészletet folyékony táptalajba oltották és 20 eset közül 14-ben sikerült nekik a typhus bacillust kitenyészteni. A roseolák tudvalevőleg a typhus korai tünetét képezik s igy fontos lehet, ha ezt is felhasználjuk.

A mi a színes táptalajokkal való kisérletezéseket illeti, *Rothberger*[21] emlitendő, ki agart folyékonynyá téve, 1 cm³-nyi bouillon kulturát öntött hozzá, valamint néhány cseppet a semleges vörös (Neutral-Roth) tömény oldatából. A keveréket költő kemenczébe téve, 24 óra mulva a colit tartalmazó festett agar felülete elszinesedett, míg a typhusé vörös maradt. A reactio létrejöttéhez oxygen szükséges, mit az bizonyit, hogy a reactio csak az agar felső szélén jön létre, továbbá, hogy ha a megfestett coli strichkulturáját vékony agarlemezzel bevonjuk, az elszintelenedés nem jön létre.

Müller Frigyes[22] azt találta, hogy a bakterium coli a lakmust teljesen redukálja, a typhus bakterium ellenben nem, legfeljebb a táptalaj reaktioját változtatja meg. Müller 1 liter táptalajhoz lakmus tömény vizes oldatából 30 cm³-t önt. A táptalajt ajánlatos sötétben tartani.

Müller vizsgálatai során arra a meggyőződésre jutott, hogy a bakteriumok legtöbbje redukáló tulajdonsággal bir, de különböző fokban. A reductiora a hőmérséklet is befolyással bir; igy némely bakterium, mely 16° C.-nál redukál, 37° C.-nál ebbeli képességét elveszti. A bakteriumok viselkedése az egyes festékek iránt különböző, minek oka a protoplasma specifikus anyagcseréjében keresendő. A reductio képesség nincs a plasmához kötve, hanem annak anyagcseréje által idéztetik elő. A reductioképesség a növekedési energiával áll arányban, ez pedig a külső behatásoktól függ; igy tehát a reductio gyorsasága bizonyos mértékben kifejezője a bacteriumok aërob vagy anaërob tulajdonságainak, miből azonban nem lehet arra következtetni, hogy az anaërob bakterium redukál, az aërob pedig nem.

Mankovski[23] azt találta, hogy a színelváltozások okai: 1. a táptalaj reactiojának változása, 2. az élő mikrobák redukáló képessége. A bakterium coli erősebben és gyorsabban redukál, mint a typhus, valamint a talajt is rohamosabban alkalizálja, míg a typhusnál lehet olyan időpont is, midőn a talaj savi.

Mankowski olyan táptalajt készitett, a melyen a typhus és a coli egymástól elütő színelváltozásokat létesitenek. Ezen talaj a gombafőzet, melyhez 1½% agar-agar, 1% pepton és ½% Na Cl jön, mely oldat tojás fehérjével való fölhigitás után a rendes módon tovább kezeltetik. Ezen talajon a coli bakt. gyorsan nő ezüstfehér száraz hártya alakjában, ellenben a typhus átlátszó fényes, nedves fonalat alkot. A coli bakt. 24 óra alatt a kémcsőben erjeszt, a typhus ellenben nem. Más bakteriumnak ezen talaj nem kedvező, igy ez bizonyos mértékben elektiv hatású a coli és typhusra. Ha a typhusos agar strichkulturát a Mankowski-féle festékkel megfestjük, akkor a typhus bakt. a sötétkék festéket pirosra változtatja, míg a coli strichkulturája ezen festéket elszinteleniti.

Mankowski szinkeveréke két oldatból áll: *A)* oldat 1%-os kalilug savanyú fuchsinnal telítve és *B)* oldat, indigokarmin tömény vizes oldata. Az első oldatból vegyünk két, a másikból egy kcm-t, ehhez jön 22 kcm. aqua destillata; az oldat alji legyen. Ha három gombafőzetből készitett agarcsövet veszünk, melyek egyikén typhus, a másikán coli kultura van, míg a harmadik steril agarcsövet ellenőrzőül veszszük és ezen három agarcső mindegyikére az emlitett szinkeverékből nehány cseppet öntünk, akkor 30—72 óra mulva a typhusos kémcső condens vize karminpapirosra festődik, míg a coli kult. gyüjtő vize kezdetben barnászöld lesz, később szintelen; a steril agarcső vize halványkék szinű marad. Ezen reactiot momentan is megkaphatjuk, ha a festékből 1—2 cseppet régi kulturákra öntünk; ekkor a typhus kultura rögtön pirosra festődik, míg a coli kultura kékeszöldre, mely szín csaknamar eltünik. Az eljárást úgy is lehet módositani, hogy a kulturát vízzel leöblítve, ezt a vizet más kémcsőbe öntjük és ebbe öntünk a kémszerből nehány cseppet.

Ezen táptalajjal és szinkeverékkel magam is végeztem kisérleteket, midőn is azt találtam, hogy 14 esetben bélsárból kitenyésztett colinál 10 esetben a szinkeverék 24 órás kulturán egy órán belül elszintelenedett, 2 esetben a szín kékesviolett maradt. 2 esetben pedig a coli kultura condens vize gyöngén halványpirosra festődött. A typhus kultura minden esetben kifejezetten rózsaszinű volt. Hogy a coli kulturák a szinkeverék iránt nem viselkednek mind egyformán, az érthető abból, hogy a coli név alatt különböző rokonfajtájú és különböző virulentiájú bakteriumokat foglalnak össze. A coli viselkedésére világosságot vet ama megfigyelés, hogy ha a coli erejét erjesztő képességének kihasználásával gyöngitjük, akkor az mozgási képességéből veszit és a táptalajokon majdem úgy viselkedik mint a typhus.

Azt tapasztaltam, hogy a gombafőzetből készült táptalajon staphylococcus, streptococcus, pneumococcus, rhinoskleroma stb. is megeredt, tehát e táptalaj nem bir electiv hatással. A bélsárból vett anyagból csaknem kizárólag colik keltek ki. A coli bakt. több esetben létesitett a táptalajban léghólyagokat, ezt azonban a glycerines agaron is többször megteszi.

A mint láttuk, az utóbbi időben számos kisérlet történt a typhus és coli bakt.-fajok gyors és sikeres megkülönböztetésére. Hogy eme feladat megoldása csak részben sikerült, annak a coli rendkivüli változatossága az oka. A czél elérésére szükséges, hogy minél több elkülönitő momentumot keressünk, melyek alapján e két fajt egymástól megkülönböztethessük. A fő megkülönböztető jelet azonban minden esetre a serumreactio fogja szolgáltatni.

Könyvismertetés.

Dr. Georges Laurens. Septico-pyohémie otitique. Paris. Octave Doin. 1900.

A fraczia fül-, orr- és gégeorvosoknak folyó évi május hó 14-dikén tartott congressusán a *fülgenyedések folytán fellépett septico-pyaemiát* tették beható vita tárgyává és az ezen gyülés elé e tárgyban beterjesztett jelentése *Georges Laurens*nak egy könyvbe összefoglalva, most jelent meg a franczia orvosi könypiaczon.

A könnyen áttekinthető és igen világosan megirt könyv első bevezető részében általános szempontokat tárgyal *Laurens* és ennek keretén belül a következő kérdéseket veti fel: 1. Mily mikrobák okozzák az infectiot? 2. Miért kerülnek ezek bele a vérűtba? 3. Minő utakat követnek? 4. Minő rendellenességeket hoznak létre a szervezetben? 5. Minők a vele járó tünetek? 6. Hogyan lehet ezeket felismerni? 7. És hogyan védekezhetünk ellenük? Fejtegeti általánosságban, mit értünk septicopyaemia alatt és ama nézetének ad kifejezést, hogy a pyaemia nem egyéb, mint emboliás septicaemia. Megadja különben a pyaemia, septicaemia és septico-pyaemia definitioit; és felsorolja ezek magyarázatára a *Virchow* és *Cohnheim* theoriáit.

Eme általános átnézet után áttér a középfülgenyedések következtében fellépett septico-pyaemia tárgyalására, tárgyalván először is azokat, a melyek *thrombo-phlebitis* útján lépnek fel.

Az első fejezetet az *aetiologiának* szánja, és itt először is az irodalomból összeszedett statistikával bizonyitja, hogy a pyaemia a sinus lateralis thrombo-phlebitise útján elég gyakran lép fel, még pedig majdnem mindig chronikus fülgenyedésekhez csatlakozva. Tárgyalja a mikrobákat, a melyek okozzák és igy 1. a fülészeti bakteriologiának átnézetes képét adja és ezt röviden abban foglalja össze, hogy: „a streptococcus magában, avagy másfajú mikrobákkal társulva, a főokozója az otitiseknek, ezek komplikatioinak“; 2. a fülgenyedéses eredetű septico-pyaemiáknak bakteriologiáját abban foglalja össze, hogy: „ezek streptococcus, staphylococcus vagy polymikrobás infectiokból lesznek“. E mellett azonban természetesen szerepet tulajdonit még a mikrobák virulentiájának és az egyéni dispositionak is.

A 2. fejezetben a megbetegedés *pathologiájával* foglalkozik, kimondva alaptételül, hogy a septicaemiás infectio egyetlen útja csakis a vérút lehet. Itt tárgyalja az infectio mechanismusát, a thrombusok különféle fajait, a metastasisok létrejövetelének módjait; végül az egészet a következőkben foglalja össze: „a fülbántalom kapcsán, thrombophlebitis útján keletkezett septico-pyaemiánál a fertőzés a következő utakat követheti: vagy az ostitis tovaterjedésével közvetlenül (per

contiguitatem) fertőzi a sinust avagy a jugularis bulbusát; vagy az infectio (per continuitatem), a vénák útján történik, a mely vénák a fül pneumatikus üregeiből a sziklacsont körüli sinusokba vagy direkt a sinus lateralisba vezetnek. A septikus termékek behaladnak a sinusba, itt thrombust okoznak, a mely azután elgenyedhet (thrombo-phlebitis). Az itt lévő véralvadékból egyes részek azután leszakadhatnak, és ezek inficiálhatják másodsorban az egész organismust."

A következő fejezet a *pathologia anatomiának* van szánva. Leirja benne egyfelől a kórbonczi eljárást, másfelől az ezzel kapcsolatban fellépő agymegbetegedéseket, harmadszor a nyaki rész kórbonczolatát, negyedszer pedig a metastasisos tályogokat tárgyalja.

Az ezután következő negyedik fejezetben a *symptomatologiával* foglalkozik. Tárgyalja 1. a sinus lateralis thrombo-phlebitisének tüneteit, a lokalis jeleket, agyi tüneteket és a septico-pyaemiás tüneteket; ép így külön tárgyalja: 2. a vena jugularis, 3. a sinus petrosus, 4. a sinus cavernosus, 5. a sinus longitudinalis superior phlebitisénél a megbetegedés tüneteit.

Majd ezen septicaemiák *lefolyását* ismerteti, kiterjeszkedve a betegség tartamára, és a betegség előhaladását, a fellépő complicatiokat és a betegség végződését irja le.

A hatodik fejezetben a *klinikai alakokra* tér ki, és megkülönböztet: 1. typhoid, 2. meningealis, 3. pyaemiás, 4. foudroyans, 5. septicaemiás, 6. septicaemiás gangraenosus alakokat, a szerint, hogy minő tünetek és minő módon lépnek inkább előtérbe.

A *diagnosis* helyes felállításánál szerinte a következő kérdésekre kell feleletet keresnünk: 1. Vajjon valóban septicaemiával van-e dolgunk? 2. Vajjon ez fülmegbetegedésből eredő-e? 3. Minő válfajú septico-pyaemia ez, csontból vagy sinus megbetegedés útján terjed-e tova? 4. Van-e phlebitis a jugularison? 5. Van-e sinus lateralis phlebitis jelen? 6. A többi sinusoknak phlebilitiséből valamelyik felismerhető-e? 7. Micsoda gyógyeljárás következik a diagnosisból? Mind-e kérdésekre a felelet már csak a prognosis szempontjából is fontos.

A következő és egyszersmind leghosszabb fejezetben a *kezelést* tárgyalja, különben is ez a fejezet tartalmazza *Laurens* legfontosabb nézeteit. A gyógyszeres kezelést, mint czélhoz egyáltalában nem vezetőt, teljesen mellőzi, egyedüli helyes kezelésnek a sebészetit ismeri el ő is. Ezért a műtéti eljárásokat, hosszasabban leirva, ismerteti. Méltatja a jugularis interna lekötésének kérdését, felemlítve mindama nézeteket, a melyek szerint a lekötés hasznos, nem hasznos, avagy veszélyes, a statistikát, a mások és saját tapasztalatait is felemlítve, végül az egészet a következőkben foglalva össze: „a lekötés szükségessége el van ismerve az összes sebészek által, ha a vena jugularis phlebitise jelen van. A sinus lateralis thrombophlebitise esetén vannak, a kik a lekötés mellett, és a kik ellene foglalnak állást. Azok, kik a lekötés szükségességét tartják, ezt következő okokból teszik: 1. hogy elkerüljék a tüdőbeli vér- és légemboliákat; 2. hogy megakadályozzák a következményes septicaemiát, a megsebzett sinusban, oly esetekben, hol a sinus ép; 3. hogy a kisebb thrombus továbbvitelét meggátolják. Ezzel szemben azok, kik a lekötést szükségtelennek vagy veszélyesnek tarták, azt mondják: 1. a lekötő fonál az infectio tovaterjedését nem gátolja meg, hiszen ott vannak a collateralis pályák; 2. a lekötés nem alkalmazható mindig a megbetegedés alsó határánál; 3. ez a műtéti eljárás esetleg következményes bonyodalmakat vonhat maga után (*Brieger*). A statistika azonban bizonyítja a jugularis lekötésének szükségességét a sinus megnyitása előtt." (Megjegyzem, hogy *Laurens* maga, valamint az egész *Lermoyez*-iskola, végzi a jugularis lekötést a sinus megnyitás előtt és a mint arról eddig magam is meggyőződtem, a legjobb eredménynyel. Ref.)

Ezek után a műtéti indicatiokról, contraindicatiokról szól és részletesen leirja az egész műtéti technikát, végül pedig véleményét a következőkben adja: „1. Ha acut otitis kapcsán, akár van mastoiditis akár nincs, környi metastasisos tályogokkal septicaemia lép fel, lehetséges, hogy ez a septicaemia nem csatlakozott a koponyaűri és nyaki nagy venás pályák phlebitiséhez, hanem hogy ez egy streptococcus infectio eredménye, mely a sziklacsont apró vénáiból vette eredetét. Ily esetekben paracenthesis végzendő. Ha már most, daczára a dobüreg drainezésének, a tünetek tovább is fennállanak, az apophysis explorativ trepanatioja, e sinus szabaddá tételével következik. Ha mastoiditis is van, ugyanez az eljárás végzendő, a sinus szabaddá tételével. Ha a sinust egészségesnek találjuk, a seb bezárandó és a további teendőkkel várni ajánlatos. Ha a sinus állapota kétséges, várjunk 24—48 órát, ha a pyaemiás tünetek ezen túl is folytatódnak, a sinus punctioja vagy bemetszése következik. Ha a sinus beteg, a jugularis lekötése végzendő, követve a sinus megnyitásától.

2. Ha a septicaemia egy régi foetid otorrhoeához csatlakozik, mastoiditissel avagy a nélkül, pulmonalis metastasisokkal, valószinű, hogy sinus és jugularis phlebitis van jelen, akkor helyes a trepanatioval kezdeni, a sinust megtekinteni, a jugularis lekötését végezni, és a sinus kitakarításával a műtétet befejezni.

3. Végül, ha a pyaemia biztosan fülmegbetegedésből ered, a dobüreg jól van drainezve, a sinus mastoideus, jugularis vizsgálata semmi biztos eredményt nem ad, úgy fel vagyunk hatalmazva, a kétségek elosztása végett, explorativ apophysis trepanatio végzésére, a sinus szabaddá tételével; eme súlyos esetekben, hol tehát a diagnosis nem biztos, előbbre való inkább hiába trepanálni, mint egy phlebitist félreismerni."

Munkája második részében *Laurens* ama fülgenyedésekből eredő septico-pyaemiákról beszél, melyek *thrombo-phlebitis nélkül* lépnek fel. Mint tudva van, *Körner* volt az, ki ezeket először leirva, felhívta reájuk az otologusok figyelmét. Az aetiologiájából tudjuk, hogy ritkábbak mint az előbb leirtak, és hogy többnyire acut otitishez társulnak. A pathologiájukat tárgyalva, felsorolja *Laurens* a különféle nézeteket, melyek ezek létrejövetelét magyarázni megkisérlik; ilyenek: 1. a lymphutakon való infectio; 2. a kis sinusok phlebitise; 3. a sziklacsont apró venáinak osteophlebitise (*Körner*); 4. a sinusok falálló thrombosisa (*Leutert*); 5. az infectiosus anyagok közvetlen áthaladása a vérbe.

Tárgyalja itt is, csak sokkal rövidebben, a symptomatologiát, a klinikai lefolyást, a diagnosist, a kezelést, összehasonlítva mindig a thrombophlebitis utján fellépett septico-pyaemiával. A kezelést tárgyalva, itt a következő conclusiokra jut: „1. Ha acut otitis folytán ebből eredő pyaemia van jelen, mastoidalis, súlyos infectio tünetek nélkül, tisztán otologikus kezelés ajánlatos, a dobüreg paracenthesisével; az általános közállapot gondozása.

2 Ha ugyanezt a pyaemiát mastoiditis kiséri, úgy az apophysis megnyitása végzendő, a sinus megtekintés végett szabaddá teendő.

3. Végül, ha a pyaemia csecsnyúlványi reactio nélkül folyik le, nagy infectiotünetekkel, ne késlekedjünk az antrumot megnyitni; ha ez egészséges is, haladjunk mégis a sinushoz, mert létezhet phlebitis mastoiditis nélkül is, tegyük a sinust szabaddá, pungáljuk meg. Ha a pungáló tűn át vért kapunk, hagyjuk abba a műtétet; ha azonban thrombotizálva van, incindáljuk, miután előzetesen lekötöttük a vena jugularist; ez esetben persze már az első részben tárgyalt septico-pyaemiával van dolgunk."

Ezekben véltem a munka ismertetését, annak tartalmát megadhatni. Az egész könyv világosan, röviden, könnyen áttekinthetőleg van irva, és részemről e munkát csak melegen ajánlhatom az érdeklődők figyelmébe. Ifj. *Klug Nándor* dr.

Lapszemle.

Sebészet.

A gyomorrák kórboncztanából nehány sebészileg fontos adatot közöl *Cuneo*. A gyomorrák localis terjedésére vonatkozólag 3 fontos momentumot emel ki: 1. hogy a gyomorrák igen korán infiltrálja a submucosát s a submucosa infiltratioja jóval tovább terjed, mint a tumor látható határa s azért gyomorresectionál a metszés a tumor látható határától legalább is a Czerny által ajánlott 3 cm-nyi távolságban vezetendő; 2. a pylorus carcinoma a kis curvatura felé terjed; a gyomor nyirok útjai a kis curvatura felé tartanak s az arteria coronaria sinistrával hagyják el azt. 11 esete közül 9-ben infiltrálva volt a kis curvatura, a metszést tehát a mennyire lehet a kis curvatura bal határán, közel a cardiához kell végezni; 3. a duodenumra a pylorus carcinoma rendszerint nem terjed át; azonban histologiai vizsgálatai folytán ama meggyőződésre jutott, hogy a duodenum első centimeterjében gyakran fordulnak elő egyes carcinomás lymphutak s azért a duodenumból legalább 2 centimeternyi darab resectioját ajánlja; *Carle* és *Fantino* 2—3 centimeternyire is találtak rákos helyet a duodenumban. A gyomorrák mirigymetastasisai igen korán jönnek létre, 8 bonczolt esetben, 1 gastroenterostomia és 13 gastrectomia esetében volt alkalma a mirigyeket megvizsgálni. A bonczolt esetek mindegyikében, a gastroenterostomia esetében és a gastrectomiások közül 11-ben carcinomás degeneratio volt a mirigyekben. A mirigyek közül, melyek beszűrődnek, leggyorsabban történik a kis görbület mentén fekvők beszűrődése, kevésbbé gyors és gyakori a pylorus alatti mirigyeké. A pylorus mögött fekvő mirigyek beszűrődését csak két esetben találta. A mirigyek eltávolítása lehetőleg a gyomorral együtt történjék, úgy hogy a kis curvaturából, az omentum minusból s a ligamentum gastrocolicumból mentől többet távolítsunk el; igen megkönnyíti a műtétet a coronaria előzetes lekötése. A ligamentum gastrocolicum eltávolításánál figyelembe veendő, hogy az gyakran van összenőve a mesocolonnal épen a mirigyek helyén; a mesocolon edényeinek megsértéséből pedig colon-elhalások származhatnak. A retropylorikus mirigyek eltávolitása nehéz, mert az arteria gastroduodenalis megsértéséből nehezen csillapitható vérzés származhatik. (Revue de Chirurgie. 1900. 4. füzet.) *Pólya Jenő* dr.

A meralgia paraesthetica sebészeti jelentőségéről ir az eddigi irodalom összeállításával *Schlesinger*. A meralgia paraesthetica kórképét 1895-ben *Bernhardt* és *Roth* irták le. A bántalom lényege: paraesthesiák, hyperaesthesia és neuralgiás fájdalmak a nervus cutaneus femoris anticus externus területén. Néha csak jelentéktelenek ezen érzési zavarok, máskor elviselhetlen szenvedéseket okoznak a betegnek, melyek főleg álláskor és járáskor jelentkeznek, míg fekvéskor eltünnek. A bántalmat főleg 30 éven túl levő férfiakon, különösen gyakran orvosokon észlelték és a bántalom nem látszik épen ritkának. Az aetiologiában trauma gyakran szerepel, többször észlelték súlyos garinczvelő-bántalmak (haematomyelia, tabes) és agybántalmak (paralysis progressiva) kapcsán. A nervus cutaneus femoris anticus externus sérülékenységét előmozdítja, hogy a fascia lata egy merev csatornájába van beágyazva, mely szorosan összefügg a ligamentum Maissiatival s azzal együtt járás közben vongáltatik. A fájdalmak súlyossága miatt többen (*Hagen, Souques, Chipault*) az ideg resectioját kisérlették meg. A fájdalmak a resecált ideg területén, ha nem is mindjárt, elmulnak, recidiva csak mulólag és enyhébben jelentkezik, mint az eredeti attaque. Más hátrány, mint a cutaneus ant. ext. területén fellépő anaesthesia, a műtétből nem származik. Ellenjavalt a műtét, ha gerinczvelő- vagy agybajok képezik a meralgia alapokát, míg minden egyéb esetben mint kis beavatkozás indikálva van. (Centralblatt für die Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie, 1900. 7. sz.) *Pólya Jenő* dr.

Bőr- és bujakórtan.

Lues hereditaria. *Vogelwitz* (Inaug.-Diss. Königsberg, 1896.) hosszabb időn át megfigyelt három eset kapcsán a lues hereditaria ismertető jeléül a következő tüneteket említi: 1. vonalhegek (az arcz vonalszerű hegei), 2. Hutchinson-féle fogak, 3. tibia en lanse de sabre. További tünetek a fejcsontok, az orr és az ány elváltozásai, azután a parenchymatosus keratitis, melyről szerző megjegyzi, hogy legtöbbször a Hutchinson-féle fogakkal együtt észlelhető, végül organikus elváltozások nélkül gyorsan beálló süketség. Kevessé jellemzőnek tartja a mirigyek beszűrődését és a herék fejlődési rendellenességét. *Clarke Nuchell* (Americ. Journ. of med. Scienc. 1898. április) hepatitis interstitialis subacuta két esetét közli, mely kór a májsejtek előrehaladó roncsolásával lépett fel egy 10 hetes leánynál és egy 4 hetes fiúnál. Mindkét esetben kórokozó a lues hereditaria, a mi az anamnesisből pontosan megállapítható. Icterus nem volt jelen, a máj erősen túltengett. *Simon Richard* (Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde, 1898. május) lues hereditaria után fellépett tarsitisről értekezik; ilyen eset az irodalomban csak egy van említve, míg szerzett lues után már 18 esetben észleltek tarsitist. A szerző által közölt eset egy 2 éves leányra vonatkozik, kinél a tarsitis volt a lues hereditaria egyetlen jelensége. A beteg atyja luetikus, anyja a beteg születése előtt 6 izben abortált s azután is még 2 izben. A kórisme helyessége mellett szólt az is, hogy három heti bekenési gyógymódra a bántalom teljesen gyógyult. A praeauricularis és nyaki mirigyek erősen beszűrődöttek voltak. *Braquehay* (Annal. de dermatologie et de syphiligraphie, 9. kötet, 12. szám) azt hiszi, hogy a luetikus eredetű izületi megbetegedések nem oly ritkák, de a legtöbb esetben tumor albussal és rheumás eredetű bajokkal tévesztetnek össze. Ostitis egy esetét közli, melyben a jobb térdizület synovialis hártyájának gummosus beszűrődése volt jelen. Jóllehet ezen esetben a többi tünet megkönnyítette a kórisme felállítását, szerző a harmadik generatioban kimutatandó a lues hereditariát, a beteg leányát is felemlíti, kinél luetikus dyskrasia okozta csípőizületi luxatio van jelen. Egy más esetben a 15 éves leánynál a sternoclavicularis izület betegedett volt meg; lues ellenes specifikus kezelésre a beteg meggyógyult. *Etienne* (Annal. de dermatologie et de syphiligraphie, 9. kötet, 6. füzet) egy 30 éves férfi esetét közli, ki paralysisben szenved. Mint egyetlen kórokozó a beteg anyjának a beteg születése előtt 18 hónappal szerzett és elégtelenül kezelt luese volt kimutatható. Szerző megjegyzi, hogy e családban 10 terhelt egyén (köztük 5 paralytikus) volt kimutatható. *Schik Károly* dr.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 25-dik hetében (1900. junius 17-dikétől junius 23.-ig.) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Élveszületett 409 gyermek, elhalt 286 egyén, a születések tehát 123-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 31·1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 21·7, az egy éven felüli lakosságnál: 16·3, az öt éven felüli lakosságnál: 13·7. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 3, pertussis 1, morbili 12, scarlatina 5, variola —, cholera asiat —, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 4, meningitis 14, apoplexia 10, ecclampsia 4, szervi szívbaj 20, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 36, tuberculosis pulmonum et phthisis 47, diarrhoea et enteritis 10, gastro-enteritis 13, rák és egyéb újképletek 8, ezek közül méhrák 2, morbus Brightii et nepbritis 6, rachitis 1, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 20, atrophia et inanitio 1, marasmus senilis 13, erőszakos halált eset 12, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 5, baleset 4, kétséges 3 (—). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hó végén volt 2541 beteg, szaporodás e héten 820, csökkenés 794, maradt e hét végén 2567 beteg. *B)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi junius 18-dikától junius 24.-éig terjedő 25 héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 38 (52), diphtheria, croup 12 (17), hagymáz (typhus) 1 (7), kanyaró (morbili) 109 (170), trachoma 4 (5), vérhas (dysenteria) — (0), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 15 (18), orbáncz (erysipelas) 17 (19), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 3 (1), ezenfelül varicella 11 (15).

♀ **A Párisban tartandó XIII. nemzetközi orvosi congressus** magyar bizottsága a következő legújabb dispositiokról értesült: A congressus tudvalevőleg 24 főosztályból és 29 csoportból áll. Az ülések helyét az Orvosi Hetilap már részletesen közölte. A congressus aug. 2—9-dikéig tart, tagjai minden orvostudor, állami bizonyítványnyal biró fogorvos s a rokon tudományokat művelők közül a nemzeti bizottságok által meghivott tudósok lehetnek, kik 30 koronát fizetnek Demjanovich Emil dr. (József-körút 14.) pénztáros kezeibe.

A tagok a magyar vasutakon alsóbb osztályú jegygyel, a franciákon féláron utaznak.

A congressus tagjai számára augusztus 2-dikán a franczia minister elnök, 3-dikán a congressusi elnök, 5-dikén az Élysée palotában a köztársasági elnök, 7-dikén a Hôtel de Villeben Páris városa, 8-dikán a Luxembourg palotában a rendezőség rendez ünnepélyeket.

A tagok nejei, leányai, nővérei vasúti kedvezményben ugyan nem részesülnek, de ezt 10 forintért megszerezhetik, ha a hygienikus congressus (augusztus 10—17.) tagjai közé iratkoznak (Jármay Gyula dr. Papnövelde-utcza 2.). Külön női fogadó bizottság alakult (École de médecine) Lannelongue és Brouardel asszonyok elnöklete alatt, mely permanentiában lesz.

A franczia lakás-bizottság értesítése szerint (21. Rue de l'École de médecine):

1. a párisi iskolákban magános urak számára 800 ágy van közös termekben elhelyezve. Napi ára $5^1/_2$ korona.

2. Az *agence des voyages modernes* (Rue de l'Echelle 1.) szobákat 6 koronától kezdve, pensiot 15 koronától számít.

3. Az agence des voyages pratiques szobákat 6·50, 5·50, sőt 4 francért is igér, közös termekben pedig 3·5 és 3·0 francért naponkint; 3 szobás lakásokat pedig havi 270 francért. Helyisége Rue de Rome. Ezeken kivül több ügynökség kinál 15—20 francért szobákat, mely árak már megközelítik a rendes hotelárakat.

A congressus tagjai ingyen belépőjegyet kapnak a kiállításra augusztus 2—9-diki érvénnyel.

Előadásokat be lehet ugyan jelenteni julius 15-dikéig, de csak a junius végéig bejelentettek jutnak a hivatalos listára.

A congressus tartama alatt nem lesz napi közlöny, csak napi programm, melyet egy julius 30-dikától augusztus 10-dikéig működő sajtóbizottság ad ki.

A tagok illetményeiket két részben kapják: Jelentkezéskor Párisban kiszolgáltatik 1. a kivonatos előadási sorozat a tartandó ülésekről; 2. egy 400 lapos kötet a franczia ásványvizekről és fürdőkről; 3. Páris orvosi intézményeinek leirása; 4. végre *Conti* párisi kalauza térképekkel.

Később fognak megjelenni: 1. az általános ülések jegyzőkönyvei, 2. a congressus összes munkálatainak kivonata, 3. a 17 főszakosztály részletes jelentése, melyek közül mindenki választott osztályának kötetét kapja meg, az összes többire ellenben előfizethet 45 francért *Masson* könyvkereskedésében.

A tagsági jelvény egy művészi plaquette lesz, melyet *Vernon* medailleur mintázott a congressus számára.

A párisi *Cercle National* orvosi osztálya (5. Avenue de l'Opera) a jelentkező külföldi orvosokat a congressus tartamára vendégekül fogadja. Jelentkezés 2 héttel előbb. Felvételi díj 10 franc. A vendég rendelkezésére állanak az összes helyiségek. Étkezés: Ebéd $3^1/_2$ (11 és 1 óra között), vacsora 5 franc (7 órakor). Lakás (3 héttel előbb bejelentve) $6^1/_2$ franc személyenkint és naponkint. Tudakozódási iroda permanentiában.

Ritka alkalom a Pyranaeusok megtekintésére. Szeptember 2—15-dikéig nagy orvosi társaság indul az ottani világhirű fürdők megtekintésére. Részvétel teljes ellátással 300 franc.

⚒ **Nemzetközi congressusok.** A párisi nemzetközi kiállítás kapcsán következő orvosi érdekű nemzetközi congressusok fognak ülésezni: *Anthropologusok és archeologusok* nemzetközi congressusa aug. 20—25.-ig; *Fogászok* nkc. aug. 8—14-dikéig; *Dermatologok és syphilographok* nkc. aug. 2—9-dikéig; *Felsőbb oktatási* nkc. jul. 30-dikától aug. 4-dikéig; *Homeopathák* nkc. jul. 18—21-dikéig; *Hygiénikusok és demographusok* nkc. aug. 10—17-dikéig; *Hypnotismus* nkc. aug. 12—15-dikéig; *Orvosok* nkc. aug. 2—9-dikéig; *Orvosi deontologia* nkc. jul. 23—28-dikáig; *Gyógyszerészek* nkc. aug. 8-dikától kezdve; *Orvosi sajtó* nkc. aug. 9—11-dikéig; *Psychologusok* nkc. aug. 22—25-dikéig; *Mentők* nkc. aug. 22—25-dikéig *Siketnéma-intézetek* nkc. aug. 6—8-dikáig.

✳ **X. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus.** Azon hölgyek és urak, kik a X. nemzetközi közegészségi és demographiai congressuson részt venni óhajtanak, de eddig nem jelentkeztek a magyar bizottságnál, ezentúl a központi fűtitkárnál (Mr. le dr. A. J. Martin, secrét. géner. du X. congr. internat. d'hygiène et de démographie: Rue de l'école de médicine Nr. 21. Paris) szíveskedjenek jelentkezni. Ugyanide küldendő a 25 franc tagsági díj.

△ **Fürdőink személyforgalma.** *Uj-Tátrafüred* VI/24. 234; *Budai Erzsébet-sósfürdő* VI/25. 533; *Tarcsa* VI/24. 157; *Lipik* VI/15. 697; *Tátrafüred* VI/26. 278; *Csorbai tó* VI/27. 1060.

— **Hibaigazítás.** Lapunk mult számának első eredeti közleményének szerzői *Ranschburg Pál* és *Bálint Rezső*, nem pedig, mint tévedésből közölve volt, *Bálint Imre*.

+ **Figyelmeztetés.** E számunktól kezdve a *hirdetések rovatának* vezetését *Pesti Alfréd* úr a „Petőfi" Magyar központi kiadó-vállalat (III., Zsigmond-utcza 53.) tulajdonosa és a Szt.-Lukács-fürdő részvénytársulat fűtitkára veszi át. Az Orvosi Hetilap kiadóhivatala kéri a lap olvasóit, hogy minden ide vonatkozó tárgyban közvetlenül hozzá forduljanak. A *pályázatok* iránt a megkeresések ezentúl is az Orvosi Hetilap kiadóhivatalához intézendők.

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedenczéiben az ásványvíz naponkint négyszer megújul, **locális iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és üdülő-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. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A XVIII. német belgyógyászati congresus. 422. l. — A nápolyi tuberculosis-congressus (1900. április havában.) 422. l. — Közkórházi orvostársulat. (X. bemutató szakülés 1900. május hó 16-dikán.) — (XI. bemutató szakülés 1900. május 23-dikán.) 424. l. — Szegedi orvosegyesület. (XIII. szakülés 1900. márczius 21-dikén.) 425. l.

A XVIII. német belgyógyászati congressus.

(Vége.)

A *tápcsatorna megbetegedései* a congressuson meglehetősen mostoha bánásmódban részesültek. *Boas* (Berlin) a bélrákokról, *Agéron* (Hamburg) a gyomorfekélyről értekezett, azonban egyik szónok sem volt képes mondani valóját az előírásos 20 perczbe összeszoritani, úgy hogy a hallgatóság a szerzők conclusioival voltaképen nem jött tisztába.

Agéron nem mondott újat; Boas igen elmésen csoportositotta a bélrákokra vonatkozó tapasztalatait, különös súlyt helyezve a hereditásra és az átvitel lehetőségére. Arra figyelmeztetett, hogy míg végleges döntés nincs, ne téveszszük szem elől a fertőzés lehetőségét. Sajátos véletlen, hogy az egyidejűleg tartott sebészi congressuson kiváló tekintélyek ugyanilyen értelemben nyilatkoztak. Hasonló húrokat pengetett *Behla* (Luckau), ki a Cancer á deux-t tárgyalta.

Queirolo egyenesen Pisából utazott fel, hogy a gyomorhatárok megjelölésére szolgáló új módszerét bemutassa. Condommal armirozott gyomorcsövet, mely Marey-féle dobbal van összeköttetésben, vezet be a gyomorba, ezután mérsékelten felfújja a kaucsuk hólyagot és a has felületét egy ujjal lekopogtatja. A Marey-féle dob emelője csak akkor tér ki, ha az ujj a gyomor határain belül kopogtat. Vigyázni kell, hogy a condom feszülése ne legyen túlnagy, mert falának nagyobb felületén a gyomorfallal érintkeznie nem szabad, másrészt vizsgálat közben néha egészen összecsik. Erősebb kopogtatás mellett akkor is kitér az emelő, ha egyéb hasi szervek fölött kopogtatunk. Nem hiszszük, hogy e módszer, melynek segitségével csak a gyomor alsó határát tehetjük szemlélhetővé, valamikor gyakorlati értéket is nyerne.

Igen érdekes, eddig le nem irt kórképet ismertetett *Minkowski*, melyet idült sárgasággal szövetkezett splenomegalia és öröklékenység jellemez. Egy beteg, a kitől icterus és lépdaganat miatt az életbiztositáshoz szükséges egészségi bizonyitványt megtagadta, arra hivatkozott, hogy teljesen egészségesnek érzi magát és hogy ezen sárga színeződés családjában általános, melynek egyes tagjai daczára annak többnyire igen magas kort értek el. A beteg csak évek mulva halt meg intercurrens betegségben; positiv boncleletet csak a lép és a vesék mutattak: az előbbi meg volt nagyobbodva, az utóbbiak feltünően barna kéreggel birtak, melynek górcsövi okául a vese epithelekbe lerakódott vaspigmentet lehetett kimutatni. A kivonatban ferratin volt kimutatható. A vese feldolgozása ½ gm. (!) vasat szolgáltatott. Más szervekben rendellenes vaslerakódás nem volt. Az elhaltnak egy fivére és 2 gyermeke születésük óta igen sötét, urobilindús, de epefestenymentes vizeletet ürít, szintén könnyű icterussal és nagy léppel bir.

Minkowski a betegséget a vérfestony anyagforgalma anomaliájának tartja, melynek közelebbi lényegéről azonban még nem nyilatkozhatik. *Senator* icterus hereditariusnak 2 hasonló esetét látta és hajlandó volna az elsődlegesen megbetegedett szervnek a lépet tekinteni.

Bettmann (Heidelberg) bejelentett, de meg nem tartott előadása „az idült sárgaságnak egy sajátságos formájáról", mely azóta a „D. med. Wochenschrift"-ben megjelent, majdnem analog esetet tárgyal, melynél urobilinuria mellett néha meghülések által kiváltott haemoglobinuria is állott fenn. Hereditásról azonban nem emlékezik meg.

Az ideggyógyászat terén némiképen *Pick* (Prága) előadása vált ki; hysteriás beteget észlelt, kinél baloldali hemianaesthesia és az izomérzés hiánya állott fenn. Nyitott szemmel gyengén, csukott szemmel egyáltalában nem mozgathatta bal kezét és lábát. A bal oldal passiv mozgásait a beteg jobb oldalt nem ismételhette, fordítva azonban igen jól. Pick ebben a jelenségben a transcortikalis motorikus aphasiának analogiáját látja, melynél a beteg spontán beszédre képtelen, de a hallottakat kifogástalanul ismétli. Magát a tünetet „Parallelokinesis"-nek nevezi.

Benedict Henrik dr.

A nápolyi tuberculosis-congressus (1900. április havában.)

Kuthy Dezső dr. egyet. m. tanártól.

„Jo fermamente spero, che l'opera nostra sara coronata da grande e non troppo tardo successo."

Baccelli.

Róma felé a rendes húsvéti kéjutazók ezrein kivül a szent év zarándokainak tizezreit röpitették ez év áprilisában az olasz vasutak; ott ünnepet ült az egyház, Nápolyban pedig ez alatt munkára gyülekezett egy sokkalta kisebb, de nemkevésbbé internationalis összetételű embercsoport, többnyire orvosokból álló, hogy a kor nagy népbetegsége ellen tovább élesitse fajának harczi fegyverét *Baccelli* Guido, nápolyi klinikus, közoktatásügyminister, elnöklete alatt. De *Renzi* (Nápoly), *Rubino* (Nápoly) és *Maragliano* (Genova) tanárok rendező kezétől vezetve ment végbe a Vezuv hires alján a nemzetközi tuberculosis-congressus, 1000-nél több tag élénk részvételével.

A megnyitás ünnepsége királyi fénynyel történt Olaszország legnagyobb szinházában, a Teatro San Carlo-ban április 25-dikén, délelőtt 11 órakor. Umberto király minden dísz nélkül, egyszerű fekete polgári ruhában, Margit királyné még mindig elbájoló szépsége fejedelmi díszében jelent meg és foglalt helyet a szinpad trónszékein: az uralkodó balján hitvese, jobbján menye, a trónörökösné, a Fekete hegyek karcsú, villogó szemű, éjhajú leánya, mellette férje, a királyfi, Nápoly herczege, anyjára ütő szőke, szelid arczú ifjú, ragyogó katonai díszben. A trón előtt és oldalvást félkörben fenn a szinpad emelvényén az idegen államok képviselői s az olasz notabilitások állottak; alattuk néhány lépcsőfokkal, a szinház földszintjén, a congressusi tagok frakkos, sötétlő sorait festőien tarkitotta a katonai uniformis, a testőrség és a nápolyi gárda tisztjeinek egyenruhája, az óriás nézőtér 160 páholya (egymás fölött 5 emeletnyi sorban) telidestele mesés szináradatával a tavaszi toaletteknek, a melyekben Nápoly, az első, a legnagyobb olasz város hölgyei — nem is számitva az idegeneket — a congressus felavatására megjelentek.

A felségek megérkezése után elsőül *Baccelli* üdvözölte az idegen nemzetek képviselőit, azzal kezdvén, hogy ezt a király nevében cselekszi. Azután ecsetelte a gümőkór elleni szent háború („guerra santa contro la tubercolosi") fontosságát; rámutatott, hogy Itáliában már multja is van ennek: *Morgagni* a phthisis contagiositásáról szilárdul meg volt győződve és a nép több helyütt, igy Nápolyban is, tűzzel emésztette el a gümőkórban elhaltak holttesteit. Ma már tudatosan küzd a tuberculosis ellen minden művelt nemzet. Olaszországnak ugyan aránylag enyhébb a gümőkór-halálozása, még sem szabad elmaradnia a védekezés aktivitásában, melyet immár Anglia, Ausztria-Magyarország („Impero Austro-Ungarico"), Franczia- és Németország, az orosz birodalom, Svédország és Svájcz kifejtenek.

A szép beszéd, melynek legutóbb emlitett passusában mi oly kevéssé méltón kerültünk a sorban Németország elé (hogy ezt megérdemeljük, a tizenöt milliós parlament árának feléből 22 népsanatoriumot kellett volna épitenünk!), nagy hatást tett a daliás, ezüsthajú orvosminister ajkáról elhangozva. Utána a Sindaco, Nápoly polgármestere szólott, majd *Pinto* tanár, a helybeli universitas rektora, emelt szót. Átadván a felségeknek megjelenésükért az „Ateneo Neapolitano" igaz köszönetét, rámutatott, hogy 1782-ben, 100 évvel a *Koch* felfedezése előtt, a nápolyi egyetem két büszkesége, Domenico *Cotugno* és Domenico *Cirillo*, oly hiven kijelölték a tuberculosis elleni prophylaxis útját, hogy az irásuk alapját tehetné (és Nápolyban tette is) egy ily irányú közegészségi törvénynek. A rektor után *De Renzi* tanár mondotta el a congressus létrejövetelének történetét. Mi beszédjéből azt emlitjük meg, hogy a congressus a gümőkór elleni olasz liga (Lega contro la tubercolosi) nápolyi osztályának a rendezése volt. (A dél-olasz vérnek a piemontitól elütő nagyban hevessége meg is érzett e rendezésen, ámbátor az egész nagyszabású és impozáns munka méltó benyomását tette.) Végül az idegen államok kormányképviselői üdvözölték a congressust, érdekes sajátossággal úgy, hogy ez alkalommal Magyarország egészen távol került Ausztriától a sorban. Hazánk kormánya nevében *Fodor* József tanár, minist. tanácsos szólott szép franczia szóval, Németország nevében *Ratibor* herczege, *Luiroth* tanár Svédország képviseletében, *Wilson* az Egyesült-Államok, *Lannelongue* Franczia ország, *Ustredt* Norvégia, *Thomescu* Románia, *Dubelir* Oroszország és *Cortez* Spanyolország nevében kivántak sikert a nemzetközi gyülekezet munkájának.

Kormányunk nevében *Raisz Gedeon* dr., minist. osztálytanácsos is részt vett a congressuson, kivüle még három hazai orvos volt ott: *Plechl* dr., Torontál vármegye tiszti főorvosa, *Guttmann* dr., Győr város kiküldöttjeként és e sorok irója, a „*Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Sanatorium-Egyesülete*" képviseletében. (A sanatorium-egyesület *Korányi* Frigyes tanár, főrendiházi tag kezdeményezésére a Nápolyban május hó elején a remek fekvésű Villa Nazionale-ben megnyilt *egészségügyi kiállitáson* [Esposizione d'Igiene] is résztvett, kiállitván ott a budakeszi erdőben épitendő „Erzsébet királyné-sanatorium"-nak *Czigler* tanár által készitett kitünő tervrajzait.) A megjelent magyarok közül *Fodor* József és *Kuthy* Dezső a congressus I. szakosztályának (Etiologia e Profilassi) tiszteletbeli elnökei (Presidenti d'onore) sorába választattak be.

A congressus, melynek tárgyalásai a Palazzo Maddaloni freskós nagytermében három napon át folytak (ápr. 26—28.), anyagát *négy csoportra* osztva tárgyalta, ú. m. 1. az *aetiologia és prophylaxis*, 2. a *gümőkór pathologiája és klinikája*, 3. a *therapia*, 4. a *sanatoriumok* csoportjában. Mindegyik csoportban volt egy elnöki megnyitó előadás, több nagyobbszabású és számos kisebb előadás (relazioni, communicazioni). És pedig: az 1. csoportban 7 nagyobb, 47 kisebb, a 2. csoportban 6 nagyobb, 55 kisebb, a 3. csoportban 3 nagyobb, 58 kisebb, a 4. csoportban végül 5 nagyobb, 29 kisebb, összesen tehát 21 nagyobb és 189 kisebb előadás.

Ezek közül a főbbekről a következőkben lesz szerencsém röviden számot adni. Általánosságban csak annyit jegyzek meg a congressus tevékenységéről, hogy ez a tavalyi berlini congressushoz képest már

örvendetes szaporodását mutatta a gümős betegség *kórtanát és therapiáját* tárgyaló előadásoknak, nem fárasztott annyit statistikai kimutatásokkal. Észrevehető volt, hogy a tuberculosis elterjedésének megismerésére immár eljutottunk, az ellenség támadó erejének fürkészése nem köti le továbbra oly fokban erőinket, ellenben a baj természetével, gyógyításának módjaival mind behatóbban kezdünk foglalkozni, kifejlődik lassan a gümős bántalmak specialis tanulmányozását üző orvosok gárdája. A *sanatoriumi kezelés* és ily *sanatoriumok állításának szükségessége* egyhangú elismerést és megerősítést nyert a congressus vitái folyamán is, csak úgy, mint Berlinben.

Az I. *sectiot* (Etiologia e Profilassi) elnöke, *De Giovanni*, páviai tanár, szónoki tökéletességgel előadott szép előadásával nyitotta meg „*A tuberculosisra hajlamos egyénekről*". Figyelmébe ajánlotta az orvosoknak azon morphologiás elváltozásokat, a melyek már korán gyanut ébresztenek az öröklött vagy szerzett praedispositio fennállása iránt. Az olyan gyermek vagy fiatal egyén, a kinek a gerinczoszlopa rendellenes görbülést kezd mutatni, thoraxa alakját és mozgékonyságát változtatja (felső részein ellaposodik), a kinél a respirationalis kitérések csökkennek és catarrhalis hajlandóság áll fenn, idejében kellő gondozást és praeventiv intézkedéseket igényel életmódja javításában, teste edzésében és így tovább. Utána *Lannelongue* (Páris) azon *Achard* és *Guillard-ral* együtt végzett kisérleteiről számolt be, a melyeket a klima hatását illetőleg a gümős betegség lefolyására tett. Tuberculosissal egyformán inficiált 150 tengeri malacz közül 50-et párisi laboratoriumában tartott, 50-et falura küldött continentalis klimába, további 50-et pedig a tengerpartra szállított közülök. S ime a laboratoriumban éltek az állatok aránylag legtovább, legrövidebb ideig a continentalis falusi klimában. Ezt a meglepő tényt *Lannelongue* hajlandó onnan magyarázni, hogy a laboratoriumban volt a három „klima" közül a legállandóbb a levegő temperaturája, a legkisebb a hőingadozás. E felvétel mellett szólna a sok tengermellékkel biró Olaszország általában kisebb tüdővész-halandósága, valamint az is, hogy e sorok irójának sikerült kimutatni, hogy Magyarország erdős-hegyes zónájában az aránylag kicsiny napi amplitude (csekély napi hőingadozás) relative enyhe tüdővész-mortalitással található együtt, az alföldség pedig az ő nagy 24 órai hőváltozásaival erős gümőkórpusztítás alatt áll; mégis annyi más körülmény is játszik belé e jelenségekbe, hogy kénytelenek vagyunk a *Lannelongue*-féle kisérletek bizonyító erejét skepsissel fogadni annyival inkább, mert azok egy megismétlése máris nem járt az elsőhöz hasonló eklatáns eredménynyel. Nem is említve azt, hogy Olaszország kisebb tüdővész-halandóságát részemről nagyrészt annyiban tudnám be a klima hatásának (*Baccelli* tisztán erre alapítja . . .), mert az enyhébb éghajlaton épen a szegényebb lakosság sokkal többet tartózkodik a négy fal körén kivül, mint minálunk, Felső-Magyarország szelidebb tuberculosis-veszteségének pedig már ez országrész ritkább populatiojában is egyik okát tudjuk. Egyébiránt *Lannelongue* hangsúlyozza, hogy a tengeri malaczról nem is lehet mindenkor rövidesen az emberre következtetést vonni. Minden esetre érdeme szerzőknek, hogy a kérdés experimentalis tisztázására az első lépés kisérletét megtették. *Kallivokas* (Athen) a gümőkórban szenvedő egyének házassága elé kivánna akadályokat gördíteni s crematoriumokat állíttatna tuberculosus holttestek elégetésére. A tuberculosis-megbetegedés szerinte bejelentendő. *Espina y Capo* (Madrid) a tuberculosis-prophylaxis nemzetközi szabályozását ajánlja, *Rossi Doria* (Róma) a munkás-osztály socialis helyzetének emelésétől várja a tuberculosis terjedésének meggátlását s ehhez az állam erőskezű beavatkozását kivánja. *Dubelir*, moszkvai tanár, közölvén a congressussal, hogy hazája a gümős halálozást illetőleg közepes helyet foglal el (a mit ugyan az orosz emporiumok tuberculosis-halálozása nem enged sejtetni!), két igen helyénvaló észrevételt is tesz. Először megemlíti, hogy az orosz hadsereg azon csapatai szenvednek legtöbbet a gümőkórtól, a melyek *sűrű lakosságú* helyeken vannak állomáson (ez egybevág referens egy előadásának tenórjával a tavalyi berlini congressuson), másodszor nagyon helyesen azt indítványozza, hogy a phthisist ki kellene a lélekző szervek betegségei sorából hagyni és be kell sorozni valahára hivatalosan is az *infectiosus bántalmak* közé. *Mennella* ismét a phthisikusok házassága ellen kel ki „Tuberculosi e matrimonio" czímű előadásában, melynek hangját ugyan sok részben túlszigorúnak, eszméjét merev formájában kivihetetlennek kell kijelentenem.

Marcone a *nápolyi tejről* értekezett, tekintettel a tuberculosisra. Szerinte a marhaállományt államilag kellene tuberculinojtással megvizsgáltatni s a gümőseket a tejgazdaságból kizárni. Ez előadás kapcsán kifejlődött discussioban *Cozzolino* felemlíti, hogy egyes sanatoriumok tehenészetei minden 3—4 hónapban megismétlik az ellenőrző tuberculin-próbát *Gualdi* pedig elmondotta, hogy Rómában helyi szabályrendelet kivánja meg a tuberculin-ojtást. Ezzel kitünt, hogy ott a tehenek 6—7%-a gümős. Az ilyen tehén azután kizáratik a tejproductiora felhasználható állatok sorából. Érdekes volt hallanunk ama positiv eset rövid történetét, hogy egy római tehenészetben, a melynek alkalmazottai között egy tüdővészes fiú szolgált, az ojtások az ott levő mind a 15 tehenet gyöngykórosnak igazolták be. *Marcone* a tuberculin-próba gyakoribb ismétlését feleslegesnek tartja, ha a tehén, miután tehenészetünkbe került, megfelelő higienés viszonyok között tartatik. *Pavoni* fel kivánja hivatni a községek figyelmét a *tengeri gyermekgyógyintézetek* (ospizii marini) fontosságára, a hová praedisponált gyermekeiket elküldjék. *Maglieri* hangsúlyozza, hogy elhanyagolt nyálkahártya-hurutok a lélekző tractusban megkönnyítik a gümőkór kifejlődését, ilyenek tehát lehetőleg elhárítandók. *Iranzo* (Saragozza) a *nép oktatását* követeli a tuberculosis elleni védekezésre minél szélesebb mederben; *Jemma* (Genova) ismét a *tejkérdést* veti fel, hangsúlyozván az elégtelen felforralás mellett persistáló veszedelmet (csak az *egészséges* tehén tejét szabad kereskedésbe hozni!). *Fraenkel* fölemlíti a tuberculosis elleni ligák szükségességét. Németországban legújabban ingyen *poliklinikákat* is állítanak gümős betegek részére; ha ez intézetekhez a nép hozzá fog szokni, lehetővé válik majd a tüdővész megállapítása (akár tuberculin-injectioval is) a legkoraibb időszakban s a népsanatoriumok is háladatosabb beteganyaghoz fognak jutni. (Ilyen poliklinikák Angliában már régóta működésben vannak. Ref.)

Prof. *Sanarelli* (Bologna) a vasutakon kifejtendő *tuberculosis-prophylaxist* tárgyalta. Ez tényleg egyik igen fontos pont s nem is épen könnyű a rendezése. Sok jóakaratot, közegészségi érzéket és emberszeretetet kiván a vasút-igazgatóságok részéről. *Sanarelli* a várótermekben, perronon, kocsikban kifüggesztendőnek mondja a *földre köpés tilalmát*, az állomásokon és a kocsik belsejében könnyen tisztítható *köpő-edények* felállítását követeli, a fülke padlóját és falait csak *lineoleum* borithatja (eszünkbe jutnak a díszes magyar kocsik bolyhos szőnyegei!), mosható *gummiszövet* legyen a kocsi ülése, függönye, gondoskodni kell a kocsiosztályok helyes *ventilatiojáról* stb. (Ha e részben a tanulmányozás alatt levő *Kugler*-féle magyar ventilatio-rendszer a vasutaknál beválnék, nem kis előny és tisztesség volna reánk nézve egyszersmind.) *Plechl*, Torontálmegye főorvosa, a *tuberculosis prophylaxisát administrativ szempontból* tárgyalta. A betegség-esetek obligatorius bejelentését kivánja, kötelező húsvizsgálatot a mészárszékekben, a gümős vágómarha húsának kizárását az elárúsításból még akkor is, ha azért a kereskedőt az állam kárpótolni lenne kénytelen. A köpet ártalmatlanná tételére a rézgálicz 5%-os oldatát javasolja. *Plechl* kollega fejtegetéseit franczian nyelven lenyomatta s szétosztotta a congressus tagjainak.

D'Arrigo és *Stampacchia* a *Koch-bacillus festési módjairól* értekeztek a szövetekben és a köpetben. Festési eljárásul a némileg módosított *Ziehl-Gabbet*-féle festést találták jónak, fixáló folyadéknak pédig a *pyrogallus-sav* 2%-os alkoholos oldatát vagy a *Hayem*-féle folyadékot hozzák javaslatba; előbbiben 3 napon keresztül, az utóbbiban (lehetőleg thermostatban 37° C.-nál) 24 óráig marad a megfelelő kicsinységre vágott szerv-rész, a melyet további eljárás czéljából rögzíteni akarunk. Vizsgálatai közben *d'Arrigo* beigazolta, hogy a tuberculosus anyaállat placentájában, valamint a foetus szerveiben is kimutatható adott esetben a Koch-bacillus. A hereditárius tuberculosis tehát szerinte a legtöbbször *placentaris infectio* útján fejlődik. *De Lamoise* és *Girard* a tuberculosis-bacillus kimutatásának egy *új módját* ismertették a *köpetben* és a gümős *genyedtségben*. A köpetet tízszer annyi *Javelle*-féle vízbe (kalium-hypochlorit és chlorkaliumtartalmú folyadék) teszszük s időről időre felrázzuk benne. Ekkor chlor fejlődik, mely 15—30 percz alatt feloldja a nyákot és genyedtséget. Marad egy zavaros folyadék, mely az alakos elemek hátralevő részét suspendálva tartalmazza. Ezt 24 órára csúcsos pohárba teszszük s a felső megtisztuló folyadékrétegeket dekantálva, a 2—3 cm³-nyi chloros üledéket soda-oldattal közömbösítjük, sterilizált vízzel felhigítjuk s most centrifugalás útján újból összegyüjtve az alakelemeit, ezen második „üledéket" úgy kezeljük tovább, mint rendesen festés czéljából a köpetet az *Ehrlich* vagy *Ziehl*-féle eljárással kezelni szoktuk.

Ausset (Lille) nagy jelentőségűnek tartja a tuberculosis prophylaxisában a rekruták *hygienés iskolázását*, ekként a hadsereg a nép *egészségtani nevelésére* lehetne jótékony hatással s elősegíthetné azt a tanító, felvilágosító működést, a mit a ligák a polgári társadalomban végeznek. *Spatuzzi*, Nápoly legfelsőbb egészségügyi tisztviselője, a *tuberculosis szerepét* ismerteti a congressus székhelyén. Elmondja, hogy a régi orvosok úgy tartották, hogy a holttestek egy hatodánál tuberculosis okozta a halált. 1873 óta Nápoly pontos halálozási statistikával bír s ezóta a gümőkór viselkedése is megvilágítható a nagy emporiumban. A lefolyt 26 év alatt tuberculosisban elhalt Nápoly területén 41,833 ember, a többi infectiosus betegségekben (cholera, kiütéses hagymáz, hastyphus, himlő, diphtheria, kanyaró és skarlatina) együttvéve is csak 29,723. Újabban a helyzet a tuberculosis szempontjából is folyton javul, hygiénés intézkedések történtek, *Ravaschieri* herczegnő bőkezűségéből nemsokára *sanatoriumot* állítanak a város tüdőbetegei részére, egy új szabályrendelet meg fogja tiltani a kecskék, tehenek házról házra hajtását a városban, egészségi tekintetben felügyelet alatt álló tejgazdaságokat fognak létrehozni s új, hygienés elvek szerint épülő gyár-városrészt terveznek, hogy az iparos lakosság kiszabadulhasson egészségtelen, szennyes otthonából.

(Folytatjuk.)

Közkórházi Orvostársulat.

(X. bemutató szakülés 1900. május hó 16-dikán).

Elnök: **Mutschenbacher Béla**; jegyző: **Terray Pál**.

Appendicitis esete.

Prochnov József dr.: W. S. 24 éves kárpítos, ki 1899. deczember 14-dikén vétetett fel a szent Margit-kórházba Irsai tanár osztályára, felvétele előtt 4 nappal betegedett meg. Lázas, hasfájdalmai vannak, étvágytalan. Állítólag 3 év előtt először, egy év előtt másodszor volt hasonló baja.

Vizsgálatnál a gyomortáj érzékeny, az ileo-coecalis táj kitöltöttebb, ugyanitt élénk a fájdalom és sima felületű resistentia tapintható. Utolsó széke 2 nap előtt volt. Hő 38·6°.

A diagnosis ezek alapján appendicitisre tétetett s a kórelőzményi adatok alapján feltehető volt, hogy betegnek ez a harmadik appendicitis rohama.

Egyelőre belsőleg opiumot kap és jégzacskót az ileo-coecalis tájra.

Következő napokon beteg közérzete kissé javul, beöntésre székürülése van, a hő leszáll 37·4°-ra.

Deczember 19-dikén újabb hőemelkedés 38·5° s innentől reggeli alábbhagyással esténként emelkedettebb a hő 39·2°-ig. A mellett a beteg teljesen étvágytalan és fogy.

A már kilátásba helyezett és ajánlott operatioba végre beleegyezik és azt deczember 24-dikén hajtották végre *Illyés* egyetemi tanársegéd, *Ardó* alorvos és *Kazay* segédorvos segédkezése mellett.

Meg kell jegyezni, hogy az eleinte körülirtan kitapintható resistentia később elmosódottabb alakot öltött, igaz ugyan, hogy a jól tapintást nagy mértékben akadályozta azon körülmény, hogy az előtte elhúzódó hasfali izomzat erősen összehúzódott s nyomásra nem engedett.

A tünetekből következtethették, hogy az appendix lobosodásával, eltokolt s minden valószinűség szerint genyes gyülemmel, tehát tályoggal van dolguk, de ennek terjedelméről csak operationál győződhettek meg.

A mint ugyanis a hasfalat rétegesen átmetszve, a fascia transversához jutottak, azt vájt sondára akarták felvenni, az alányomásnál vájulatán egyszerre geny jelent meg. Erre természetesen a tályog mellső falát felhasitották, mire sok bűzös bélsárszagú genyes folyadék ürült ki. Jó nagy ökölnyi tályogűr volt látható, melynek falait szennyes sárgászöldes, helyenkint czafatos lepedék, álhártya borította, hátsó részében pedig az ugyanilyen lepedékes vakbél feküdt. Mull compressekkel való kiitatás, törlés után meggyőződtek arról, hogy a tályogűr bár befelé a belek közé s kifelé a csipőtányér felé öblösödött, a hasüregtől teljesen el volt zárva.

Az appendixet kellett volna most megkeresni s eltávolitani. A vakbél, illetőleg vastagbél elég jól kidudorodott s jól volt megkülönböztethető, de a féregnyúlvány abban az egyneműen szennyes sárgászöldes lepedékű tályogfalban nem volt látható; tapintással a vakbél alsó felületéből lefelé húzódó s a féregnyúlványnak körülbelül megfelelő köteget lehetett kitapintani s ezt próbálták izolálni, de mindjárt az első kisérletnél mállékonyságánál fogva szétszakadt s a vakbéllel összefüggő kis hengerrészletet, melynek azonban a vakbéllel közlekedő lumene nem volt, miről sondozással győződtek meg, nagyobb biztonságért selyemmel bekötötték. A további kereséstől azután lemondtak, főleg azért, mert nem tartották opportunusnak, hogy abban a mállékony, szakadékony szövetben esetleg rést készitsenek s a hasüreget esetleg kitegyék infectionak.

Igy tehát megelégedve a tályog megnyitásával, ezt kitisztása után jodoformgazezel kitöltötték és a sebet bekötötték.

Az operativ beavatkozást, a mint várható volt, jobb állapot követte. A beteg láztalan lett, étvágya is visszatért s közérzete jó lett.

A második kötésváltoztatásnál, deczember 30-dikán, a már élénk piros sarjadzást mutató üreg fenekén kis hosszúkás bélsárkövet találtak. A gyógyulás ezután zavartalanul haladt, bár a nagy üreg kitöltődése, a hegedés hosszabb időt vett igénybe. Beteg 1900. február 28-dikán gyógyultan távozott a kórházból.

A bélsárkő eltávolódása kétségtelenné tette, hogy a féregnyúlvány üszkös lett s átfúródott. Az operatio alkalmával még benfeküdt a kő az üszkös féregnyúlványban, de azt nem tapinthatták, valamint az átfúródást sem láthatták.

Nem lehetetlen, hogy a lekötött rész az appendixhez tartozott, a vakbéllel közlekedő lumene azonban elzáródott spontán; a környi rész ellenben, mint elhalt s álhártyákkal borított részlet később lökődött el a seb váladékával s így lett szabaddá a bélsárkő.

De lehetséges és talán valószinübb, hogy a féregnyúlvány megmaradt; az átfúródás helye, melyet az operatio alkalmával nem találtak s melyen át később a bélsárkő eltávolódott, ismét bezáródott.

Sipoly sem az operationál, sem a további lefolyásban nem volt jelen, nem mutatkozott.

Az előbbi felvétel esetén teljes gyógyulásról szólhatni, utóbbi felvételnél csak az appendicitis gyógyulásáról, mert a megmaradt appendix újabb rohamoknak válhatik okává.

Ez készteti épen a sebészt arra, hogy hasonló esetekben minden áron keresse meg s távolitsa el az appendixet. Ezen esetben azonban úgy tartották, hogy kár lett volna a különben várható kedvező lefolyást esetlegesen koczkáztatni; kedvezőbb körülmények között minden esetre kedvezőbb kilátással lehet a feladatot megoldani.

Erythema exsudativum multiforme Hebra.

Róna Sámuel dr.: A 65 éves beteg f. hó 8-dikán küldetett be osztályára malleus gyanuja miatt. A beteg előadja, hogy folyó hó 6-dikán a hideg kirázta és 7-dikén reggel szemhéjai megdagadtak és bal kezén vörös foltok léptek fel. Diaetahibát nem követett el, gyógyszert nem vett soha, azelőtt hasonló baja nem volt.

Mérsékelten alkoholista. 8-dikán a következő állapot volt jelen: Az erőteljes egyén mérsékelten lázas (38·3° C.). Mindkét háti felületén az alkarok feszítő oldalán symmetriell elrendezett diffus oedemával körülvett, a bőr niveauja fölé emelkedő élénk vörös, a centrumban livid, koronányi és nagyobb, részben összefolyó kerek papulák és tuberculumok, melyek viszketnek és nyomásra érzékenyek. Körömnagyságú hasonló kiütés a kéztő tenyéri felületén, kisebbek a legtöbb újj háti felületén. Húszfillérnyi beszűrődések a szemhéjakon, melyek a környi oedema folytán óriásilag megduzzadtak, zártak. A csukott szemhéjrésből kevés genyes váladék szivárog ki. A szemhéj és bulbaris kötőhártya duzzadt, különösen baloldalt van erős beszűrődés a bulbaris kötőhártyán. Mindkét halántékon koronányi beszűrődések, hasonlók a fülön és a fülek előtti tájon. Mindez az arcznak erysipelatosus küllemet ad.

Hatalmas kerek beszűrődések láthatók különösen a nyakon körösköril és a tarkón, a hajzatos fejbőrön, az állon, hasonló laesiok a jobb öregujjon, a bal lábháton, hasonlók, de szabálytalan alakúak és élénk vörösek mindkét alszár külöldalán, mindkét térd felett. Étvágytalanság, székrekedés, mérsékelt emphysema, diffus bronchitis. Nagy gyengeség. Azóta folyton újabb-újabb eruptio gyér számban a tenyereken és az ujjak tenyéri felületén, továbbá a régiek részben összefolytak, úgy hogy a 3—4-dik napon pl. a kézhát diffuse lobos volt. E mellett állandó hőemelkedések (este mérsékelt lázak). Laryngitis fellépése és a bronchitises tünetek fokozódása.

A mi a diagnosist illeti, pontos körültekintés mellett a malleust azonnal ki lehetett zárni. A tavaszszal minden kimutatható ok nélkül, hirtelen egy napról a másikra való megbetegedésből, az oedema által nem környezett bőrlaesioknak tisztán papulás és tuberculumos szerkezetéből, az egyes laesioknak szabályos kerek vagy kerekded voltából és órák alatt annuláris alakokká fejlődéséből és a mi a fő, a laesioknak főleg a kezek háti felületére, arczra, nyakra symmetrice elhelyezéséből, az általános tünetekből lehetetlen volt más kórismét felállitani, mint az exsudativ erythemák csoportjából klinikai jellegei és ismeretlen oktana által kiemelkedő Hebra-féle typust.

A lefolyás a kórismét teljesen beigazolta.

A mi kiemelendő ezen esetben, az

1. a súlyosabb általános tünetek;
2. az elemi laesioknak ab origine óriás volta;
3. a kezeknek és szemhéjaknak nagyfokú oedemája;
4. a gégének valószinűséggel részvétele.

A mi az aetiologiát illeti, az az általános vélemény, hogy a baj infection alapszik, azonban a kézen levő laesiok savója sem górcsövileg, sem tenyészetileg nem mutatott mikroorganismust. A vérből oltás eredménye csak holnap dől el.

Higanybedörzsölések által előidézett dermatitis exfoliativa universalis esete psoriasis vulgarisban szenvedő egyénen.

Csillag Jakab: Nehány hó előtt egy fiatal psoriatikus nőt mutatott be hasonló bőrelváltozással. Jelen esetben, mely H. J. 38 éves nős földmívesre vonatkozik, a complicativ dermatitist higanyinunctiok okozták. Beteg ugyanis egy 3 év óta köztakarójának különböző helyein fennálló bőrbántalma ellen, mely psoriasis vulgarisnak bizonyult, orvosi rendelésre ez év február hó 16-dikán unguentum hydrargyri inunctiokat kezdett. 18 inunctio után egyszerre egész köztakarója viszketni, égni kezdett, megvörösödött, majd egy ideig tartó nedvezés után, mely az arczban és hajlatokban még ma is fennáll, nagy lemezekben hámlani kezdett s miután állapota nem javult, ez év április 3-dikán Róna tanár osztályát kereste fel, részben exfoliativ, részben ekzematizált universalis dermatitissel és barnás, élesen határolt, erősebben infiltrált és így jobban kiemelkedő plaqueokkal a felső végtagok feszitő felületein, a farpofákon és a czombok mellső és oldalsó felületein, melyek a psoriasis vulgaris plaquejainak felelnek meg.

A kórkép maga nem mindennapi, inunctios kúra után szintén nagyon ritkán van alkalom ily fokú dermatitis fellépését észlelni, azonkivül a debilitas nagy mérve, a bőrnek olyan fonyadt, energia nélküli volta szintén szokatlan a beteg korában. Főleg ez utóbbiak okozzák, hogy a kiütés makacsul ellenáll a külső therapiának ($1^1/_2$ havi kórházi tartózkodása alatt csak keveset javult), úgy hogy indokoltnak tartotta ez esetben is a kakodylsavas natrium subcután injectiok alakjában való hatását kipróbálni, melyet beteg azonban csak nehány nap óta kap.

Weisz Ferencz: Két évvel ezelőtt észlelt egy esetet. A harminczéves asszonynál psoriasis és syphilis volt jelen. A beteg egyetlenegy bekenést kapott, mely után irtózatos dermatitis arteficialis universalis és stomatitis, gingivitis lépett fel és annyira rosszabbodott az állapota, hogy meghalt; a bonczolás enteritist derített ki. Csak azért hozta fel ezen esetet, hogy az ilyen debilitások néha igen nagyfokúak.

Nagy gumma a lépben. Öröklött gummás visceralis syphilis a gyomorban, bélben, pankreasban, vesében, májban, tüdőben, szívben, thymusban; osteochondritis; pemphygus.

Genersich Antal: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

(XI. bemutató szakülés 1900. május 23.)

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

„A vörhenyes vesegyuladás therapiája".

Szontagh Felix dr. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Gerlóczy Zsigmond: Fővárosunkban mintegy 3 esztendő óta oly nagy számban fordulnak elő scarlat-megbetegedések, hogy majdnem járványos jellegűnek lehet a scarlatot tekinteni, s ezért némileg időszerűnek is mondható a ma napirenden levő théma.

Hogy scarlatinás megbetegedés esetében nemcsak az orvosnak, de még a laikus szülőnek is legnagyobb aggodalmát a bekövetkezhető nephritis képezi, az eléggé igazolt a vörhenyjárványok statistikájának adatai alapján, a nephritis képezvén egyik leggyakoribb complicatioját a scarlatinának.

Azon gondolatban, hogy az előadó úr saját észleléseit, mint a csak nemrégen megnyitott új szt. János-kórház gyermekbeteg osztályának

főorvosa, az elmult 1899-dik év scarlatos anyagán tette, osztályomnak egy évtized alatt összegyült óriási scarlat-beteganyagából csupán az elmult 1899-dik év vörhenyes betegeire vonatkozólag vizsgáltam át följegyzéseimet a scarlatinás nephritisre vonatkozólag.

1899-ben a szt. János-kórházban 832 scarlátos beteget ápoltunk. Ezek közül meghalt 161 (19·3%), nephritisben szenvedett 129 (15·6%); a 129 nephritises beteg közül nephritis következtében meghalt 15 (11·6%). Az összes 832 scarlatos betegre kiszámítva, a 15 nephritishalálok az esetek 1·8%-ának felel meg, a 161 elhaltra kiszámítva pedig 9·3%-nak. A nephritises elhaltak közül 8 uraemia következtében halt meg. Az elhalt 161 esetre tehát 4·9% uraemia folytán beállott haláleset jut, míg az összes 832 scarlatos betegre uraemia okozta halál 0·96%-ban jut.

A nephritis jelentkezését illetőleg a következő feljegyzéseket tettük:

Első héten belül jelentkezett	8	esetben	(6·2%).
Első és második hét között	21	„	(16·3%).
2-dik és 3-dik hét között	47	„	(36·4%).
3-dik és 4-dik hét között	44	„	(34·7%).
4 hétnél későbben jelentkezett	5	„	(3·8%).
Ismeretlen napon jelentkezett	4	„	(3·2%).
	129		100·0%.

A gyógyult nephritises betegeknél az albuminuria

egy hétnél rövidebb ideig tartott	20	esetben,
1—2 hétig tartott	37	„
2—3 „ „	21	„
3—4 „ „	19	„
4 hétnél hosszabb ideig tartott ...	8	„
ismeretlen ideig tartott	5	„

Gyógyult scarlatos betegeink ápolási napjainak átlagos száma az 1899-dik évben 33 napot tett ki.

Az 1899-diki év scarlatos betegeinek halálozási arányszáma (19·3%) nem mondható túlságos magasnak, de nem is mondható valami nagyon kedvezőnek. Ellenben a nephritises betegek halálozási arányszáma (11·6%) meglehetősen kicsiny. Sajnálom, hogy az előző évekre vonatkozólag ezidőszerint nem rendelkezem pontos számadatokkal, de ezek nélkül is mondhatom, hogy voltak esztendők, a mikor tetemesen több volt a nephritises betegünk, s tetemesen nagyobb volt azok halálozási arányszáma. A scarlatinás vesebajoknak bárminő elfogadott elvek szerint való gyógykezelése más és más gyógyulási eredményekkel jár az egyes járványok jellege szerint.

A mi a scarlatos nephritis ellen való prophylaxist illeti, az jó részben csak hygienikus: betegeinket óvjuk a meghülés veszedelmétől, ez okból nem engedjük őket felkelni ágyukból mindaddig, míg a desquammatio be nem fejeződött. Osztályomon csak akkor kelhetnek fel ágyukból a scarlatinások, ha egyébként minden complicatiotól mentesen már csakis tenyerükön és talpukon hámlanak. Ez a stadium pedig 3 hét eltelte előtt alig következik be. A lázas időszakban, de sőt a lázatlan állapot első napjaiban is táplálékuk kizárólagosan tejből, húslevesből, tojásból és tejes ételekből áll, mindazonáltal két hét elteltével, ha máskülönben jól érzik magukat, becsinált húsféléket is kapnak. A langyos fürösztéseket korán szeretem alkalmazni; rendszerint megkezdetem a fürösztést, mihelyt a beteg 2—3 nap óta láztalan, s complicatiok nem teszik azt ellenjavalttá. Minden második napon 28—29 R° hőmérsékű vízben fürösztjük betegeinket, s makacsabb hámlásnál zsíros bekenéseket is alkalmaztatok. Nem osztom azok nézetét, a kik a zsíros bekenéseket károsaknak tartják, sőt legtöbb esetben tetemesen gyorsítják azok a hámlás befejeződését. Nephritis alkalmával természetesen kizárólagos tejdiaetát rendelek s bőségesen itatok Salvator-forrásvizet, melynek állandó használata mellett sok esetben gyorsan megindul a diuresis. Izzasztó fürdőktől nem idegenkedem, azokat azonban a legnagyobb óvatossággal alkalmaztatom. Rendszerint csak akkor rendelek izzasztó fürösztést, ha az oliguria már 3 nap óta megvan, s ha a tejdiaeta és Salvator-víz ivása mellett sem akar megindulni a diuresis. Ilyen esetekben 29—30 R° vízben fürösztjük a beteget, s a fürdőből kiemelve nyakig betakarjuk, s e mellett bőségesen itatjuk tejjel és Salvator-vízzel. Gyógyszeres beavatkozásképen rendelni szoktam liquor ferr. sesquichl.-t. (2,0 : 150,0, 2 óránk. 1 kávés-, gyermek- vagy evőkanállal), különösen ha haematuria van jelen. Bókay tanár is úgy tudom szívesen adagoltatja a ferr. sesquichlor.-ot. Kiválóan fontos azonban a scarlatos nephritisnél a szív működésének jó karban tartása, s itt legjobb szolgálatot tesz a digitalis, coffein, strophantus és camphor.

Szegedi orvosegyesület.

(XIII. szakülés 1900. márczius 21-dikén.)

Elnök: **Faragó Ödön**; jegyző: **Falta Marczel.**

Korda Jenő: A szegedi nőgyógyászati kórodán észleltetett a következő eset: S. Anna, 16 éves, r. k. hajadon, cseléd 1898. okt. havában, mint előadja, fadarabot dugott vaginájába, nemi ingerületének kielégítése végett és azt onnan eltávolítani nem tudta. Csakhamar bő folyás jelentkezett, mely később bűzös lett, majd fájdalmas duzzadás a genitaliákban és lázak léptek fel, 1899 jan. óta pedig vizeletcsurgás.

Különféle gyógykezelések után 1899. jul. 14-dikén vétetett föl. Vaginalis vizsgálatnál a hüvelybemenet felett közvetlen érdes felületű idegen test érezhető, melynek csúcsos vége lefelé néz, előre néző felületén ujjhegyni, kerek, éles szélű nyilás tapintható. A hüvelyből vizelet csurog.

Az idegen test chloroformnarcosisban részint éles kifejtéssel eltávolíttatik, a midőn is az egy, húgysavas sókkal teljesen incrustált czérnaorsónak bizonyul. A műtét után a hólyagfenéknek megfelelőleg duzzadt szélű, a hüvelyfal egész szélességére kiterjedő, a hólyagba vezető nyilás marad vissza; a hólyagban és hüvelyboltozatban babnyi-mogyorónyi húgysavas concrementumok tapinthatók.

A beteg ez alkalommal megoperálható nem lévén, elbocsáttatik és 1899. okt. 13-án vétetik föl újból.

A beteg rendkivüli érzékenysége és nyugtalansága a fistula műtétnél chloroformnarcosist tett szükségessé. A heges szélek felfrissítését és sodronyvarratokkal való egyesítését öt izben kellett ismételni, míg maradandó lett az eredmény és a hólyag-hüvelysipoly 1900. jan. 16-dikán elzáródott.

Kőhegyi Lajos: Vizeletcsurgásnál mindig fontosnak tartja a vagina vizsgálatát.

Schreiber Fülöp: Egy esetről tesz említést, melyben 30 esztendeig volt pessarium a hüvelyben.

Kovács József: Bemutat egy 2 éves gyermeket, ki 1/2 év előtt egy magas földszintes ablakból kiesett. A fej baloldalán, a parieto-occipitalis részen egy fluctuáló terimenagyobbodás és a jobb felső és alsó végtagok hűdése volt jelen. A terimenagyobbodás bemetszése után véres savó és agyrészek jöttek elő, mely utóbbiakat lemetszették. E művelet után a hüdések megszüntek s most lúdtojásnyi agysérve van a betegnek.

Berger Mór: Műtétet ajánl, mivel folyton insultusoknak van kitéve a sérv.

Faragó Ödön: Védőkészüléket alkalmazna, pl. fejsipkát.

PÁLYÁZATOK.

350/1900. főisp. sz.

A kormányzatomra bízott Alsó-Fehér vármegye kisenyedi járásában a **járási orvosi állás** elhalálozás folytán üresedésbe jövén, ezen **Koneza** községszékhelyhez kötött 1200 korona évi fizetés és 300 korona évi úti átalánynyal díjazott járási orvosi állásra ezennel pályázatot nyitok és felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy családi állapotukat, eddigi alkalmaztatásukat, minősítésüket és a tisztiorvosi vizsga sikeres letételét igazoló okmányaikkal felszerelt folyamodványaikat hozzám **augusztus hó 1-éig** annál is inkább terjeszszék be, mert a később beérkezendő kérvényeket figyelembe nem veendem.

Nagy-Enyed, 1900. junius hó 17-dikén.

3—3 *Zeyk Dániel*, főispán.

34/1900. sz.

Az abrudbánya-verespataki **Nehezék-Pénzalap Választmánya** lemondás következtében megüresedett **verespataki alorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Ezen alorvosi állással 1100 kor. fizetés, 240 kor. lótartás, 120 kor. szállápénz és 400 kor. drágasági pótlék van összekötve és nyugdíjhoz van kötve.

A pályázati határidő: **f. évi julius 7-dike.**

A pályázni kivánók felhivatnak a határidőig pályázati kérésöket, orvostudori, szolgálati és erkölcsi bizonyitványokkal felszerelve a választmány elnökségének annál is inkább beadni, mivel az elkésetten beérkezettek tekintetbe nem vétetnek.

Ezen állást elnyerőnek kilátása van a verespataki községi orvosi állást is elnyerni, mely állás 800 korona fizetéssel van összekötve.

Abrudbánya, 1900. junius 12-dikén.

Jánky Kálmán, v. jegyző. 3—3 *Képes Ferencz*, v. elnök.

26,751/1900. alisp. sz.

Dr. Hável Józsefnek zombori járásorvossá történt kineveztetése következtében megürült 1200 korona évi fizetéssel, 300 korona lakpénzzel és 300 korona úti átalánynyal javadalmazott **zentai járásorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok és felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1883. évi I. t.-cz. 1. és 9. §§., úgy a 9. §. végpontjában említett tisztiorvosi vizsga letétele tárgyában 80,099/93. szám alatt kiadott belügyministeri rendelet 22. §-a alapján, valamint az eddigi működésükről szóló, úgy feddhetlen erkölcsi viseletüket tanusító bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket **f. évi augusztus hó 15-dikéig** méltóságos báró dr. bajsai Vojnits István főispán úrhoz nyújtsák be annál is inkább, mert a később beérkezettek figyelembe vétetni nem fognak.

Zombor, 1900. évi julius hó 1-jén.

2—1 *Karácson Gyula* s. k, alispán.

5190/1900. sz.

Alcsernátoni körorvosi csoportban **Al-Csernáton**, Fel-Csernáton, Maksa, Dálnok, Albis, Mártonfalva, Márkosfalva, Futásfalva és Ikafalva községekkel elhalálozás folytán megüresedett körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvosi állás javadalmazása: 1632 korona fizetés és a községekkel kiegyezés folytán meghatározott fuvardíjilletmény élvezete s ezenkivül 1 korona nappali, 2 korona éjjeli látogatási díj élvezete jár.

A körorvos köteles községeit szabályrendelet értelmében két hetenkint egyszer beutazni s ott meghatározott időben tartózkodni s a közegészségügyi teendőket végezni, a szegénybetegeket ingyenesen gyógykezelni, s a hivatással járó törvény- és szabályrendelet vagy felsőbb hatósági megbizás folytán reáruházott teendőket végezni.

Pályázni kivánnók az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. alapján szabályosan felszerelt pályázati kérvényüket az eddigi gyakorlati alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelve **julius 24-dikéig** annál is inkább adják be, mert a később beérkezett folyamodások tekintetbe vétetni nem fognak.

Kézdivásárhely, 1900. évi julius hó 3-dikán.

2—1 *Cseh Gyula*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

DR. FELEG-VÉDHIMLŐOLTÓANYAG TERMELŐ INTÉZETE ZOMBORBAN

BÁRTFA-gyógyfürdő. Hivatalos fürdőorvos: **Dr. HINTZ HENRIK** az ország, közegészségi tanács tagja, vármegyei tb. főorvos, fővárosi nő- és gyermekgyógyász.

Negyvennegyedik évfolyam. 28. szám. *Budapest, 1900. julius 15.*

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 Arpád, 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.

Tuszkai Ödön: A méh- és gyomorbántalmak közti összefüggés. 426. l.
Kétly László: Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.) Két újabb gyógyszerrel tett klinikai tapasztalatok. 428. l.
Falta Marczel: Az átmeneti redő kimetszése trachománál. 429. l.
Unterberg Jenő: A tremor congenitus neurastheniás alapon álló egy esetéről. 431. l.
Tárcza. *Tihanyi Mór:* A vérkeringés felfedezésének története. 423. l.
Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Alapy Henrik*: Kis gyermekek sérveinek radikalis műtéte. 434. l. — *Könyvismertetés. Hugo F. Goldmann*: Die Ankylostomiasis. Eine Berufskrankheit des Berg-, Ziegel- und Tunnelarbeiters. 435. l. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Bitter*: A Haffkin-féle pestis-ellenes oltás értéke. (Filep.) — *Közegészségtan. Landmann*: A tuberculol, új tuberculosis toxin. (Filep.) — *Calmette*: Nagy mennyiségű víz sterilizálása ozon segítségével. (Filep.) — *Mattei:* A czitrom leve mint malaria ellenes óvószer. (Filep.) — Daarjeling város vízszűrő telepe. (Filep.) — *Belgyógyászat. A. Meyer*: Méhrák egy esetében a klinikai képben merevgörcsös gerinczvelőbénulás. (—ts.) — *P: Marie*: „Taille de guêpe." (—ts.) — *Philippe* és *Hudovernig*: Sclérose tubéreuse hypertrophique. (—ts.) — *Pesker*: Világrahozott merevgörcsös családi betegség. (—ts.) — *Fonque*: A családi elmebajosok. (—ts.) — *A. Guttmann*: A compensatorikus gyakorló gyógyeljárás kivitele tabes dorsalisnál. (Kövesi.) — *W. Zinn*: A próbaszúrcsapolás gyógytani jelentősége a savós mellhártya izzadmányoknál. (Kövesi.) — *Szülészet és nőgyógyászat. Michaelis*: Az uterus gümőkórja. (Bäcker.) — *Bőr- és bujakórtan. Granl*: Antipyrin-mérgezés. (Poór F.) — *Seymour*: Az urticaria factitiaról. (Poór F.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* Hemicrania gyógyítása. — *Buchanan*: Dysenteria gyógyítása. — *Peters*: Neuralgia supraorbitalis gyógyítása. — *Kime*: Galandféreg elhajtása. 435—437. l.
Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — XIII. nemzetközi orvosi congressus Párisban. — Újabb törvényszéki orvosi képesítések. — Nyugalomba helyezés. — Hőgyes tanár Pasteur-intézete. — A Kézmárszky-féle szülészeti poliklinika. — A budapesti általános poliklinika. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — Fürdőink személyforgalma. — Felhivás. — Elhunyt. — Megjelent. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. 437. l. — Pályázatok. Hirdetések.
Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A méh- és gyomorbántalmak közti összefüggés.

Irta: *Tuszkai Ödön* dr. nőorvos.

Hosszabb időn át tartó vizsgálódásaim közepette — melyek czélja volt a női genitaliák idegkomplexusainak reflex-útjait és reflex centrumait megtalálni — feltünt azon szoros anatomiai összefüggés, melyet az uterus és gyomor idegpályái mutatnak.

A gyakorlati élet pedig szinte naponként hozott olyan esetet elém, melyben a beteg nagyon hosszú ideig a chronikus gastritis vagy gyomorneurosis diagnosisa mellett, az idevágó rationalis kezelés daczára változatlanul rosszul volt, sőt sok esetben a rosszul tápláltság minden tünete és ezzel a psychikai egyensúly megzavarása mutatkozott a beteg nőnél és a — valamely sexualis tünet kapcsán — megejtett genitalis vizsgálat az uterusnak a sagittalis vagy a horizontalis síkban való deviatioját, chronikus lobjait mutatta, mely bántalomnak gyógyulása vagy javulása, a deviatio teljes vagy részleges corrigálására azután feltünő gyors javulást, vagy teljes gyógyulást idézett elő a gyomorbántalom részéről is.

Hildebrandt[1] azon intelmét tehát, hogy minden gyomorpanaszos nőnél ejtsük meg a genitaliák vizsgálatát, mert a két bántalom között az összefüggés rendkivül gyakori, szívesen acceptáltam, különösen azért, mert a hozzám érkező ilyen betegeket már hosszabb időn át rendszeresen és rationalisan, de eredmény nélkül kezelték gyomorbántalmuk ellen.

Mióta *Peter Müller* nagy és érdekes művét[2] — a női test betegségeinek összefüggéseiről a genitalis functiokkal — megirta, és ennek alig mult 12 éve, mindegyre jelesebb kutatók[3] foglalkoztak az idevágó kérdésekkel és értelmezték a beteg asszonyt azon egyetlen helyes szempontból, melyből már *Göthe*[4] megitélte a nőket, t. i. a sexualis élet egyensúlyának szempontjából.

A nagyobb és itt vonal alatt idézett műveken kivül a jelen kérdéssel foglalkozó munkákat „Irodalom" czímen állítottam össze, melyek közül *24*-et eredetiben ismerek, a többit csupán idézetben ismerem a *Frommel*-féle évkönyvekből[5] és a *Virchow-Hirsch*-féle Jahresberichtek régibb számaiból.[6]

A mennyire az egész kérdés irodalmát áttekinteni tudtam, úgylátom, hogy *Peter Müller* említett munkája előtt alig foglalkoztak komolyabban e thémával, és csak néhány eset közlésében találjuk meg annak nyomát, hogy az uterus és gyomor bajai között már régebben is találtak összefüggést. *Peter Müller* óta a szakértekezések száma csakugyan óriási, mégis feltünöen kevés azon adatok száma, melyek az összefüggést *anatomiai és élettani alapon* keresik, illetőleg azon utakat és módokat fürkészik, melyek az összefüggést közvetítik. Ily értelemben nyilatkozik *H. W. Freund*[3] (o. c. 177 p.) is.

Érdekes *gyakorlati* közleményeket találunk idevonatkozólag *Eisenhart*-nál (o. c. 122.), ki egy 42 éves nőnél a méh mobilis retroflexioját megigazitotta, mire csakhamar elmultak a hónapok óta fennálló vehemens gastrikus tünetek, a nagy gyomorfájdalom megszünt, a hányások nem ismétlődtek, az étvágy teljesen normálissá lett. Öt hét után a beteg újra felkereste orvosát az előbbi

[1] *Volkmann*: Vorträge Nr. 5.

[2] Die Krankheiten des weiblichen Körpers in ihren Wechselbeziehungen zu den Geschlechtsfunctionen. Stuttgart, 1888.

[3] H. *W. Freund* (Strassburg): Die Beziehungen der weibl. Geschlechtsorgane in ihren physiologischen und pathologischen Veränderungen zu anderen Organen. Wiesbaden. Bergmann. 1898. *Lubarsch* und *Ostertag*. Ergebnisse etc. *Eisenhart*: Die Wechselbeziehungen zwischen intern. u. gynaek. Erkr. Stuttgart. Enke, 1895. *Fr. Windscheidt*: Neuropathologie u. Gynaek. Berlin. Karger, 1897.

[4] „Und der Weiber vieles Weh und Ach so tausendfach, ist aus einem Punkte zu kuriren". (Faust I.)

[5] Prof. *R. Frommel*: Jahresbericht über d. Fortschr. auf d. Gebiete d. Geburtsh. u. Gynaek. Jahrg. VIII—XII.

[6] *Virchow-Hirsch*: Jahresberichte 1875 II. 25; 1879 II. 177; 1890 II. 238; 2889 II. 279, 280; 1880 II. 559; 1882 I. 45; 1872 II. 642, 643; 1887 II. 686, 700, 702; 1889 II. 663; 1881 II. 534; 1884 II. 587; 1886 II. 613.

gyomortünetek között. A vizsgálat kiderítette, hogy az uterus ismét hátraesett; a felegyenesítés után a gyomortünetek ismét elmultak és az uterus normalis helyzetének megtartása mellett többé vissza sem tértek.

Graily Hewitt[7] egy 27 éves leánynál 9 év óta fennálló gyomorbajt gyógyított meg a retroflectált uterus felemelésével és általános roboráló kezeléssel; hasonló eredményekről irnak *Kisch*[8] és *Panecky*[9] (o. c. 79. l.) és mások.

Elder[10] és *Heinrik anteflexio-versionál*, G. *Braun*[11] az uterus descensusánál és prolapsusnál irnak le idevonatkozó eseteket.

Az *uterus* lobjai, különösen az endometriumé hasnolókép heves gyomortüneteket idézhetnek elő. Idy *Jaffé*[12] (o. c. 200 l.) egy 23 éves virgonál, ki hosszantartó gyomorbaja s szüntelenül ismétlődő hányásai által szinte a végsőig jutott, teljesen normalis fekvésű uterust, egészséges környezetet talált. Az uterusból bőven kifolyó sűrű genyes váladék endometritisre mutatott. A megejtett curettement és az uterus ürének antiseptikus oldatokkal való kimosása a gyomorbajt szinte *„egy csapásra“* megszüntette. Hasonló eredményekről olvasunk endometr. fungosa-nál, interstitialisnál vagy parenchymatosánál *(C. van Tussenbrock)*,[13] *Mendes de Leon*[13] *Theilhaber*[14] valamint a chorionbolyhok sarcomájánál (*Gottschalk)*[15] uterus atrophia *(G. Braun)* és méhizomdaganat mellett.

Igen érdekesek azon kóresetek, melyeknél méhszájberepedések és ezekkel egyidejüleg fennálló ectropiumok gyógyítása megszüntette a nagyon kinzó és hosszan tartó gyomorbántalmakat is, a nélkül, hogy ez utóbbiakat külön kezelték volna. Igy *Lewy*[16] és *Buttler-Smith*[17] eseteiben az *Emmet* műtét (a méhszáj repedéseinek plastikus operatioja) a gyomorbajt megszüntették.

Az imént idézett gynaekologusokkal egyidejüleg belorvosok is elismerik és többször hangsúlyozzák azon tényt, hogy a genitaliák bántalmai, de különösen az uterus bajok okozói lehetnek gyomorbántalmaknak. Igy *Rosenthal*[18] (o. c. 665. l.) tanítja, hogy genitalis reflexek útján dyspepsiák, kardialgiák és ideges hányások következhetnek, melyek okai a gyomor részéről hyperaciditás vagy sósavelégtelenség. A vizeletben a chloridok kevesbedését, a phosphátok szaporodását észleli, és acetont talál.

Miquel[19] és *Brinton*[20] a kerek gyomorfekély aetiologiájában az *uterus* hypoplasiáját szerepeltetik, mely chlorosishoz járul és amenorrhoeával jár. *Pel*[21] a gyomorbántalmakról írt művében számos elválasztási neurosist (o. c. 545. l.), reflex-cardialgiát (o. c. 560.), nervosus dyspepsiákat és hányásokat (o. c. 564 és 556. l.) uterinalis eredésüeknek mond, *Glenard*[22] a gastroptosist mint morbus sui generist, *Fleiner*[23] a gyomor consecutiv verticalis állását, *Stiller*[24] a *parorexiát*, azaz az étvágy és éhségérzetek qualitativ alteratioját, a graviditással, illetőleg az uterus változásokkal, az előbbi két szerző pedig a genitaliáknak, de különösen az uterusnak betegségével hozzák aetiologikus összefüggésbe.

Az említett eseteket gyakorlati észlelés útján irták le, a nélkül, hogy a szorosabb boncztani, élettani vagy kórtani összefüggést keresték vagy kimutatták volna, tehát joggal kérdezhetjük, hogy nem egyszerű *coincidentia* forgott-e fenn ezeknél, vagy pedig csak olyan causalis nexus, mely nemcsak a gyomorra és uterusra, hanem sok más szervre, talán az egész szervezetre vonatkozik?

A *coëffectust* ugyanis legtöbbször nem lehet kizárnunk már első pillanatra; ha ugyanis úgy gondolkozunk, hogy valamely primaer uterusbántalom általános idegességet okozott előbb, mely később gyomorneurosisban is nyilvánult, akkor már a két szerv bajai között nincs közvetlen causalis nexus — vagy pl. egy általános anaemia mind a két szervnek rossz táplálságát és így együtt való baját — chlorosis az egész edényrendszer hypoplasiájából indulván ki, mind a két szerv hypoplasiáját, a gyomor és uterus abnormis helyzetét, amenorrhoeát és a gyomor ulcusát idézheti elő. Ezek a coëffectusok, melyek a klinikai észlelés szempontjából is szorosabban veendők szemügyre.

Az okozati összefüggés vizsgálatánál felmerül továbbá azon kérdés is, hogy — feltéve a causalitás lehetőségét — a gyomortünetek egyszerű neurosisok-e vagy palpabilis gyomorbántalmak?

A mily nehéz sokszor e két betegséget egymástól megkülönböztetni, oly nehéz a válasz is e kérdésre; de nem vagyunk támpontok nélkül.

A gyomorbaj ugyanis rendszerint az étkezés után fellépő gyomornyomással kezdődik, mely utóbb mint maradó fájdalom, rendesen mint cardialgia jelentkezik. Nemsokára egyre fokozódó anorexia, sokszor tartós deréktáji fájdalom, közömbös vagy savanyú, sokszor faeculens ructusok, nausea, hányinger, sőt gyakran hányás (*Hewitt* szerint az uterus-betegek 11—14%-nál) lép fel, mely úgy frequentiában, mint intensitásban megnövekedve nem ritkán az étkezés puszta kisérleténél is megjön és a beteg gyorsabb lesoványodását, anaemiáját okozza. A rossz táplálság minden további tünetei kifejlődhetnek azután így a végtagok anasarcaja, oedemák a testben (Leyden), tuberculosis (Gr. Hewill), különböző fokú neurastheniás tünetek, asthma nervosum, neuralgiák nagyobb fokú psychikus depressiokkal stb., *Eisenhart* szerint (o. c. 120. l.) súlyos melancholia is. Ilyen esetekben rendesen elválasztási zavarok, hyperaciditas vagy motorikus insufficientia, gastrektasia faeculens ructusokkal és hányással stb. állapíthatók meg, és semmi kétség, hogy itt palpabilis gyomorbántalommal van dolgunk.

Kevésbbé characteristikus esetekben, illetőleg, ha mind e tünetek szervi elváltozásnak meg nem felelnek, és azoknak nagy része *szinte hirtelen* javul vagy elmulik, hogy azután minden különös ok nélkül, esetleg psychikus ingerekre (harag, szomorúság, ijedtség stb.) ismét fellépjen, főleg, ha az egyént már gyomorbaja előtt mint neurastheniásat, hysteriásat ismertünk úgy *gastroneurosist* tételezünk fel.

M. Frank[25] 15 különböző uterusbántalommal biró nőt, kik egyúttal súlyosabb gyomortünetekről panaszkodtak, alaposan megvizsgált, midőn a gyomorbennék reactioját, sósavtartalmát, aciditását, s általában emésztő képességét, motilitását tette szoros vizsgálata tárgyává, és azt találta, hogy 73·3%-nál teljesen normalis gyomorviszonyok állanak fenn. *Panecky* ugyancsak 15 ily esetben 11-nél normalis emésztési viszonyokat talált. *Theilhaber-Crämer* (o. c.) a gyomor elválasztását az esetek túlnyomó számában normalisnak, a hányási központot pedig csak egy esetben találta izgatottnak.

Leube hasonló eredményekre jutott, és azért a genitalis eredetű gyomorbántalmakat csak mint reflexneurosist értelmezi. (Dyspepsia nervosa, atonia ventriculi, gastralgia periodica stb.)

Igy érthetjük tehát azon gyomorbajokat is, melyek a genitaliák gyógyítására *egyszerre* megszüntek, habár teljesen bizonyos volt, hogy nemcsak egyszerű gyomortáji sensatiókkal, hanem valóságos gastroneurosissal volt dolgunk. (Rövid idejü reflexhatások.)

Ellenben *Kretschy*[26] (o. c. p. 527.) gyomorfistulás lányon konstatálta, hogy a menstruatio alatt a gyomorbennék soha neutralis nem volt, a gyomor chemismusa genitalis reflexek hatása alatt tehát változott, *Fleischer*[27] pedig gyomorsondázások alap-

[7] *Gr. Hewitt*: Clinic lections on uterus neuroses. The brit. med. Journal. 1886. Jun. 5. Jul. 24. Aug. 28.

[8] *Kisch*: Dyspepsia uterina. Berl. klin. W. 1883.

[9] *Panetzky*: Therap. Monatshefte 1892.

[10] *Elder*: Schmidts Jahrb. 1881. 1. 48. l.

[11] *Braun*: Ueber d. Zusammenhang von Neurosen d. Magens und Uterusleiden. Wiener med. W. 1886. 41—42. sz.

[12] *Jaffé*: Ueber dyspepsia uterina. Memorabilien 31. Jahrg. 1886.

[13] Arch. für Gynaek. 47. 3.

[14] *Theilhaber*: Beziehungen gastrointest. Affect. zu den Erkr. d. weibl. Sexualorg. Münch. med. W. 1893.

[15] *Gottschalk*: Das Sarcom d. Chorionzotten. Arch. f. Gynaek. 1894. Bd. 46. 1., 4., 1. lap.

[16] *Levy*: Perniciöses Erbrechen mit oder ohne Schwangerschaft. Berlin, 1888.

[17] *Buttler-Smith*: British Medical Journal 1887. 237. l.

[18] *Rosenthal*: Ueber Mageneffect b. weibl. Genitalleiden. Internat. klin. Rundschau 1889.

[19] *Miquel*: Beitr. zur Lehre vom Magengeschwür. Hannov. Zeitschr. f. pract. Heilk. Bd. I. 12. o. 1864.

[20] *Brinton*: Schmidts Jahrb. 109. k. 127. l.

[21] *Pel* (Amsterdam): Die Krankheiten des Magens. (Handb. d. Prakt. Medic. Leube.)

[22] *Glenard*: Applic. d. l. Methode naturelle a l'analyse de la dysp. nerv. et de l'enteroptose. Lyon. med. 1885.

[23] *Fleinér*: Lehrb. der Krank. der Verdauungsorg. 1896.

[24] *Stiller*: Ideges gyomorbetegségek. Belgy. kézikönyve III. köt. és idézve P. K. Pel (O. C.).

[25] *M. Franck*: Zusammenhang zwischen Genitaleffectionen der Frauen und Magenbeschwerden. Arch. f. Gyn. 45. k. 1. f. 1893.

[26] *Kretschy*: D. Arch. f. klin. Med. 18. k. 6. f.

[27] *Fleischer*: Berl. klin. W. 1882. 7. sz.

ján kimutatta, hogy a menstruatio alatt a gyomor emésztő képessége rendkivül alább száll, periodus után pedig ismét rendessé lesz.

Ezek előrebocsátása után tehát azt feltételezhetjük, hogy klinikai szempontból az uterusbajokkal egyidejüleg jelentkező *gyomorbántalmak uterinalis eredésüek lehetnek* — azaz *a genitalis* (eseteinkben uterus) *bántalmakkal causalis nexusban lehetnek.*

Hogy legtöbbször a gyomorbántalom a secundaer, a következményes, az rendesen abból derül ki, hogy a genitalis bántalmat egész biztosan régibb keletünek ismerjük fel, annak daczára, hogy a praevaleáló gyomortünetek miatt a genitalis bajt csak később diagnostizáljuk.

Lehetséges-e fordítva is, azaz hogy a méhbántalom volna secundaer, és általában, hogy melyek azon utak és módok, a melyek e két szerv bajai között a causalitást megmagyarázzák, erre csak az anatomiai és élettani viszonyok szorgosabb kutatása, illetőleg ezek alapján a *gyomor és uterus közös statikai momentumainak* vizsgálása és ezek kölcsönhatásainak közelebbi méltatása adhat választ.

Az idevágó boncztani tanulmányokat még 1884-ben kezdtem, mint boncztani gyakornok *Mihalkovics* tanárnál. A vagus és sympathikus idegrendszer hasi fonalait, valamint a hasüret ellátó cerebrospinalis idegek lefutásait tanulmányoztam, és tőlem telhetőleg egyszerüsítettem e bonyolult idegpályák lefutásának megértését.

A mi közvetlenül a gyomor és méh közötti idegutakat illeti, ezekre vonatkozólag röviden a következőket kell tudnunk.*

Három hatalmas idegcsoport látja el e két szervet, ú. m. a *cerebrospinalis idegek*, a *sympathicus* és a *vagus.*

A cerebrospinalis idegek közvetlen ágakat nem adnak ugyan sem az uterusba sem a gyomorba, de szoros összeköttetésben vannak a *sympathicussal,* miért is genitalis elágazódásuk figyelemmel kisérendő.

Mint tudjuk, a gerinczvelő-idegek mellső mozgató és hátsó érző ágai ez utóbbi mögött a *gerinczdúczban* (Gangl. spinale s. intervertebrale) egyesülnek, mely 4 főágra oszlik, ú. m. 1. a *mellső,* 2. a *hátsó,* 3. *a visceralis s. communicans* és 4. a *visszatérő (R. recurrens)* ágra. Ezek közül minket főleg a Ramus anterior érdekel, mely miután a törzs felső fele számára a *plexus cervico brachialist* megadta, a has és medencze számára a hatalmas *lumbo-sacralis* fonatot képezi. E fonat két kisebb plexusra oszlik ú. m. a mellső *cruralis* és a hátsó *pudendo-caudalisra.* Ezek közül az első ismét két nagyobb idegfonatot szolgáltat, ú. m. a *plex. lumbalist* és a *pl. ischiadicust.* A lumbalis fonat adja azután a canalis inguinalison áthaladó n. *ileo-inguinalist,* mely a bőr felé a nagy ajkak mellső bőridegeit szolgáltatja (*nervi labiales anteriores).*

A lumbalis plexus másik ága a nerv. *genito-cruralis,* mely mellfelé a n. *spermaticus internust,* hátfelé a nerv. *lumbo-inguinalist* adja.

A *plexus pudendo-caudalis,* miután a mellső *plexus pudendalis*-ra és a hátsó *pl. coccigeusra* oszlott, az előbbi két nagyobb idegtörzset adja, ú. m. a *nerv. haemorrhoid. medius* és *inferiort,* valamint a szeméremideget (n. *pudendus*).

Ez utóbbi a *gát* és a *clitoris* számára szolgáltatja a bőridegeket.

Látjuk e rövid recapitulálásból, hogy az *uterus a cerebrospinalis idegekből nem kap közvetlen ágakat.***

Goltz[28] (o. c. 552. l.) azon kisérlete tehát, melyben az első ágyékcsigolya táján átvágta egy nőstény kutyának gerinczvelejét és az állat azért teherbe jött, normalisan szült és szoptatott, teljesen érthető, és a fenti anatomiai tényeket erősíti meg. Ugyanezen kisérleti állat septikus peritonitisben pusztult el és a megejtett bonczolás mutatta, hogy a gerinczvelő átvágott részei nem egyesültek.

A cerebro-spinalis idegek a külső genitáliákat látják el idegekkel és a kis ajkakban, valamint a clitorisban *Webster*[29] vizsgálatai szerint *Pacini-Vater*-féle testecsekben (a corium mélyebb rétegeiben), *Krause*-féle véggömbökben és helyenként *Meissner*-féle tapintó-testecskékben végződnek.

Érthető tehát, hogy *Budge* a gerinczvelő lumbalis tájait villamos árammal izgatván, kutyánál erectiot idézett elő és ennek kapcsán ejaculatio seminist, de azért a gerinczvelő lumbalis részét genito-spinalis központnak nem helyes elnevezni.

Az uterusnak és a genitaliáknak általában a sympathicus idegrendszer *ganglion-solare*-ja, mely a hiatus aorticus alatt fekszik a gerinczoszlopon, a tulajdonképeni idegközpontja. Régibb neve: *Cerebrum abdominale* s. Centrum nervosum Willisii, a regibb anatomusok hasonló felfogása mellett bizonyít.

E hatalmas központ a genitaliák felé és azok számára képezi — közti fonatokat kihagyva — *I. a Plexus hypogastrikus inferiort*; *II. a Plexus spermaticust és III. a Plexus renalist.*

Az első, a pl. hypogastrikus inferior, mely a végbél két oldalán fekszik, négy kisebb fonatra oszlik ú. m.:

a) A plexus haemorrhoidalisra, mely számos összekötő ágat küld a *cerebrospinalis eredésű nervus haemorrhoidalis medius és inferiorhoz.* Nevezzük ezen összeköttetést: *anastomosis pudendo-haemorrhoidalisnak.*

b) A plexus cavernosusra, mely maga is ad ágakat a clitorishoz, de egyenes összeköttetésben van a cerebrospinalis eredésű *nervus dorsalis clitoridissal.* (Nevezzük anastomosis cutaneo cavernosának.)

c) A plexus vesico vaginalisra a húgyhólyag mögött és a hüvely felső harmada számára.

d) A plexus utero-vaginalisra a cervix mögött az uterus lateralis részén a lig. lat. két lemeze között. Ezen, tulajdonképeni uterinalis plexus nagy csomó erős ágat küld a fundushoz és a hátsó uterus falhoz, valamint öszeköttetésben van a 2., 3., és 4. sacralis ideggel.

Ugyancsak a plexusból indulnak nagy számú összekötő fonalak a sympathicus plexus haemorrhoidalisához és azon nagyszámú ganglionhoz, mely körülötte, különösen az uterus oldalán található. Ezen ganglionok közül a legnagyobb a hátsó parametriumon nyugvó *ganglion cervicale,* mely a corpus és cervix uterihez küld nagyobb számú finom ágat.

(Folytatása következik.)

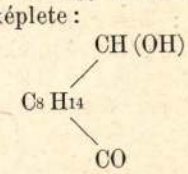
Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.)

Két újabb gyógyszerrel tett klinikai tapasztalatok.

Irta: *Kétly László* dr. I. tanársegéd.

II. Oxycamphor.

A nehézlégzést csillapító szerek csekély száma s hatásuknak bizonytalansága újabb és esetleg biztosabb hatású szereknek ajánlását indokolttá teszi. Egy ilyen, *Ewald* által a dyspnoe ellen alkalmazott újabb symptomatikus szer az oxycamphor. E szert *Manasse O.*[1] állította elő. Ez egy vízben oldódó ortho-oxycamphor-vegyület, melynek vegyképlete:



Az oxycamphor 50%os alkoholos oldata oxaphor név alatt ismeretes.

Heintz E.[2] e vízben oldható camphor-vegyülettel állatokon kisérletezett s azon meglepő eredményre jutott, hogy az oxycamphornak a camphorral ellentétben nincs izgató hatása a szívre, söt ellenkezőleg a központi idegrendszer egy részére, még

* Dolgozatom német kiadásához, mely a Prof. Martin: Monatschrift f. Gyn. u. Geburtshilfe, Bd. XII. H. 1.-ben fog megjelenni, két magyarázó ábrát csatolok, melyek az anatom. és a statikai viszonyok könnyü áttekintését teszik lehetővé.

** Két felettébb problemás „összeköttetéstől", melyeket közvetlennek irt le egy-két szerző, e helyen el kell tekintenünk. Egyik a pl. pudendo-caudalissal köti össze a méh hátsó falát, a másik a pl. uterinust a 2., 3., 4. sacralis ideg mellső ágaival. A genito-spinalis pályák eddigi vizsgálataink szerint inkább a külső genitaliákra vonatkoznak.

[28] *Goltz*: Ueber d. Einfl. d. Nervensystems auf die Vorg. während der Schwang. Pflügers Arch. 9. k.

[29] *Webster*: The nerv-endings in the labia minora and Clitoris. Edinb. med. Journ. 37. k. 1. lap.

pedig a légzési központra csillapitólag hat, a mennyiben már kis adag oxycamphor nyújtására az egyes légvételek lassubbakká s felületesebbekké lettek, nagy adag nyújtására pedig a légzés teljesen megszünt. Állatkisérleteinél az oxycamphor a szívre s vérnyomásra semmi behatással nem volt. Ez észleletek alapján *Manasse* és *Heintze* két dyspnoës betegnél is megkisérlették e szert, s mindkét esetükben sikert értek el.

Ehrlich[3] különféle okokból eredő dyspnoëknál szintén jó sikerrel alkalmazta az oxycamphort.

Jakobson[4] Senator klinikáján 18 különféle okból eredő nehézlégzésben szenvedő betegen próbálta ki e szert. Eleinte por alakban adta, naponta 2—3×0·5 gr.-ot pro dosi, később pedig 50%-os alkoholos oldatát vízben oldva (10·0 : 150·0).

9 tüdőbajos betegnél csak egy esetben nem ért el hatást, s egynél a hatás csak időleges volt. A többi hét súlyos esetnél jó hatást ért el. 5 szívbajos betege közül egynél a szer hatástalan maradt. 4 vesebajos betegnél igen jó hatást ért el. Undort csak egy betege érzett e szer iránt, 2 esetében pedig hányás és rosszullét mutatkozott; különben semmiféle kellemetlen mellékhatást nem tapasztalt. 2 betegénél e szer hosszabb szedése után a nehézlégzés újból mutatkozott, úgy látszik tehát, hogy egyes esetekben az oxycamphor hatása a megszokás által gyengül.

Senator 2 vesebajos, 1 angina pectorisos és 1 emphysemás betegénél jó sikerrel adta az oxycamphort a dyspnoë ellen.

Neumayer[5] az oxycamphorral egészséges egyéneken végzett kisérleteket, s azt találta, hogy az gyomor- vagy bélzavarokat nem okoz, a pulsus száma nem változik, a vérnyomást nem kissebbíti és a szívműködésre sincs káros befolyással. Fehérje- vagy czukorvizelést sohasem okoz. A légvételek száma oxycamphor adagolására szintén változatlan marad, de pontos kisérleteiben azt tapasztalta, hogy e szer bevétele után egy darabig a kisérleti egyének lélegzetüket tovább voltak képesek visszatartani, mint különben. Ez a mellett szólna, hogy az oxycamphor a légzési centrum ingerlékenységét csökkenti.

Ő egyszersmind 40—50 különféle okból eredő dyspnoës betegnél is kipróbálta az oxycamphort, rendesen pro dosi 1·0 gr.-ot adva, s azt észlelte, hogy e szer bevétele után már néhány perczczel csökkent a nehézlégzés; az előbb szapora légzés ritkult, a légvételek mélyebbek s szabályosabbak lettek s így a fuldoklás megszünvén, a beteg közérzete is órákra kiterjedőleg javult. A szívműködésben számbavehető elváltozást nem vett észre. Szerinte az oxycamphor adagolása oly nehézlégzési esetekben, hol a nehézlégzés nagy foka miatt annak gyors megszüntetése indicált (asthma bronchiale, angina pectoris), az erősebb s biztosabb hatású narcoticákkal, főleg a morphiummal szemben is megkisérlendő, mert hatását szemben emezekkel csak a légzési központra s nem egyszersmind a szívre s idegrendszerre is fejti ki. Hogy e szer hosszas alkalmazása ennek hatását csökkenti, ő is tapasztalta.

E bár csekély számú, de biztató észleletek indítottak minket arra, hogy e szert klinikánkon kipróbáljuk. Mi összes eseteinkben az oxycamphor 50%-os alkoholos oldatát vagyis az oxaphort rendeltük a következő alakban:

Rp. Oxycamphor (50·0%) 10·0
Spir. Vini rectif. 20·0
Succ. Liquirit. 10·0
Aquae dest. 150·0
M D S.: 3-szor 1 evőkanállal naponta.

Mi az oxycamphort eddig 14 fekvő s 10 ambulans betegnél alkalmaztuk, még pedig e 24 nehézlégzésben szenvedő betegek közül 12 szívbajban, 3 tüdőtágulatban, 5 vesebajban s 4 tüdővészben szenvedett. Eseteink közül egy tüdőtágulatban szenvedő betegünknél semmiféle hatást nem értünk el, míg a többi betegeknél az oxycamphor rendesen már az első vagy második nap a nehézlégzést vagy megszüntette vagy legalább is nagy mértékben csökkentette. Azonban *Neumayer* azon észleletét, hogy e szer bevétele után már néhány percz mulva csökkentené a nehézlégzést, nem erősíthetjük meg, s ebből érthető az is, hogy oly eseteinkben, hol e szert asthmás rohamok megszüntetése czéljából próbáltuk alkalmazni, semmi hatást sem értünk el. Igy nézetünk szerint asthma bronchialenál vagy angina pectorisos rohamoknál hatástalan. Eseteink egy részében eleinte a jodkali nagyobb adagjait próbáltuk alkalmazni, s egy eset kivételével, ennek hatástalansága folytán az utána adott oxycamphor igen szépen hatott. Egy-két esetben, hol e szert hosszabb időn át alkalmaztuk, észlelni lehetett, hogy hatása úgy látszik a megszokás folytán a napi dosis emelése daczára is csökkent. A szer iránt undort a betegek nem éreztek, gyomor- vagy bélzavarokat nem okoz, a szívműködésre károsan be nem foly. Hatása abban áll, hogy a légvételek mélyebbek és szabályosabbakká lesznek.

Neumayernek azon észleletét, hogy egészséges egyének e szer bevétele után lélegzetüket tovább tudnák visszatartani mint különben, számos kisérlet alapján nem erősíthetem meg, s ily módon eldönteni azt, hogy az oxycamphor tényleg csökkenti-e a légzési centrum ingerlékenységét, nem lehet. A legkisebb hatást a 4 tüdővészből eredő nehézlégzési esetünkben értük el.

Ezek alapján az oxycamphort főkép szív- és vesebajoknál fellépő nehézlégzésnél ajánlhatjuk, mert sokszor oly esetekben, midőn az eddig ismert szerek hatástalanok maradnak vagy megszokás útján hatásuk megszünik, még az oxycamphor sokszor jó eredménynyel rendelhető. Egyelőre e szer drágasága áll útjában annak, hogy általánosan alkalmaztassék.

Irodalom. 1. Bericht der Deutschen chem. Gesellsch. XXX. 1897. 2. Deutsche med. Wochenschr. 1897. Nr. 27. 3. *Ehrlich.* Oxycamphor als Antidyspnoicum. Centralbl. f. d. ges. Therapie. 17. Jahrgang, 1899. 4. *R. Jakobson*: Klin. Beobachtungen über die antidyspnoische Wirkung des Oxycamphers. Berl. klin. Wochenschr. 1899. 16. sz. 5. *Neumayer*: Über Oxycampher. Müchen. med. Wochenschrift. 1900. 11. sz.

Az átmeneti redő kimetszése trachománál.

Irta: *Falta Marczel* dr. szem- és fülorvos Szegeden.

Az átmeneti redő kimetszésének első leglelkesebb híve a középkorban élő Benevutus Graphaeus volt, a legújabb lelkes excisionista pedig Kuhnt königsbergi tanár. Utóbbi körülbelül öt év alatt azt hiszem, 1892-től 1897-ig terjedő időszakban 3077 izben végzett átmeneti redőkimetszést 1617 trachomáson; ez 50 százalékát teszi ki összes kezelt trachomásainak. Tekintélyes, nagyon is tekintélyes szám ez. Oly imponáló, mihez hozzájárul még e königsbergi tanár egyénisége is, hogy lehetetlen volt kitérni a kisértés elől, hogy meggyőződést szerezzek magamnak az átmeneti redő kimetszésének therapeutikus értékéről és előnyéről.

Miután hazánk egyik legfertőzöttebb vidékén üzöm szemészeti gyakorlatomat, igen bő alkalom nyilik a trachomával foglalkozni. Szembetegeimnek több mint 20 százaléka trachomában szenved, s a ki tudja, hogy mi a trachoma, tudja azt is, hogy titáni küzdelmet kiván az ilyen praxis a lelkiismeretes, ambitiosus orvostól, a ki a nehézségekkel szembe szállva, eredményeket is akar elérni.

És éppen az eredményeket, melyeket az általam követett gyógyitó eljárásokkal el tudtam érni, egybevetve Kuhnt tanáréival, eleve tisztában voltam azzal, hogy a szóban forgó műtét nemcsak hogy felül nem mulja az eddigi gyógyitó módokat, hanem még nem is pótolhatja. Ugyanis, intézetemben a mechanikai gyógyszeres kezelés 85% gyógyulást adott és ebből hozzám 10% került vissza recidiva miatt, Kuhnt tanár pedig csak 50%-ban nem kapott visszaesést az elég nagy sebészi beavatkozásnak alávetett trachomásai közül. Egyáltalában nem is tudom másként érteni azt, hogy egy ily előkelő, megbizható szemész a mechanikai gyógyszeres eljárással ne tudott volna legalább is oly eredményt elérni, mint én, minthogy az ő kezelése alá jutó trachoma sokkal súlyosabb, makacsabb jellegű. Ez alatt azonban nem a trachoma enyhébb vagy súlyosabb fokát értem, mert ezt illetőleg alighanem mi állunk rosszabbul, úgy hogy alig sikerül, hogy többet ne mondjak, trachomást pannus nélkül látnom. Az éghajlati és talajviszonyokról gondolom én azt, hogy különösen Poroszország keleti részében még kedvezőtlenebbek a trachomára nézve, mint nálunk, hol szintén elég rosszul állunk e tekintetben is.

S csak így tudom annak is magyarázatát adni, hogy miért nyilatkozhatott Kuhnt tanár a sublimatkezelésről oly elitélőleg, mint én ezt tőle a moszkvai nemzetközi congressuson személyesen is hallottam. Másnapi felszólalásomban akartam reflectálni az általa mondottakra, azonban a sors úgy akarta, hogy aznap összes pénzemet útjegyemmel együtt ellopták s annyi humorral,

sajnos, nem rendelkezem, hogy 20 kopekkel a zsebemben oly messze hazámtól, védbeszédet tartottam volna a sublimat mellett. Pedig, mondhatom, elég hálával tartozom a sublimatkezelésnek.

Trachomásaim legnagyobb részét sublimatbedörzsölésekkel gyógyítottam meg. Az egészen acut gyuladásos stadium elkerülésével, minden alakjánál a trachomának alkalmazom a legtöbb esetben eredménynyel. Visszaesések természetesen e kezelés mellett is fordulnak elő, de megközelítőleg sem 50 százalékban. Megkisérlettem az összes gyógyító eljárásokat, egyik sem állítható a sublimatdörzsöléssel egy sorba, egyik sem tett egymagában és oly szolgálatot, mint ez utóbbi. Meg kell itt jegyeznem közbevetőleg, hogy a nagyobb csomókat kinyomom.

Daczára az összehasonlíthatlanul jobb eredménynek, melyet a mechanikai gyógyszeres eljárással elérni lehetett, szemben Kuhut tanár operativ eljárásával, hogy mégis folyamodtam az átmeneti redő kimetszéséhez, ennek az a könnyen érthető oka, hogy vannak esetek, melyek a legkörültekintőbb, leggondosabb kezelésre is vagy nem akarnak gyógyulni vagy minduntalan visszaesnek. Ilyen esetekben azután, de csakis akkor, ha a cornea is be volt vonva a bántalom körébe, léptem én is az operatio terére. És jól eső érzéssel itt mindjárt mondhatom, hogy nem bántam meg.

A jókora darab conjunctiva, esetleg tarsus feláldozása fejében ellenértékül a pannusok, melyek minden más kezeléssel daczoltak, igen jól meggyógyultak, de igen rövid idő alatt meggyógyul az egész trachomatosus folyamat is. Végeztem ugyan már azelőtt is kisebb-nagyobb darab kötőhártyarészlet kimetszését, de csak azzal a czélzattal, hogy épen a legbetegebb részt eltávolítsam, a mint pl. egy új képletet eltávolítani szokás, nem pedig azon czélból, hogy e műtéttől az egész folyamat gyógyulását várjam.

Tény az, hogy az átmeneti redő kimetszésének műtéte, oly esetekben, melyek a mechanikai gyógyszeres eljárásra nem gyógyulnak, a mi kellő kitartás mellett csak csekély százalékot tesz ki, határozottan nyereség számba megy. Ezzel tehát az is meg van mondva, hogy csakis oly esetekben jogosult e műtét, a melyekben más, enyhébb, módon czélt nem tudunk érni.

Igaz ugyan, hogy nem kell visszariadni az elég nagy darab conjunctiva és esetleg tarsus feláldozásától sem, és azokkal, a kik ártalmasnak vagy végzetesnek tartják ezt a szemre nézve, theoretikus vitatkozással úgy sem lesz kész az ember, azonban az az álláspont mégis elfogadható, hogy csak végső esetben nyúljunk az excisios eljáráshoz, azon nagyon egyszerű oknál fogva, hogy ha gyógyulást érhetünk el a nélkül, hogy a szem egyik alkotó részéből jó részt eltávolítanánk, minden esetre csak előnyös, de semmi esetre hátrányos nem lehet.

Az átmeneti redő kimetszésének hatását némelyek abban látják, hogy a keletkezett hegek védő gátat képeznek a trachomának a bulbaris conjunctivára és corneára való terjedése elé. Ez egy tarthatatlan álláspont. Hiszen akkor, ha peritoniát végeztünk a cornea körül, a keletkezett hegnek bizonyára meg kellene gátolnia a pannusnak akár súlyosbbodását, akár gyógyulás esetében, a visszaesését; ennél csak ideálisabb védőgátkészítést nem is képzelhetünk. Ha már most ez a közvetlen cornea körüli heg nem jöhet mint védőgát szóba, ugyan hogyan jöhetne, mint ilyen, szóba a távol tőle fekvő átmeneti redő hege.

De nem is ebben keresendő a műtét hatása, hanem abban, hogy az átmeneti redő kimetszése által a vérkeringési, illetőleg táplálkozási viszonyok oly értelemben javíttatnak meg, mi által a conjunctivalis, tarsalis és cornealis megbetegedések a legkedvezőbben befolyásoltatnak. Talán összehasonlítást tehetek az átmeneti redő kimetszése és a rózsafák úgynevezett visszametszése közt, a mi abból áll, hogy egyes ágakat lemetszenek, mi által a többi meghagyott ág jobban fejlődik, szebbet, üdébbet hajt; a tápnedv köre ugyanis a művelat által megszűkíttetett, több jut a megtartott ágakba, mint azelőtt és így ezekben jobb, egészségesebb viszonyok létesíttettek.

Ehhez hasonló folyamatot hoz létre a trachomás szemben az átmeneti redő kimetszése is. Ismert dolog, és magamnak is két esetben meggyőződést sikerült szereznem arról, hogy a trachoma igaz, hogy igen ritkán, de magától is meggyógyulhat. Ezen spontan gyógyulást előidéző viszonyokhoz hasonlókat teremtünk az átmeneti redő kimetszésével is; visszafejlődnek a trachomaszemcsék, a conjunctiva infiltratioja, gyógyul a pannus. Szemlátomást igazolt tehát, hogy a kimetszés műtéte nem passiv, hanem activ hatású. Gyógyít, nem pedig gátolja a trachoma terjedését.

Határozottan állást kell foglalnom azonban mind a két átmeneti redő kimetszésével szemben. A gyógyulást kedvezően befolyásoló viszonyokat elérhetjük az egyik átmeneti redő kimetszésével is és pedig a felsőével. Hogy miért indicált a felső átmeneti redő kimetszése és nem inkább az alsóé, a mely a műtét számára sokkal könnyebben hozzáférhető, annak elég nyomós oka van.

A felső szemhéj tarsusát aránylag gyakran kell a műtét keretébe venni s így ezt mindig megtehetjük, ha a felső redőt metszük ki. A főindok pedig az, hogy a trachomának, ha talán nem is a főfészke, de minden esetre a látásra legveszélyesebb fészke a felső szemhéjban van, mert a pannus, igen ritka kivétellel, mindig a cornea felső részén kezdődik. Különösen ezen szempont javasolja a műtétet a felső átmeneti redőn, mert ez által leghathatósabban segítjük elő a pannus gyógyulását. És épen *ebben* rejlik e műtét áldásossága.

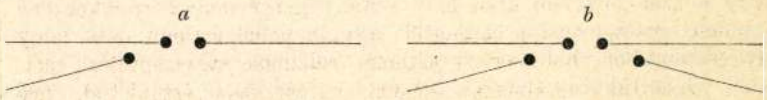
A mi az alsó átmeneti redőt illeti, ettől nem kell a corneát félteni, ezt ott kell hagyni. Ez első sorban is a mechanikai gyógyszeres kezelés számára könnyebben hozzáférhető, ennek hamar enged és ha nem, a felső átmeneti redő kimetszése után csakhamar meggyógyul. Kimetszése tehát nemcsak nem indokolt, de káros is lehet, mert így csakugyan ki lehet téve a szem xerosis veszélyének és Hirschberg tanárnak[1] majd többször fog alkalma nyilni cornea-xerosist, mint a a trachoma elleni műtét következményét bemutatni. Heisrath is legnagyobbb részt csak a felső átmeneti redőt metszi ki.

A műtéteket egészen Kuhut tanár által ajánlott módon végezem. A varratok fonalainak elhelyezésével azonban némileg eltérek, a mit elég gyakorlati fontosságúnak tartok arra, hogy azt fölemlítsem.

A szemészek egyrésze ugyan varratokat egyáltalában nem alkalmaz, pedig azok elhagyása esetében sarjadzások lépnek fel, melyek kellemetlenül complicálják az utókezelést és a jól összeillesztett sebszélek a szemhéji izmok működésére is kedvezőbbek, mint a sarjadzás által való begyógyulása és zsugorodása a nagy sebfelületnek, úgy hogy a varratok alkalmazása a műtét eredményére épen nem közömbös.

Azoknak egy része, kik a varratokat alkalmazzák, a fonalakat egész röviden, más része pedig a szemrésen kivül vágja le. Kik röviden vágják le, azért teszik, mivel a fonál a szarúhártyát a szem mogásai folytán horzsolja, mi által beszürődések, fekélyek keletkeznek rajta, a szemrésen kivül történő lemetszést pedig azzal indokolják, hogy így a varratok hamarabb távolíthatók el, a nélkül, hogy a szemhéjat ki kellene fordítani és így a sebrepedés veszélyének kitenni; a varratok huzamosabb bennmaradása genyedést és sarjadzást vonhat maga után.

Első műtéteimnél a fonalat én is a szemrésen kivül metszettem le, azonban egyik esetben a kötés ideje alatt nagy centralis fekélyt kaptam a corneán, a mi kizárólag a fonal által okozott horzsolásnak volt tulajdonítható. Ez adta az impulsust ahhoz, hogy a fonalak elhelyezésénél következőképen járok el; A külső és belső szemzúg felé eső egy-egy varratnak mindkét fonalát előbb meghagyom, a közbeeső varrat vagy akár varratok, a szerint a mint 3 vagy 4 varratot alkalmazunk, egyik fonalát rövidre metszem le, a másikat pedig a külső, illetőleg belső varrathoz — a szerint, hogy melyikhez esik közelebb — erősítem ezen utóbbiak meghagyott fonalai segélyével. Miután így a zúgok felé eső varratokba kötöttem a középső varrat fonalát, a zúgok felé eső varratok fonalának egyikét szintén rövidre vágom le és a megmaradt fonalakat, miután szemét a beteg lehunyta a halánték, illetőleg orr felé kis ragtapaszszal megerősítsem. Az *a)* jelü rajz a 3 varratos, a *b)* jelü a 4 varratos műtétnél mutatja a fonalak elhelyezését.



Mint e rajzokból is könnyen kivehető, a középső hosszú fonál vagy fonalak úgy vannak elhelyezve, hogy a corneát nem

*

sérthetik. E mellett azonban megmarad az a nagy előny is, hogy a varratokat idejekorán eltávolíthatjuk, a nélkül, hogy a szemhéjat ki kellene fordítani és a sebrepedés biztos veszélyének kitenni, mivel minden egyes varratnak egy-egy hosszú fonala meghagyatott, melynek segélyével az eltávolítás minden nehézség nélkül kivihető.

Kötésváltoztatáskor, mielőtt a szemet felnyitjuk, a fonalakat fel kell szabadítani, nehogy vongáltassanak és a kezelés után újból leragasztjuk.

Mióta ily módon helyezem el fonalakat, a corneának a legcsekélyebb baja sem történt.

Már említettem, hogy a műtéthez mindig csak a kényszerítő és legvégső esetben fordulok. És habár azzal a magas százalékkal szemben, melyet mechanikai gyógyszeres kezeléssel meggyógyíthatok, kevés azok száma, kiknél a műtevéshez kell folyamodnom, mégis önkéntelenül is elém tolul a kérdés: miért nem műtettem ezeket mindjárt kezdetben, miért kellett ezeknek annyi időt veszíteniök, miért kellett nekik kiterjedtebb conjunctivalis hegedésekkel, esetleg rosszabb visussal menekülni bajuktól, miért kellett továbbá nekem sokkal kedvezőtlenebb viszonyok között operálnom.

A trachoma ugyanis, ha hosszabb ideig dúl a szemben, vagy ha recidivál, úgy a conjunctiva ép szövete, mint a szarúhártya átlátszósága megsínylik ezt. Kedvezőtlenné pedig az által válnak a viszonyok a műtevésre, mivel a már előzetesen eszközölt kinyomások, sublimat-dörzsölések a felső átmeneti redő zsugorodását, de a mi főképen hátrányos, ennek a Müller-féle izomhoz tapadását vonják maguk után. A ki végezte már a műtétet, meggyőződhetett arról, hogy mily nehéz ilyenkor, szinte alig lehetséges, az átmeneti redőt úgy leválasztani, hogy a Müller-féle izmot épen ne sértsük, mi által a szemhéj emelésének épségben tartását törekszünk elérni. Még ha mindjárt a műtéttel kezdjük, a laza subconjunctivalis szövet, illetőleg nyirkutak mellett igen könnyen végezhető a leválasztás.

Ismerni kellene tehát azon eseteket, melyeknél az átmeneti redő kimetszésének műtéte elkerülhetetlen, vagyis azon eseteket, melyek a mechanikai gyógyszeres kezelésre nem gyógyulnak. Sajnos, ez, legalább ma még, a trachoma iényegének mai ismerete mellett, lehetetlenség. A legkétségbeesettebbnek látszó esetek néha a legnagyobb könnyűséggel gyógyulnak. Jelenleg is kezelésem alatt van egy trachomás, kinél a tarsusok hatalmasan megvastagodottak voltak, a tarsalis conjunctivák és átmeneti redők alig látszottak ki a trachoma csomókból, az egyik szemen vastag pannus, a másikon ily pannus mellett nagy ulcus volt hypopionnal, iritisszel. És ez az eset a lehető legszebben gyógyul mechanikai gyógyszeres kezelésre. Ha még az ily esetek is gyógyulnak műtét nélkül, kissé elcsodálkozik az ember azon, hogyan ajánlhatta Walther azt, hogy tisztán prophylaxis szempontjából végeztessék az alsó átmeneti redő kimetszése.

A míg tehát nem állapítható meg, hogy mely eseteket kell már eleve műteni, addig magának a trachomának gyógyítása szempontjából, az átmeneti redő kimetszés műtétének egyedüli jogosult indicatioja az, hogy oly esetekben, melyek a mechanikai gyógyszeres kezelésre nem gyógyulnak vagy többször recidiválnak, de csakis, ha a cornea is a megbetegedés körébe van vonva, e műtét feltétlenül alkalmazandó.

Határozott contraindicatio pedig az, ha zsugorodási hajlam van jelen, a mit legkönnyebben az átmeneti redőknek a bulbaris kötőhártyai áthajlásánál ismerhetünk fel.

A tremor congenitus neurastheniás alapon álló egy esetéről.

Irta: *Unterberg Jenő* dr.

Az öröklött tremor congenitus annyira ritka és az irodalomban leirt kevés eset szerint nem is egységes genetikai alapon álló kóralak vagy talán helyesebben mondva kórtünet, hogy nem tartom érdektelennek egy idevágó, pontosan észlelt esettel és jelentőségével, valamint eredetének oknyomozásával foglalkozni.

Kórelőzmény: A. H. 23 éves, izraelita, kereskedő előadja, hogy atyja hystero-neurastheniás és myorrheumás rohamokban szenved. Neurastheniás rohamai közben, melyek kedélyizgalmak, különösen harag után lépnek fel, kerüli a zajt, a fényt és félig öntudatlanul fekszik ágyában.

Anyja kisebb fokban ideges, de anyjának két testvére szerinte igen súlyos idegbajban, úgy látszik, hysteriában szenved. Kilencz testvére közül kettő fiatalon elhunyt, 4 nő és 3 fitestvére él. A nővérei közöl az egyik, a ki 20 éves, szintén állítólag veleszületett remegésben szenved, főleg pedig keze rezeg, azonkivül pedig gyakran van fejfájása és szédülése. Egy 17 éves nővére ideges, valamint egy a 17. évben levő fitestvére is, a ki igen ingerlékeny és a kit időnkint minden nesz is bánt. A beteg magáról elmondja, hogy születése óta rezeg változó intensitással, de ezen remegés teljesen sohasem szünetel.

Kifárasztó munka vagy kedélyizgalmak után e remegés tetemesen fokozódik, de erejében időszakonkint is változik: pl. néhány hét óta állítólag gyengébbb, néha pedig, a mint környezete bemondása szerint tudja, éjjel is úgy remeg, hogy az ágy vele mozog. Azelőtt igen érzékeny volt; érzelem és kedély világában elég nagy és gyors hullámzásoknak volt alávetve. Ha megharagudott, szédült. Feje sokat fájt, főleg, ha hőségnek vagy nagyobb fáradságnak volt kitéve. Néha hidegrázási érzete volt, de mindig láz nélkül. Gyermekkorában a beteg igen félénk volt, félt sötétben a kisértetektől. Mindezen tünetek részben régebben, részben két év óta megszüntek, és jelenleg a legalaposabb kikérdezés által is, mely hystero-neurastheniás tünetek kiderítésére vonatkozott, csupán csak azt tudhattam meg, hogy rendetlen, hosszabb időközökben lumbagoja van, és hogy kisebb állatokat, mint egeret, tengeri nyulat utál és irtóznék kezébe venni, végre pedig, hogy a jobb kisujja körmét, főleg ha izgatott, rágja. Par-, anvagy hyp-aesthesiák, phobiák, a szív vagy a bélrendszer részéről való tünetek, köhögés, kényszereszmék, gyors kedélyváltozás; az izomrendszerben, vagy annak beidegezésében való zavarok, látszólagos organikus vagy functionalis bántalom, önmegfigyelés, túlzás, deprimált alaphangulat, gyors eszmekötés és a hysteroneurastheniának csoportjából felhozható még számos és sokszor oly gyorsan változó panaszok sorozatából nála egy sincs jelen sem most, sem pedig nem volt azelőtt.

Jelen állapot. A magas férfibeteg középerős, jól táplált, de kissé vérszegény kinézésü. A beteg feje a testmagassághoz arányítva rendes, talán egy kissé kicsiny. A koponya részarányos, a protuberantia occipitalis externa nem túlságosan kifejezett. Ellenben a lambda pontnál, valamint kisebb mértékben a lambda varrat két symmetriás pontján a fül mögött igen erősen kifejezett besüppedések vannak. A conjunctivák finomak, kékesen áttünők, a fülczimpák odanőttek, másküllönben a fül rendes alakú. A nyelv össze-vissza telistele van még repedésekkel, a fogak ellenben rendesek, semmiféle különös abnormitással nem birók. A szív, tüdő, lép és máj felett semmi rendellenes nem mutatható ki. Az érverés rendes és szabályos, még vizsgálat alatt sem gyorsított, A betegen a legfeltünőbb jelenség a remegés, mely rezgéseinek kiterjedésében gyorsan változik, néha oly annyira, hogy szabad szemmel, láthatólag sehol sincs remegés.

Rendesen legkifejezettebben rezeg felső végtagjain, főleg annak distalis végein, vagy pedig a gluteusokon. A rezgések kitérése mint már említettem igen változó, de néhány millimeternél nagyobb csak ritkán lesz, száma másodperczenkint 3—4. Egyéb testrészei, hol szintén észlelhető több-kevesebb állandósággal tremor, a következők: Szemhéjai, ha lecsukja őket, csaknem mindig remegnek, fel-lefelé irányuló hullámokban. Kinyújtáskor folyton rezeg a nyelve látható hosszhullámokban, a fibrilláriához hasonló rezgésekkel. A felső végtagok rezgése főleg kinyújtáskor észlelhető és még inkább az ujjak szétterjesztésekor, intendált mozgásoknál sohasem erősödik, néha azonban csökken, az akarat által csak kevéssé látszik befolyásolhatónak lenni. A gluteusok rezgése csaknem a legállandóbb. A belső, az anus felén levő rostok fel-lefelé való irányban rezegnek, a felső része az izomnak inkább medián-laterál irányban. A hátsó nyakizmok rezgése néha csak az izmok játékán látszik, néha azonban az egész fej rezgő bólintásában resultálódik, sokszor egészen szünetel. A gyakoriságra nézve következik ezután az ajkak rezgése, melyek beszéd alatt sokszor remegnek. Megemlítendő még, hogy az arcz izmai, az alsó végtagok, a has izmai, a pectoralis maior is rezegnek néha. Mindezen remegések váltakozva lépnek fel

erejükre és intensitásukra, valamint gyakoriságukra nézve, is, a fent említett sorrend szerint. Erős munka, nagy lelki izgalom után és általában mindazon momentumoknál, melyek physiologice is remegést okoznak, itt már kisebb ingerekre is fokozódottság észlelhető. Szellemi munka látszólag nem hat remegésére, így ha erősen el van merülve olvasásba, ha más fokozó momentum, mint pl. a kezek kinyujtása nem játszik közre, úgy nem szünetel teljesen, sőt néha igen élénken is lép fel. Fibrillaris rángások nem észlelhetők, azonban a betegen néha egy-egy hirtelen izomrángás észlelhető úgy a felkaron, mint az arczon is, mely utóbbi helyen egy-egy gyors fintorgató mozgás áll ez által elő.

A reflexek közül a pupilla minden irányban igen gyorsan és biztosan reagál, de hyppus nincs jelen. A patellaris reflex erősen fokozott, valamint a hasbőr és cremaster reflexek is. Achilles-clonus kisfokúlag kiváltható. A radialis reflex erősen fokozott, úgy hogy az egész biceps is összehúzódik és az alkar erősen kifelé forog, a flexor digitorum communis clonusa azonban nincs jelen. Masseterclonus mindig kiváltható, a facialis törzsének ütögetésére azonban csekély a reactio. Általában véve az ismertebb és kevésbbé ismert bőr- és ínreflexek fennállanak, illetve fokozódottak és számos izom inának ütögetésére összehúzódással felel, valamint mindenfelé és mindenféle bőrreflex váltható ki. A mi az érző kört illeti, anaesthesiás vagy felünöen hyperaesthesiás hely sehol sem mutatható ki. A beteg azt állítja, hogy finom tapintó képessége van. Az érző körök nagysága azonban evvel szemben rendes, legfeljebb még egy kissé meg is vannak nagyobbodva. Igy az első ujjperczek tenyéri oldalán 1·5—3 mm., az ujjháton 7 mm., az alkar hátoldalán 24 mm., a hajlító oldalán 30 mm., a felkar feszítő oldalán 20—30 mm., a hajlítón 10—18 mm.; a mellen oldalt 40, közepén 25—40, a háton a lapocztájon 80—120 mm. az érzőkörök nagysága. Hasonlóképen rendes, legfeljebb igen kevéssé csökkent a helyérzés finomsága is. Az arcz és fej idegeinek villanyos ingerlékenysége úgy látszik fokozódott, mert hogy egy példát említsek, már 70—120 milliampernyi áram mellett is, ha az a kulcscsont distalis harmadán lett alkalmazva, a beteg sós ízt érzett, ha pedig a processus mastoideusig vezettetett fel az electrod, türhetetlen, a „bromsókhoz hasonló" sós ízről panaszkodott. Az izmok electromos ingerlékenysége nem, vagy csak igen kevéssé fokozott. A baj mindenféle villamos és suggestiv kezelés daczára sem mutat még némi javulást sem.

Az egész kóralakot tehát röviden összefoglalva: remegésből, fokozott reflexekből áll, az arczidegek fokozott érzékenységével, ezenkivül örökölt ideggyengeségnek úgy somatikus jelei, valamint genealogikus alapja is van. Végre fiatalabb éveiben neurastheniás panaszokról is tett említést. Kérdés tehát, vajjon ezen betegséget, melyet több, öt észlelt collega genuin és nem neurastheniás veleszületett remegésnek tart, miképen értelmezzük? Kérdés legelőször is, hogy mi az oka és hol keresendő az eredete a remegésnek? Eltekintve egyelőre attól, hogy lényegileg minek is tartsuk a remegést: vajjon a clonikus görcsök legminimalisaab alakjának, vagy az izomrostok sohasem szünő reflexösszehúzódása fokozódásának, kutatnunk kell, hogy alapul vehető-e boncztani elváltozás és ha igen, vajjon milyen? Biernacki és Vigonroux humoral pathologiai irányú chemiai theoriája, melyet 1898-ban állítottak fel, a jelen esetben alig talál támaszt, mert habár a remegések intensitása nem egészen állandó jellegű, mégis lehetetlen egyrészt egy toxaemiát veleszületettnek és teljesen, legalább időlegesen soha meg nem szünőnek feltételezni, másrészt ezen hypothesis a reflexeknek állandóan, egyenletesen fokozott voltát valamint az arczidegek túlérzékenységét sehogy sem birná megmagyarázni és végre a boncztani theoria teljesen kielégítően meg birja fejteni az összes, itt fellépő tüneteket. Lássuk tehát közelebbről, hol kell a baj boncztani székhelyének lenni. Kezdjük az izmoknál. Az izmokban elváltozást felvenni, akár veleszületett fáradékonyság, akár degenerativ, akár időszakos toxaemikus alapon nem lehet, mivel az izomerő jól megtartott és bár az izmok villamos ingerlékenysége kissé fokozott; degeneratios jel nem mutatható ki. A peripherikus érzővégkészülékek túlfinom, illetve túlérzékeny volta, mely által a rendesnél erősebb reflexek és esetleg reflexremegés is váltathatna ki sem képzelhető, mivel egyrészt az érzőkörök nem kisebbek, sőt talán nagyobbak a rendesnél és másrészt mivel erős érzések is pl. hirtelen szúrás nem okoznak túlnagy visszahatást, végre pedig, mivel ilyen lehetséges érzési differentiákhoz nagyon hamar alkalmazkodik a szervezet, a mint azt számos példával lehet bizonyítani és állandóan túlerős reflexek ilyenképen sohasem keletkeznek. A peripherikus neuronokban hasonló okokból szintén lehetetlen az elváltozást feltételezni. Az agykéregből eredő direct izgalom, bár a remegést megtudná magyarázni, de az ín- és bőrreflexek fokozottságát nem. Kérdés tehát, vajjon az agynak a gerinczagyra és az egyes gerinczagy-részleteknek egymásra való reflexgátlási képességében van-e hiány? Ha tekintetbe vesszük, hogy szellemi elfoglaltság nem gyengíti a remegést, a reflexeit pedig biztosan fokozza, továbbá azt is, hogy akarattal ellen tud állni, sőt le is tud szokni egyes fokozott reflexekről, akkor kimondhatjuk, hogy itt sem található a baj eredetének oka. Egyetlen feltevés marad tehát még hátra: hogy az agy, illetve az agykéreg alatti állomány és a gerinczagy is, a felfogott érzési benyomásokat nagyítva és torzítva adja vissza. Ez megmagyarázza azt, hogy a beteg úgy véli, hogy finom a tapintóképessége, mely azonban legfeljebb normalis; és ezen feltevés teszi érthetővé azt is, hogy rendes ingerek fokozott reflectibilitást okoznak, a mi által az ín- és bőrreflexek fokozódottak és egyes arczidegek villanyos izgalmakra túlérzékenyek. Végre ezek szerint a remegés is úgy fogható fel, mint a csekély és rendesen csupán más utakra terelt physiologikus ingereknek a mozgató pályákra való átterjedése. Ez kellőképen megokolja azt is, hogy miért váltakozó intensitásúak a remegések, hogy egyes physiologikus ingerek miért hatnak fokozólag közre, és hogy miért van meg mégis teljes mértékben az agyi gátlás. Ezen magyarázat azonban, melynek szükségképen veleszületett boncztani elváltozás is megfelel, tökéletesen fedetik az által, a melyet ma a búvároknak legtöbbje, a neurastheniánál is feltételez. Lássuk tehát, vajjon nem-e kell ezen kóralakot az asthenia nervosa csoportjába sorolnunk? A beteg megjelenésében, habár somatikus degeneratio jelei vannak is, nem teszi az emberre egy neurastheniás individuum benyomását. Továbbá az éppen leggyakrabban előforduló egész tünetcsoport, mely az érzési és lelki functiok fent említett egész sorozatnyi zavara vagy eltérésében nyilvánul, itt nincs jelen, míg a neurastheniánál ritkábban előforduló, a physicalis vizsgálatoknak hozzáférhető tünetek összessége feltalálható lévén, oly benyomást nyerünk, mintha itt más és némi tekintetben mélyebb elváltozások volnának jelen, mint az asthenia nervosánál. Ezen felfogást még azon körülmény látszik támogatni, hogy bár a hysteriánál mindenféle typusú remegés ismeretes, de könnyebb neurastheniánál az esetek túlnyomó többségében igen gyors és kis hullámú remegés szokott előfordulni. Ezekkel ellentétben azonban, egyrészt a mint fentebb fejtegettem, ezen esetet lényegileg, illetve kórokában azonosnak vagy legalább is igen közeli rokonnak kell tekintenünk az asthenia nervosával, másrészt pedig a beteg rokonai között sok az „ideges" egyén és még néhány éve neki is voltak neurastheniás panaszai. Ha ezekhez hozzávesszük, hogy gyermekkorában, a mint mondja, oknélküli félelemérzései voltak, hogy olykor keresztjáji szúrási paraesthesiában szenved és hogy apró állatoktól való phobia jelenleg is fennáll, úgy kimondhatónak vélem, hogy egy tremor congenitus neurasthenikussal állunk szemben. Erre annál inkább hiszem magam feljogosítva, mert ezen esetnek egy pendantja áll most észlelésem alatt kifejezettebb neurastheniás tünetekkel. A fentebbiek támogatásául egész rövidesen közlöm itt ezen második egyén kórtörténetét is.

Kórelőzmény: Sz. J., 22 éves, rk. napszámos előadja, hogy 10 éves korában, teljes egészség közepette, egyszer összeesett és görcsös rohamok által lepetett meg. Ekkor állítólag este öt órától reggel ötig öntudatlan volt. Azóta sohasem volt hasonló rohama, de úgy mondja, azóta remeg. Jelen állapot: A középerős egyén szervei épek. A fent leirthoz teljesen hasonló tulajdonságú remegései vannak a felső végtagokon, főleg azok distalis végén; az alsó végtagokon rendkivül erős mértékben, főleg a czombokon és gluteusokon, igen kevéssé a fején, nyakon, nyelven és szemhéjakon, olyannyira, hogy néha csak tapintás által lehet jelenlétéről meggyőződni. Tulajdonságaira vonatkozólag megegyezik a fent leirt esettel. Ezenfelül extrém szemmozgásnál, ki- vagy befelé, lassú, vízszintes irányú nystagmus áll elő. A patellaris

reflex fokozott, az extensor digitorum communison clonus váltható ki. Achilles-ín clonus nem. A pupilla-reactio prompt és gyors, csaknem hyppusszerü. Egyéb reflexei teljesen normalisak. Érző köre ép, csak az érző körök kissé nagyobbak a rendesnél. Az izmok és érző idegek villanyos ingerlékenysége mindenütt rendes. Megjegyzendő még, hogy az egyén kedélye labilis, jelleme könynyen befolyásolható és egy hónap óta mindkét alsó végtagján a fájdalomérzés hiányzik, a hőérzés csak durványosan van meg.

Ezen esetben szintén jelen van egy csoporttünet, melyet a neurastheniánál szoktunk találni és ha az általa jellemzett rohamot hysteriás rohamnak fogjuk fel, úgy ezen esetben is oly hysteroneurastheniás esettel állunk szemben, a hol a physikalis tünetek az állandóbbak és túlnyomók. A két eset lényegének és tüneteinek feltünő hasonlatosságából biztosan következtethető, hogy itt két azonos esettel állunk szemben. Ezt pedig az előbb mondottakkal egybevetvén, azt hiszem, hogy minden további fejtegetés nélkül teljes joggal vonhatom le e két eset észlelésének végeredményekép a következő két tételt:

1. A neurastheniának van egy alakja, mely főleg a physikalis vizsgálatoknak hozzáférhető tünetekben, még pedig első sorban és legfeltünőbben remegésből és a reflexek fokozódásából áll.

2. A tremor congenitusnak van egy alakja, a mely lényegére nézve csak álczázott neurasthenia.

Befejezésül még nem mulaszthatom el köszönetemet nyilvánítani főnökömnek, Horovitz Gábor dr. ezredorvos úrnak e két eset átengedéséért és szíves útbaigazításaiért.

TÁRCZA.

A vérkeringés felfedezésének története.

(Folytatás.)

Harvey az ő felfedezését nem a véletlennek köszönhette, hanem ez évek hosszú során át fáradhatatlanul és czéltudatosan végzett tanulmányainak, élettani kisérleteinek és vivisectioinak volt az eredménye, de kétségtelen, hogy felfedezését a renaissance óta az anatomia és physiologia terén serényen eszközölt búvárlatok, a melyek *Galenos* rendszerét lassanként megingatták, fokozatosan elökészitették. Igy *Vesalius* bonczolások segélyével kimutatta, hogy *Galenos* azon állitása, a mely szerint a szív két felét elválasztó sövényen nyilások vannak, téves. Mindazonáltal az orvosi világ még mindig kételkedett abban, hogy a vér a jobb gyomrocsból ezen válaszfalon át jut a bal gyomrocsba, csakhogy szabad szemmel látható nyilások helyett apró likacsokat tételeztek fel, míg végre a XVI. század közepe táján két tudós férfiú, valószinűleg függetlenül egymástól, felismerte azt az igazságot, hogy a jobb gyomrocsból a vér a tüdőütőéren, tüdőkön és tüdővivőereken át jut a baloldali gyomrocsba, vagyis ekként felfedezték az ú. n. kis vérkört. Az első, a ki ezt a physiologiai tényt hangoztatta, egy spanyol eredetű theologus, *Miguel Servede*, olaszosan *Serveto*, lat. *Servetus* volt, a ki 1509-ben született az Aragoniában levő Villannovában. *Servede*-t az általa hirdetett antitrinitárius, vagyis a keresztény egyházak dogmáját képező szentháromságot megtámadó tanaiért az egyházból kiközösitették. Ekkor Párisban orvosi tanulmányokat végzett, és az ottani egyetemen orvostudorrá promoveáltatott. Azután Francziaország különböző városaiban orvosi gyakorlatot folytatott, de a mellett tovább is buzgón harczolt theologiai elvei mellett, és 1553-ban „Christianismi restitutio" czím alatt egy nagy feltünést keltő művet adott ki, a melyben a szentlélekről szólva, és a *Galenos*-féle πνευμα ζωτικόν — spiritus vitalis — megújulását az emberben tárgyalná, megczáfolta *Galenos*-nak erre vonatkozó állitását és leirta az úgynevezett kis vérkört. (De trinitate divina liber quintus.) Egyéb tekintetben teljesen *Galenos* tanaihoz ragaszkodva, azt mondta, hogy a vér a májban képződik és a vénákban árad szét az egyes testrészekbe. A vér a spiritus naturalison kivül még szükséges spiritus vitalist a tüdőkben veszi fel, a hol a belégzett levegő és a jobb gyomrocsból jövő vér vegyüléséből képződik. E helyütt hangsúlyozta azután, hogy a jobb gyomrocsból a vér nem a gyomrocsok válaszfalán keresztül jut a bal szívbe — „mint azt általában hiszik" — hanem hosszú és bonyolult úton, a tüdőkön át, a hol a vér bizonyos átalakulást szenvedve, világos szint nyer. „Fit communicatio haec non per parietem cordis medium, ut vulgo creditur, sed magno artificio a dextro cordis ventriculo, longo per pulmones ductu, agitatur sanguis subtilis. A pulmonibus praeparatur, flavus efficitur et a vena arteriosa (tüdőütér) in arteriam venosam (tüdővivőér) transfunditur". Ezen állitásának bebizonyitása végett utalt arra, hogy a tüdőütér sokkal tágabb ürterű és sokkal több vért vezet, mint a mennyit a tüdők táplálása igényelhet, és hogy a magzatban a vér nem is megy a tüdőüteren át, a melynek tehát más rendeltetése is van, mint a tüdők táplálása. *Servede* felismerte a vér útját a tüdőkön át, de még nem tudta, hogy azt az utat az összes vérmennyiség megteszi, hanem azt hitte, hogy a tüdőkön keresztül csak annyi vér áramlik, a mennyi a tüdők táplálásán kivül a „spiritus vitalis" képzéséhez szükséges. *Servede* véleménye szerint a tüdővivőerek és a bal szív nem levegőt tartalmaznak, de nem is tisztán vért, hanem a vérnek és a spiritus vitalisnak majdnem gőzszerű vegyületét; „item a pulmonibus ad cor non simplex aër, sed mixtus sanguine mittitur ad arteriam venosam; ergo in pulmonibus fit mixtio. Flavius ille color a pulmonibus datur sanguini non a corde".

Servede abban sem kételkedett, hogy a vérből a bal gyomrocsban kiváló korom — fuligo — kiürülése a tüdővivőereken át történik a tüdők felé; „deinde in ipso arteria venosa inspirato aëri mixtus, exspiratione a fuligine repurgatur. *Servede*, mint az általánosan tudva van, vértanúhalált szenvedett theologiai tanaiért, a mennyiben *Calvin* őt 1553-ban Genfben mágyán kivégeztette.

A mit *Servede* inkább elméleti következtetések útján helyesen felismert, azt hat évvel későbben élő állatok szívén demonstrálta *Realdo Colombo*, a ki *Vesalius* tanitványa és később utóda volt a páduai egyetem boncztani cathedráján, később pedig Rómában IV. Pál pápának udvari orvosa lett. *Colombo* minden évben 10—15 emberi hullát bonczolt, a mi akkoriban még nagy ritkaság volt, és sok vivisectiot végzett állatokon, főként azért, hogy az állatok szivének működését megfigyelje. Nagyon hangsúlyozta a kisérletezés fontosságát, és azt jegyezte meg, hogy egy napi vivisectioból több okulást lehet szerezni, mint ha három hónapig tanulmányozza az ember *Galenos* műveit. *Colombo* kisérleti úton megerősitette *Vesalius* azon állitását, hogy a szív két felét elválasztó fal a vér számára át nem járható, kimutatta továbbá, hogy a tüdővivőerek nem levegőt, hanem vért tartalmaznak és a hogy a vér útja a jobb gyomrocsból a baloldaliba a tüdőkön át vezet. A „De re anatomica libri quindecim" czímű művében, a mely legelőször Velenczében 1559-ben jelent meg, a következőket irta: „Inter ventriculos septum adest, per quod fere omnes existimant sanguini a dextro ventriculo ad sinistrum aditum patefieri. Sed longa errant via; nam sanguis per arteriosam venam ad pulmonem fertur, ibique attenuatur, deinde cum aëre una per arteriam venalem ad sinistrum cordis ventriculum defertur . . . . Quod tam verum est quam quod verissimum; nam non modo si cadavera inspicis, sed si viva etiam animalia, arteriam venalem in omnibus animalibus sanguine refertam invenies."

Minthogy az eretnek gyanánt kivégzett *Servede* műveinek lehetőleg összes példányait a vakbuzgó papság mágyára vetette, valószinű, hogy *Colombo* nem olvasta *Servede* fentemlitett munkáját, és igy joggal mondhatta, hogy a vér áramlását a tüdőkön keresztül ő irta le először: „Quod nemo hactenus aut animadvertit, aut scripsum reliquit". *Servede* művét annyira veszélyesnek tartotta a papság, hogy bár az első kiadásnak a mágyra elől megmentett néhány példányát sokan lemásolták, egy második kiadás rendezése csak 1790-ben Nürnbergben vált lehetségessé. (*Servede* fent idézett fejtegetései ezen kiadásnak 170. és 171. lapján olvashatók.) Az 1553-ban elpusztitott első kiadás ezer példányból állott, és ezek közül csak három példányt sikerült a pusztulás elől megmenteni. Az egyik példányt Párisban őrzik, ez az 1567-ben meghalt *Fülöp* hesseni herczeg birtokában volt, a ki a reformationak buzgó hivei közé tartozott. Egy második példányt 1878-ban fedeztek fel Edinburghban, és a harmadik példány, a melynek sorsa a legérdekesebb, a bécsi császári könyvtárban van. Ezt *Servede* kivégeztetése után egy barátja és követője *Cassiodorus János*, a ki a „Christianismi restitutio" egy példányát mindig magával hordta, Londonba, és onnan a Majna melletti Frankfurtba vitte; halála után ez a ritka könyv ismét Londonba került, a hol egy magyar unitárius pap tulajdona lett, mint ezt a könyv czimlapján olvasható következő feljegyzés bizonyitja: Danielis Markos Szent-Iváni, Transsylvano-Hungari, Londini, 1665. die 13. Maji. Ez a *Szentiványi Markos Dániel* későbben az erdélyi unitariusok püspöke lett Kolozsvárott és tőle a könyv utódja, „*Michael Almási*" birtokába ment át. Később a könyv, mint ezt a rajta lévő feljegyzés tanusitja, *Teleki Sámuel* gróf tulajdonába ment át; a könyv tábláján a *Teleki* gróf czimere és jelszava: „Deus providebit" alatt a grófnak következő sajátkezűleg irt megjegyzése olvasható: S. Samuel S. (sancti) R. (Romani) I. (imperii) Com. (comes) *Teleki de Szék*, S. (sanctae) C. (caesareae) R. (regiae) M. (Majestatis) Camer. (camerarius) et Consil. (consiliarius) A. (altissimus) Int. (internus). Ezt a nagy ritkaságánál fogva igen nagy értéket képviselő művet *Teleki* gróf diszes, aranyozott szattyánbőrkötéssel látta el és *II. József* császárnak ajándékozta, a ki a császári könyvtárban helyezte el.

Két évtized óta *Tollin Henrik* magdeburgi evangelikus lelkész, tiszteletbeli orvostudor és kiváló theologus, egy terjedelmes czikksorozatban *Servede* részére követeli a vérkeringés felfedezésének kezdeményezését, és azt iparkodik bebizonyitani, hogy *Servede* felfedezése nem maradhatott ismeretlen, és ha sem *Colombo* sem *Harvey* nem emlitették *Servede* nevét, ezt valószinűleg azért tették, mert az ő korukban nem lehetett tanácsos egy eretnek tanai miatt egyházi átokkal sujtott és mágyán kivégzett férfiúra hivatkozni.

Colombo azonban már azt is felismerte, hogy az ütőerek kitágulása a szív összehúzódásával egyidejűleg történik, megszűkülésük pedig a szív elernyedésével esik össze. „Comperies enim" — úgymond — dum cor dilatatur, constringi arterias et rursus in cordis constrictione dilatari. Verum enim animadvertas: dum cor sursum trahitur et tumefieri videtur, tunc constringitur; cum vero se exserit quasi relaxatum deorsum vergit, atque eo tempore dicitur quiescere."

Részben még inkább megközelitette az igazságot *Andrea Cesalpino* (lat. *Andreas Caesalpinus*), a ki korának egyik legkiválóbb botanikusa, jeles bölcsész és nevezetes orvosiró volt. *Cesalpino* az 1519. évben

született Arezzóban, Toscanában, kora ifjúságától fogva nagy buzgalommal foglalkozott bölcsészeti és természettudományi tanulmányokkal, a pisai egyetemen orvosi oklevelet nyert, és ugyanott 1555-től 1592-ig a növény- és gyógyszertan tanára volt, 1592-től fogva pedig a 84 éves korában 1603-ban bekövetkezett haláláig Rómában működött mint egyetemi tanár és *VIII. Clemens* pápa udvari orvosa. *Cesalpino* az *Aristoteles*-féle bölcsészetnek volt buzgó hive és oda törekedett, hogy *Aristoteles* tanait megtisztítsa a scholastika befolyása alatt hozzátapadt salaktól. Sokat foglalkozott a vérkeringési szervek boncz- és élettanával és a vérmozgás kérdésének megoldására irányitott kutatásaiban az volt előnye, hogy ő nem ragaszkodott mindenben *Galenos* tanaihoz, és míg *Galenos* szerint a vérképzés centruma a máj, addig *Cesalpino*, követve *Aristotelest*, a szivet tartotta nemcsak a véráramlás, hanem tévesen az összes idegek központjának is. Igy a „Quaestionum peripateticarum libri quinque" czímű művében, a mely Velenczében 1571-ben és 1593-ban jelent meg, az ötödik könyv harmadik fejezetében *Aristoteles* nyomán ezt mondotta: „Vis motiva, quae nervis perficit suos motus, in corde adest. Ibidem et appetitus inest, unde est principium motus . . . . Ex quibus est manifestum primum sensorium cor esse." A kis vérkört *Cesalpino* helyesen irta le, söt ennek leirásánál már a „circulatio" kifejezést is alkalmazta; tény az is, hogy *Galenos* nyomán azt állitotta, hogy alvás közben az arteriák és vénák közötti anastomosisok útján a vér és a pneuma részben kicserélődik (Quaestionum med. Lib. II. Cap. 17.) és azt az észleletét is leirta, hogy valamely véna lekötésekor, ennek nem a centralis, hanem peripherikus része duzzad meg: mindebből azonban nem volt még képes a helyes következtetést levonni, hanem ellenkezőleg, helyes megfigyeléseit agyafurt okoskodások segélyével összhangzásba igyekezett hozni az uralkodó téves tanokkal. Igy pl. azt állitotta, hogy valamely véna lekötésekor azért duzzad meg ennek környi része, mert a vér ilyenkor a rendestől eltérőleg visszafelé folyik, nehogy a lekötés következtében elhaljon, „forte recurrit eo tempore sanguis ad principium, ne intercisus exstinguatur".

A vér mozgását a szervezetben *Aristoteles* nyomán az „Euripos" nevű tenger-áramhoz hasonlitotta. Az Euboia szigetet Boiotiától elválasztó tengerszorosnak keskenyebb részében, a mely az „Euripos" névvel jelöltetett, egy kis sziget van, és e helyütt már a Kr. előtti V. században híd vezetett át; a hidon állva a tenger vizének egy sajátszerű áramlását észlelték és lehet ma is látni. Ezen szorosban ugyanis a viz egy ideig sebesen folyik délről északnak, majd pedig, miután néhány perczig az áramlás szünetelt, ugyanoly gyorsan megint visszafelé áramlik a viz; az áramlás irányának ezen megváltozása naponként tizennégyszer következik be. Ehhez hasonló centrifugalis áramlásnak a vénákban és ugyancsak a vénákban történő visszaáramlásnak irta le *Cesalpino* a vér mozgását. Kétségtelen tehát, hogy *Cesalpino* még nem ismerte az ú. n. nagy vérkört, sőt a kis vérkört sem ismerte alaposan, mert helyesen irta ugyan le a vér útját a tüdőkön át, de ő is azt hitte még, hogy ezen az úton a vérnek csak egy kis része jut a jobb gyomrocsból a baloldaliba, szintúgy ő is azt tanitotta, hogy a vérből a bal gyomrocsban kiváló korom, a „fuligo", a tüdővénákon és a tüdőkön át ürül ki.

Nincs igaza tehát azon olasz iróknak, a kik, mint pl. újabban *Ceradini*, a vérkeringés felfedezésének dicsőségét — nemzeti hiúságból — *Colombo* és *Cesalpino* részére követelik.

Harvey valószinűleg ismerte *Colombo* és *Cesalpino* észleleteit, sőt talán, mint ezt *Follin* erősíti, *Servede* közleményéről is tudott, mindezek befolyással is lehettek búvárkodásának irányára, de senki sem vitathatja el tőle azt a halhatatlan érdemet, hogy ő volt a legelső, a ki először ismerte fel a vérkeringést a maga egészében és a vér keringését a szervezetben minden kétséget kizáró módon be is bizonyitotta.

Igen alkalmas volt *Harvey* nagy felfedezésének előkészitésére, sőt ennek egyik kiindulási pontja is volt, a vivőerek billentyűinek felfedezése. A véna azygosban levő billentyűket már *Charles Etienne* (Stephanus, meghalt 1564-ben) franczia orvos és *Cannani* ferrarai protomedikus (1515—1579) is leirták a XVI. század közepén, de a vénák billentyűit általában *Fabricius ab Aquapendente* páduai tanár (1537—1619) ismertette legelőször behatóan 1574-ben. Ezen billentyűk jelentőségét azonban ebben a korban még nem ismerték fel, és *Fabricius* is azt hitte, hogy ezen billentyűk arra valók, hogy a vénákban a vér centrifugalis irányú áramlásának túlságos gyorsaságát mérsékeljék.

Harveyt már orvosnövendék korában mesterének, *Fabricius ab Aquapendente*-nek előadásai és demonstratioi figyelmessé tették a vivőerekben levő billentyűkre, és mint a kiváló physikussal, *Boyle*-al (1627—1691) utóbb maga közölte, hosszas gondolkozás után arra a meggyőződésre jutott, hogy a vivőerekben ezen billentyűk miatt a véráram iránya nem lehet centrifugalis. Bonczolatok és vivisectiok útján meggyőződött arról is, hogy *Vesalius* nem tévedett, a midőn megczáfolta *Galenos* azon tételét, a mely szerint a szív két fele közötti válaszfalon nyilások vannak; látta továbbá, hogy az arteriákban is nem pneuma, hanem vér foglaltatik; figyelembe vette, hogy élő állatban a lekötött arteriának centralis vége, a lekötött vénának pedig környi része duzzadt meg; pontosan tanulmányozta az atrioventricularis és seminularis billentyűk szerkezetét: és minden tapasztalatai világossá tették előtte, hogy a szivből a vér az egyes testrészekbe nem a vénákon, hanem az arteriákon át jut, és ezekből a vénákon át kerül vissza a szivbe, vagyis felismerte a vér keringő mozgását a szervezetben. A szív és a vénák billentyűinek szerkezetével is azt bizonyitotta, hogy a testben a véráramlás iránya nem is lehet más.

Tihanyi Mór dr., m. kir. rendőrorvos.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Kis gyermekek sérveinek radikalis műtéte.

Közli: **Alapy Henrik** dr., egyetemi magántanár.

Irodalom. 1. *Kocher:* Resultate der Hernien-Radikaloperation. Centrbl. für Chir. 1897. 19. sz. 2. *Coley:* The radical cure of hernia etc. Annals of surgery 1897. March. Ref. Centralbl. f. Chir. 1897. 1142. l. 3. *Froelich-Broca:* Congrès français de chirurgie. XI. session, oct. 1897. Ref. Centrbl. f. Chir. 1898. 337. l. 4. *Hültl:* Gyermekek lágyéksérvének radicalis műtételéről. Orvosi Hetilap 1898. 5. *Drobnik:* Über Radikalop. d. Inguinalhern. bei Kindern. Ref. Centrlbl. f. Chir. 1898. 1199. l. 6. *Taillens:* Sur le résultat éloigné de la cure radic. d. hernies. Ref. Centralbl. f. Chir. 1898. 1200. l. 7. *Franz* (Eiselsberg-kóroda): Herniologische Beobachtungen etc. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 51. k. 1. l. 8. *Bull and Colley:* Observations upon the operative treatment of hernia etc. Annals of surgery 1898, Nov. 9. *Barker:* A study of two hundred consecutive operations for the radical cure of hernia. British medic. Journ. 1898. sept. 10. 10. *Funke:* Zur Statist. d. incarc. Hern. bei Kinder bis zum Alter von 1 Monat. Centrbl. f. Chir. 1899. 309. l. 11. *W. Mc Adam Eccles:* The treatment of inguinal hernia in children. British med. Journ. 1899, Mai 13. 12. *Fraenkel:* Über Radikalop. d. Leistenbrüche v. Säuglingen. Centrbl. f. Chir. 1899. 1241. l. 13. *Karewski:* Radikalop. d. Leistenbrüche bei Säuglingen. Centrbl. f. Chir. 1899. 1377. l.

Azt az elavult felfogást, hogy a gyermekek sérvei a szövetek gyengesége és finomsága folytán a radikalis műtétre alkalmatlanok lennének, a mai sebészet teljesen elejtette. Valamint elejtette azt a felületes észlelésen alapuló nézetet is, miszerint a gyermekek sérveinél úgy sincs szükség műtétre, miután azok sérvkötő alatt amúgy is meggyógyulnak. Hogy sok gyermek sérve csakugyan meggyógyul a sérvkötő hordása következtében, az tény, mely már abból is kitetszik, hogy kis gyermekeknél számosabb sérvet látunk, mint idősebbeknél. De hogy *minden* gyermeksérv, vagy csak a *legtöbb* is meggyógyulna a sérvkötő alatt, azt hinni nagy tévedés. *Kummer* közelebbi adatok nélkül állitja, hogy a gyermeksérvek két éves korig gyógyithatók sérvkötő által, míg *Broca* ugyancsak számok közlése nélkül azon nézetének ad kifejezést, hogy sérvkötő alatt csak kevés gyermek sérve gyógyul meg. Több súlylyal birnak *Langdon* és *Mac Ready* adatai. Az előbbi magángyakorlatában, mely a sérvkötő-kezelésben jobb eredményeket kell hogy adjon, 100 gyermek közül 47-et látott meggyógyulni a 3-dik életév végéig. *Mac Ready* a national truss society statistikájára támaszkodva azt mondja, hogy az első életév végéig meggyógyul 58%, az 1—5 év alatt 10%, ezen a koron túl alig gyógyul egy is.

Ebből nyilvánvaló, hogy a gyermekek sérveinek sokat emlegetett spontan gyógyulása csak részben felel meg a valóságnak, s hogy sok esetben a gyermeksérvekkel szemben is a radikalműtéthez kell nyúlnunk.

Hogy a gyermekek lágyéksérvei műtét által való zárásra nemcsak alkalmasak, hanem *kiválóan alkalmasak*, sokkal inkább, mint a felnőttek sérvei, arra nézve most már oly számos észlelettel rendelkezünk, hogy ennek bizonyitásába bocsátkozni felesleges. A szerzők túlnyomó többsége megegyezik abban, hogy az esetben, ha a sérvkötő-kezelés kivihetetlen, vagy nem jár eredménynyel, akkor a gyermekek sérveit is radikal-műtétnek kell alávetni, *ha a gyermek egy bizonyos kort elért.* Ez a kor az, a melyre nézve még nincs megállapodás.

Kocher a 3—30 év közti kort tartja a sérvműtétre legelőnyösebbnek, bár, mint a Beresovsky statistikájából látszik, a Kocher által operált legifjabb egyén csak ²/₃ éves volt. *Nicoladoni* 2 évnél idősebb gyermekeket operál; *Bittner* (Bayer) 34 esete közül csak egy volt egy éven alul; *Froelich*, *Barker*, *Broca*, *Parker* csecsemőket is készségesen vetnek alá a műtétnek, ha különben jól fejlettek. *Cousins*, *Morgan*, *Eiselsberg*, *Hültl* (kinek dolgozatában az irodalmi adatok is pontosan össze vannak állitva) az egy éves kort tartják a műtét alsó határának.

Legutóbbi időben *Fraenkel* nyomós okokkal küzd a gyökeres lágyéksérvműtétnek *csecsemőkre* való kiterjesztése mellett. Szerinte a sérvkötő-kezelés a csecsemőkorban bár legeredményesebb, de, legalább a szegény-praxisban, legnehezebben is kivihető. Figyelmeztet arra, hogy számos ily csecsemő makacs bélhurutban szenved, mely többnyire a sérv keletkezésének oka is volt. Ebből pedig circulus vitiosus áll elő, mert a bélhurut az örökös eczema és furunculosis folytán a sérvkötő hordását lehetetlenné teszi, és a gyermek erőlködése által a sérvet növeszti, másrészt Fraenkel szerint a sérv a bélhurut gyógyulását gátolja. Ez okokból Fraenkel a csecsemő-sérvet a szegény-gyakorlatban kiválóan alkalmas és igen hálás műtéti tárgynak tartja, a mennyiben pl. az általa operált 16 csecsemőnek (2 hótól fel) nemcsak sérvét gyógyitotta meg, hanem a műtét után a bélhurut is többnyire meggyógyult. *Karewski* nem osztja ugyan teljesen e nézetet, de a csecsemők gyökeres sérvműtétét ő is igen előnyös műtétnek tartja, főleg, ha az ember nem végez typikus Bassinit, mint Fraenkel, hanem Karewski szerint megelégszik a sérvtömlő magas leválasztásával és lekötésével, mely műtét szerinte 3—5 percz alatt kivihető. Hogy ily fiatal korban ez a műtét is radicalis, az kitünik a K. 19 esetéből (13 szabad, 6 kizárt sérv), melyekben redidiva évek multával sem lépett fel.

Mindebből az tünik ki, hogy a gyermekek lágyéksérveinek sérvkötő alatti gyógyulása nagyrészt a szülők értelmiségének és vagyoni helyzetének a kérdése. A magángyakorlatban a sérvkötő-kezelés igen gyakran gyógyitja meg az egészen fiatal gyermekek sérveit, és ez okból mindig ezt kell megkisérteni első sorban; itt a műtét csak akkor van javalva, ha 1. a sérv kizáródik, 2. ha a sérvkötő által vissza nem tartható, 3. ha a sérvkötő viselése daczára növekszik, 4. ha igen tág kapu vagy irreponibilis sérv van jelen és 5. ha a szülők socialis okokból kivánják a műtétet. Ellenben a kórházi gyakorlatra nézve ref. nagy

anyaga alapján megerősítheti a fent idézett szerzők azon nézetét, hogy a szülők szegénysége vagy kellő értelmiségének hiánya már sokkal korábban, a felsorolt javallatokon kívül is rákényszeríti a sebészt a műtétre. A gyermek *kora* azonban a műtét javallatainak és ellenjavallatainak megállapításánál alig játszhatik szerepet, a gyökeres lágyéksérvműtét a *legzsengébb korban* is igen jó eredménynyel jár.

Könyvismertetés.

Die Ankylostomiasis. Eine Berufskrankheit des Berg-, Ziegel- und Tunnelarbeiters von Dr. **Hugo F. Goldmann.** Wien und Leipzig. W. Braumüller.

Kórboncztani s kórtani könyvekben találkozunk ugyan az ankylostomum duodenale fejlődésének és átalakulásának leirásával, ezek azonban ezen bélféreg által emberi szervezetben előidézett változások tüneteinek ismertetésével rendszerint csak röviden foglalkoznak. A szerző által ipari, illetve foglalkozásbeli megbetegedésnek feltüntetett kóralak hazánk különböző bányáinak munkásai közt ép úgy van elterjedve, mint Közép-Európa egyéb ilynemű telepei közt; mégis az ily betegekkel ritkán találkozunk, egyrészt mivel vérszegénység főbb jeleivel jelentkező betegeknél a szükséges vizsgálatok alig vezettetnek ezen betegség felismerésére szükséges irányban — ritkán lévén alkalom ilynemű betegeket egyetemeinken bemutathatni –, másrészt, mivel ezen betegség igen könnyen összetéveszthető más betegségekkel, különösen az anaemia perniciosával, melyhez a vérszegénységen kívül szembeli vérzések s a test különböző részein fellépő vizenyős duzzanatok társulnak; a vérszegénység könnyen is magyarázható, ha figyelembe vesszük, hogy e féreg gazdájának véréből és vérsavójából élősködik.

Szerző e könyvben saját, két éven at folytatott vizsgálatai és észleletei nyomán a féreg által a szervezetben előidézett változásokról bő s kimerítő alapossággal számol be, úgy hogy azok is, kiknek nem volt alkalmuk ilynemű betegségekkel találkozni, a tünetek figyelembe vétele mellett felismerhetik a bántalmat. Sajnálatos körülmény, hogy az igen bő s beható irodalmat figyelembe nem vette s tapasztalatait nem is iparkodott az irodalmi adatokkal összhangzásba vagy összehasonlításba hozni.

Szerzőnek e bántalomnál tapasztalt észleletei következők; a veres vérsejtek számbeli csökkenése, köbmillimeterenként 2.100,000-re; a veres vérsejtek aránya a fehér vérsejtekhez 1 : 18-ra, a vér haemoglobin-tartalma 18%-ra szállhat alá. A vérben sok az eosinophil sejt, s makro-, mikro- és poikilocythosis lép fel. Az arcz feltünően sápadt, a köthártyák halványak — holott a bányászoknak köthártyája a porral való foglalatoskodás folytán hurutos —, a bőr viaszsárgás, a beteg lefogy, az izomzat petyhüdt, a zsírszövet eltünt, a láták a reflex ingerlékenység folytán feltünően tágak, a szemfenék halvány vérömlenyektől átszött, a szemfenék edényei szűkek. A nyaki visszerek undulálnak, felettük zörej hallható. A nyelv sárgás, remegő, a felső végtagokban tremor, mely azonban össze nem tévesztendő az alkoholos eredetű vagy sensilis tremorral. A szív rendszerint jobb s bal felé tágult, csúcson finom zörej hallható. A lép számos esetben nagyobb. A síp s szegycsont nyomásra s ütögetésre fájdalmas. A lábháton, a bokák körül, a herezacskón s szemhéjakon vizenyő. A bélféreg által legyengült szervezet minden tüdőbeli megbetegedés letelepedésére alkalmas talajt nyújt. A székletét a fennálló gyomorbélhurut folytán híg, vérrel kevert, górcsői vizsgálatkor peték láthatók, melyek az oxyuris vernicularis petéitől olyformán különböztethetők meg, hogy (Sahli) eczetsav hozzáadására az utóbbi petéjének külső chitin burka a belsőtől hólyagszerűen leválik, míg az anchylostomumé nem. Subjectiv tünetek: bágyadtság, fáradtság, szédülés, fej- s homloktáji fájdalom, fülzúgás, szemkáprázás, heves szívdobogás, gyomorégés, felböfögés, gyomorgörcs.

E könyvnek igen érdekes részét képezi az anchylostomum fejlődésének bő ismertetése. E helyütt találjuk annak magyarázatát is, hogy miért fordul elő oly gyakran a bélféreg a bányászok, téglagyári s alagúti munkásoknál. Ezen ipartelepeken van u. i. a féreg fejlődéséhez szükséges rothadásra alkalmas talaj, magas hőmérsék s bő nedvesség. E féreggel inficiált munkások kellő felügyelet híján ürüléseiket a munkahelyhez közel végzik. A peték gyorsan fejlődnek lárvákká, melyekkel a munkások munka közben különösen a nedves helyeken, a bányautak faburkolatainál érintkezésbe jutnak, s az kezük útján szájukba kerül. A fertőzés másik két alakja a levegő útján való fertőzés módjai, valamint a ruhával való fertőzés lehetősége.

Szerző a thymolon kívül az extract. filicis marist ajánlja biztos szerkép a féreg ellen. A folyton terjedő betegség tovaterjedésének meggátlására az egyedüli út a prophylaxis, melylyel a könyvnek utolsó fejezete foglalkozik. Szerző czélszerűnek tartaná időnkint az összes munkások ürüléseit petékre megvizsgálni, a tisztasági szabályokat betartani, a munkahelyhez közel jól záró, fedhető, könnyen desinficiálható, kerekeken tolható vastartályokról gondoskodni, melyek closeteknek használandók s melyek naponta kiüritendők volnának. A munkatereken való étkezés eltiltandó; végül munka után fürdőzést vagy zuhanyozást, munkás ruha viselését s friss vízről való gondoskodást ajánlja, melyhez czitromsav (10 hektoliterre egy kiló) volna keverendő.

E könyv a függelékben ama még tisztázatlan kérdést tárgyalja — sajnos nem elég behatóan s kimerítően — vajjon a lónak ürülésében található peték azonosak-e az ankylostomum petéivel s vajjon ennek alapján nem kellene-e a lovakat ilynemű üzemektől távol tartani. A könyvhöz csatolt ábrák a szerző készítményei alapján az ankylostomumot a fejlődés különböző stadiumaiban tüntetik fel.

Friedrich dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A Haffkin-féle pestis-ellenes oltás értéke. *Bitter* nézete szerint a Haffkin-féle oltások támogatására felhasznált statistikai adatok közül csupán azok értékesíthetők, melyek négy olyan indiai községből származnak, a hol a beoltottak és be nem oltottak teljesen egyenlő körülmények között s egymással érintkezésben éltek. Ezekben a helységekben a beoltottak közül 20, 11·1, 4·3. illetve 4·7% betegedett meg és ezeknek 8, 4·2, 2·15, illetve 2·4%-a halt meg pestisben, míg a be nem oltottak megbetegedési százaléka 43·5, 42, 20, illetve 16·6 és ezekből elhalt 29·8, 40, 14·6, 11·4%. Az oltás tehát távolról sem mentesít tökéletes biztossággal és ha a legkedvezőbb halálozási számot is vesszük fel: 100,000 lakosú városból 2150 egyén pusztulna el. Egy 800,000 lakosú várost — mint pl. Bombay — beoltani, sokkal nagyobb nehézséggel jár, mint az első pillanatra tetszik. Kellene ehhez 3000 liter megölt bouillon tenyészet és 50 orvos naponta 5 órán át oltva, csak 80 nap alatt készülne el. Továbbá nem tudni, hogy mennyi ideig marad meg az oltás hatása és milyen időközökben kell azt ismételni.

A védőoltás tehát csak mint kisegítő eszköz jöhet számba a járvány leküzdésében; fődolog lesz a fertőzés góczpontját felkutatni és elpusztítani. A pestisnél ebből a szempontból nézve kedvezőbbek a viszonyok mint a choleránál, mert e járványnak explosioszerű kitörésétől itt nem kell tartani; van tehát idő a góczok felkutatására és megsemmisítésére. Hogy Indiában ez nem sikerült, annak az oka abban rejlik, hogy nem jártak el rendszeresen és megfontoltan. (Hyg. Rundschau 1900. 4. sz.) *Filep* dr.

Közegészségtan.

A tuberculol, új tuberculosis toxin. *Landmann* igen erős mégező hatással biró toxint állított elő a tuberculosis-bacillusokból oly módon, hogy a bouillonban tenyésztett bacillustömeget konyhasó, destillált víz és glycerin keverékével 37, 50, 60, 70, 80, 90 és 100° C. hőmérsékénél digerálta s az így nyert kivonatokat hozzá öntötte a bouillonhoz, a melyben a bacillus tenyészett. Ezután az egészet porcellánon ismételten átszűrte, légüres térben 37°-nál syrupsűrűségig bepárolta és conternálás czéljából 0·5% phenolt adott hozzá.

Az így nyert toxin, a *„tuberculol“*, mérgező hatású: belőle 1·0 kcmnél kevesebb megöl egy 250 grammos tengeri malaczot. Pontosabb adagoltatás czéljából utólag annyi 0·5%-os phenol-oldatot ad hozzá, hogy egy 250 grammos tengeri malacz elpusztítására épen 1 kcm. szükségeltessék. Mérgező tulajdonsága szempontjából tehát 1 kcm.-je 50 kcm. T. R.-nek felel meg,

Tengerimalaczokon végzett kisérletei azt látszanak igazolni, hogy a készítmény 3 hónapi adagolása után tuberculosissal való fertőzés ellenében immunisokká válnak az állatok, sőt tuberculosissal már inficiált állatokat meggyógyítani is sikerül abban az esetben, ha a fertőzés nem volt nagyon súlyos és ha a kezelés a fertőzés utáni nyolczadik napon már kezdetét veszi.

Kezdődő phthisisben szenvedő egyéneknek is adagolta és közölt kórtörténeteiből annyi minden esetre kiviláglik, hogy a szer *kellő óvatosság* (!!) mellett legalább is nem árt, bár a maximalis napi adag némely betegnél 5 gm. volt. Minél kiterjedtebb módon való kipróbálása tehát minden esetre indokolt, annyival is inkább, mert szerző állítása szerint beszerzése nem kerül nagyobb költségbe, ára azonban nincs pontosan közölve. Kapható Merck vegyi gyárában Darmstadtban. (Hyg. Rundschau 1900. 8. sz.) *Filep* dr.

Nagy mennyiségű víz sterilizálása ozon segítségével. Lille-ben a városi vízművek szivattyú állomása mellett *Marmier* és *Abraham ozonnal* sterilizáló telepet rendeztek be, a mely óránként 35 köbmeter vizet képes szolgáltatni. A telep felszereléséről és működéséről *Calmette* a következő véleményt adta:

1. A víznek a Marmier és Abraham rendszerű ozonnal való sterilizálása jobb mint az eddig alkalmazott módszerek, ha nagymennyiségű vízről van szó.

2. A készülékek egyszerűsége és szilárdsága, továbbá a szolgáltatott vízmennyiség állandósága biztosítják az eljárás gyakorlati hasznavehetőségét.

3. A vízben levő összes pathogen és saprophyta mikroorganismusok mind elpusztultak az ozon behatása alatt, kivéve nehány B. subtilist (kb. 1 bacillus 15 l. vízben).

4. Ozonozás által a víz kellemesebb ízű lesz. (Hyg. Rundschau, 1900. 6. sz.) *Filep* dr.

A czitrom leve mint malaria ellenes óvószer. *Mattei* vizsgálatai alapján felnőtteknek naponta egy kávéskanálnyi, gyermekeknek félannyi czitromlé vízzel felhigítva és éhgyomorra bevéve, igen jó óvószer, úgy hogy azok közül, a kik ezzel éltek, csak igen kevesen kaptak malariát a súlyosan látogatott vidéken is. Az okát ennek a hatásnak abban keresi, hogy a czitrom levétől az illetők bőre és váladékai sajátszerű szagot nyernek, a melyet a finom szaglású malariavivő szunyog nem szeret. (Hyg. Rundschau, 1900. 7. sz.) *Filep* dr.

Daarjeling város vízszűrő telepe. Daarjeling egy csinos kis város a Himalaya alatt, a mely nem régiben új vízműveket épített. A vizet a hegységekben levő forrásokból nyerik, a melyeket két nagy reservoirba gyüjtenek össze; ezek 15,000 köbmetert birnak magukba foglalni. A nevezetes a dologban azonban az, hogy a víz megszűrése Pasteur-féle szűrők által történt, a mire példát Európában nem is tudunk. 250 szűrőgyertya van egy közös vashengerbe összefoglalva és 38 ilyen vashenger van; a szűrés tehát 9500 Pasteur-féle szűrőn történik. Az egyes vas-

hengereket szükség szerint ki lehet kapcsolni a működésből, ha pl. takarítani akarnak,vagy pedig ha valami elromlik. A szűrőgyertyák átjárhatatlanságát sűrítetett levegővel próbálják ki. A telep kitünően működik és kivált a szűrők tisztogatása utáni időkben teljesen bakteriummentes vizet szolgáltat. (Revue d'hygiène, 1900. 1. sz.) *Filep* dr.

Belgyógyászat.

Méhrák egy esetében a klinikai képben merevgörcsös gerinczvelőbénulást talált *A. Meyer*, a melynek anatomiailag az oldalsó pamatok elfajulása felelt meg. Ez idegrendszeri leletet a rák mérgező befolyásából magyarázza. (Zeitschr. f. Nervenheilk. 1900. XVI. k. 5—6. f.) —*ts.*

„Taille de guêpe." A darázsmellkasalak, mely a myopatiákban gyakori *P. Marie* szerint a mellkas lelapulásának következménye, mely a bordák ferdébb lefutásához vezet. (Soc. de neurol. de Paris Revue neurol. 1900. 7. sz.) —*ts.*

Sclérose tubéreuse hypertrophique. *Philippe* és *Hudovernig* ezen Bourneville és Brissand által felállított kórforma 2 mikroskoposan vizsgált esete alapján az elváltozások sokszerűségére fektetnek súlyt. A sclerosis granulatios vagy diffuse megvastagodott nodositások alakjában mutatkozik, melyek górcső alatt sűrű neurogliából, neurogliás magokból és megváltozott erekből állanak, bennük 60—100 μ nagyságú, óriássejtekhez legközelebb álló neuroglia-sejtek találhatók. Meningitis következtében a pia mater összenőtt a kéregszövettel. A lebenyek nagy számában találtak atrophiát foetalis consistentiával. Ebből folyólag ellentmondanak azon felfogásnak, mely e bajt gliomának vagy neurogliomának tartja. (Soc. de neurol. de Paris. Revue neurol. 1900. 7. sz.) —*ts.*

Világrahozott merevgörcsös családi betegség példáját észlelte *Pesker* Bourneville osztályán. Két testvér közül a fiatalabbik 15 napos korától egy éven át naponként görcsökbe esett, melyek ekkor megszüntek. Járni nem tanult, intelligentiája nem fejlődött. 6 éves korában kezd érteni egyszerübb kérdéseket. Alsó végtagjait nem tudja mozgatni, a megfeszült inak a passiv mozgást is akadályozzák. Az izmok atrophiásak, a patella-reflexek élénkek. A felső végtag elég erős, intentios tremor, nystagmus, lassú beszéd voltak jelen, a szemfenék ép volt. Az idősebb testvér kórképe hasonló volt, de a psychés sphaera súlyosabban volt beteg, a felső végtagokban athetosisos mozgások voltak. Ez utóbbi bonczolásakor kiderült a kisagyvelői pálya, és kisebb fokban a hátsó kötegek színtelensége. A Clarke-féle oszlop majdnem eltünt. Különben is az egész idegrendszer rostszegény, az agykéregben a stratum zonale nincs meg. (Ezen esetek is mutatják, hogy a családi betegségeket már nem kell tüneteik szerint mint külön-külön betegségeket leirni, mert annyiféle alak van, a hány család és az egy család kebelében támadt kóresetek majdnem egyenlők. Ref.) (Soc. de neurol. de Paris. Rev. neur. 1900. 7. sz.) —*ts.*

A családi elmebajosok között *Fonque* olyanokat ir le, melyek egy család tagjain egyenlő alakban, ugyanazon korban kezdődnek és egyenlően folynak le. Ezek systemás, időszakos psychosisok, dementiák. (Thèse de Paris. 1899.) —*ts.*

A compensatorikus gyakorló gyógyeljárás kivitele tabes dorsalisnál. *A. Guttmann* a Leyden klinikáján 2½ éven át folytatott vizsgálatai alapján a Fraenkel-féle kezelés értéke felől igen kedvezően nyilatkozik. A tabeses ataxia legyőzése leghatalmasabb eszközének tekinti ezen gyógyeljárást. Ellenjavaltnak tartja alkalmazását az igen súlyos, előrehaladt ataxiánál, s a testi erő nagyfokú hanyatlásánál mindaddig, míg kellő hygienikus és diaetetikus eljárásokkal az általános erőbeli állapot nem javult. Tabeses egyén nagyfokú optikus atrophiával szintén nem alkalmas, úgyszintén megkiván a betegtől bizonyos fokú intelligentiát, mely nélkül szinte lehetetlen az eljárás technikai kivitele.

A gyógyeljárás tartamára vonatkozólag megjegyzi, hogy néhány hónapi kezelés után, melyet naponként kell végeznünk, korántse hagyjunk fel azzal; a folytonos állandó gyakorlás — ha nem is oly mértékben, mint az első hónapokban — lesz csak biztosítója az első időben elért gyógyeredményeknek.

Ezen úgynevezett „utógyógymódot" hosszú időtartamon át kell folytatni. (Charité-Annalen XXIV. Jahrgang, 1899. III.) *Kövesi* dr.

A próbaszúrcsapolás gyógytani jelentősége a savós mellhártya izzadmányoknál. 12 eset kapcsán *W. Zinn* a próbaszúrcsapolás gyógyhatásáról savós mellhártyaizzadmányoknál igen kedvezően nyilatkozik, a mennyiben ez 7 esetben gyógyulást, 5 alkalommal pedig javulást eredményezett. A gyógyhatás magyarázatánál egyrészt csatlakozik a Pel-Jordán-féle nézethez, másrészt azonban tekintetbe veszi a próbapunctio alkalmazásánál a mellűrben ily körülmények között jelenlevő positiv nyomásnak, bár kisfokban való csökkenését. (Charité Annalen, XXIV. Jahrgang, VI. 1899.) *Kövesi* dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Az uterus gümőkórjáról ir három eset kapcsán *Michaelis* Tudvalevő dolog, hogy a női ivarszervek minden részében kifejlődhetik a tuberculosis akár elsődleges, akár másodlagos alakban. Legritkább a cervix megbetegedése. Szerző esetei a következők:

1. 1896-ban egy 33 éves, 0 P.-t vettek fel a müncheni női klinikára, kinél a méhszáj körül egy 10 filléres nagyságú, kisgöbű, törékeny, könnyen vérző tumor foglalt helyet, melyet kezdődő ráknak tartva, exstirpatio totalist végeztek. A kivett uterus teste rendellenességet nem mutatott, de a cervix már telve volt — különösen a külső méhszáj felé — papillaris növedékkel. A mikroskopi vizsgálat eredménye a következő: a cervix nyálkahártyájában szembeötlő a mirigynagyobbodással, szaporodással és cystaképződéssel járó endometritis chronica. A nyálkás-genyes catarrhus, — a mint kisérleti vizsgálatainál Cornil is találta — a felületről indul ki, azután a mirigyhámból, épúgy, mint a tüdő-tuberculosisnál, tuberculosus epithelioid-sejtek lesznek; ugyanigy alakulnak át a nyálkahártya stroma-sejtjei. Végül a mirigyek és az interglandularis szövet helyébe óriás sejtekkel ellátott epithelioid-tuberculumok és tuberculosus sarjszövet lép. Elsajtosodott góczok még nem voltak kimutathatók. Ezen esetben tuberculosis bacillust nem talált, minden valószinűség szerint azért, mert a vizsgálat anyaga igen régi volt. Felfogása szerint ezen esetben a tuberculosis cervicis különálló, elsődleges alakja volt jelen, mi mellett bizonyit az is, hogy a beteg most, tehát 3½ évvel a műtét után teljesen egészséges, munkabiró, recidivának semmi nyoma.

2. A másik esetben egy 37 éves VIII. P.-tól egy tuberculosus uterus-polypust távolitottak el. Ez esetben azonban a bal tüdőben minden kétséget kizáró tuberculosus folyamat volt jelen s azonkivül a baloldali adnexumok is meg voltak betegedve. Az endometritis tuberculosa tehát a tubából leterjedő másodlagos folyamat volt, s az általa okozott erős hyperplasia és cystaképződés a nyálkahártyában egy körülirt helyen erős burjánzás folytán létrehozta a poylposus képletet, mely azután kocsánt alkotva, kinyomult az uterusból. A polypus szöveti szerkezete azt bizonyitja, hogy már tuberculosus endometriumból fejlődött. Ezen esetben a tuberculosis bacillus is kimutatható volt.

3. A harmadik esetben egy 39 éves IX. P. hosszabb idő óta tartó rendetlen vérzések miatt fordult a klinikához. Chronikus endometritis mellett a portio vaginalis meg volt vastagodva s a méhszáj körül gyanus granulatio mutatkozott, a mi a portio amputálását tette szükségessé. Az eltávolított rész szöveti szerkezete a tuberculosis tiszta képét adta. Ezen eset is másodlagos, leszálló folyamat volt, mert már kifejezett tüdőtuberculosisa volt a betegnek és ennek tünetei között meg is halt 6 hó mulva (de az uterus azontúl semmi zavart sem okozott).

A prognosist és therapiát tárgyalva, Pozzi-val, Schauta-val és Döderlein-nel a lokalis kezelést mint kikaparást, égetést stb. csak palliativ eszköznek tartja. Szerinte különbséget kell tenni az elsődleges és másodlagos méhgümőkór között. Elsődleges alaknál, ha az adnexumok teljesen épek, először a conservativ eljárás, a kikaparás jöjjön szóba (Sippel, Walther és Halbertsma ily úton teljes gyógyulást is értek el), de Vassmer-rel tartva hangsúlyozza, hogy ez csak kisérlet legyen s a beteg folyton szemmel tartandó, hogy kiújulás esetében radicalis műtétet végezhessünk.

A női genitaliák másodlagos tuberculosisánál, ha a beteg erőbeli állapota megengedi a komoly beavatkozást, csakis a radikalis beavatkozást ajánlja, mert csakis a radikalis műtét szabadít meg a tuberculosis bacillus útján minduntalan kifejlődő recidiváktól. De hogy előrehaladt esetekben a palliativ eredmények is kielégitők, e mellett szól szerző 2. és 3. esete.

Ref.-nek is volt alkalma látni évek előtt magángyakorlatában a primaer genital-tuberculosis egy esetét, melynek székhelye minden valószinűség szerint a corpus volt. Az eset diagnosisára nem a mikroskop, hanem a lefolyás vezetett. T. i. egy 13 éves leányka igen heves menorrhagiákban szenvedett, minden fájdalom kisérete nélkül. Midőn a vérzések később állandókká váltak, a súlyos anaemia miatt a gyermekleánynál curettage-t kellett végezni. A műtét rendkivül nagymennyiségű vastag nyálkahártyát távolitott el, melyben szakférfiú a górcsővel endometritis vegyes alakját ismerte fel. E kaparás után hónapokra kimaradtak a vérzések, s egy évig tűrhető állapotban volt a beteg. Egy év mulva a tünetek kiújulása újabb kaparást tett szükségessé. A górcső ismét jóindulatú bajt ismert fel. A második kaparás után, daczára fürdőkúrának, stb. már félév mulva rosszabbodás mutatkozott, de ekkor a család nem egyezett bele a kaparásba, hanem felszólította Ref.-t, hogy egyébbel tegyen próbát. Hydrastis, ergotin, forró, hideg irrigatiok már ismételten hatástalannak bizonyulván, támaszkodva a mikroskopikus leletekre, Ref. uterus massaget végezett, mely két héten igen jó eredményt mutatott, de a harmadik héten meningitis tuberc. tünetei között a beteg megbetegedett s egy hét alatt meghalt. Ezen esetben a végkimetel érthetővé tette a gyermekleánynál 3 éven át tartó makacs vérzéseket; minden esetre endometritis tuberculosa volt a betegség (a tubákat a massage alkalmával sem sikerült kitapintani). Ref. esete egyúttal a palliativ eljárás eredménytelenségét és a palliativ eljárások körül szükséges rendkivüli óvatosságnak szükségességét is bizonyitja.) (Beiträge zur Geb. u. Gyn. III. kötet, 1. füzet.) *Bäcker* dr.

Bőr- és bujakórtan.

Antipyrin-mérgezést tapasztalt *Graul* önmagán. Mint különösen érdekes symptomát felemliti a kemény szájpadon fellépett hólyagképződést, purpuraszerű erythemát mindkét alsó végtagján, egy eczema madidans scrotit, prophus salivatiot s az arcz, különösen, a két felső szemhéj futólagos oedemáját. (Arch. für Derm. u. Syph. 52. kötet.) *Poór F.* dr.

Az urticaria factitiaról értekezett *Seymour*. Vizsgálatai alapján arról győződött meg, hogy az urticaria factitia majdnem biztos jele a hysteriás és neurastheniás állapotoknak. Valószinűnek tartja, hogy előjövetelére nagy befolyással vannak a testi és psychikai megerőltetések. (Arch. f. Derm. u. Syph. 52. k.) *Poor F.* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Hemicraniánál jó eredménynyel használhatók a következő összetételű labdacsok: Rp. Chinini valerian. 3·0; Coffein citrici 1·5; Extr.

cannabis indic. 0·30. Fiant pil. Nr. 30. Naponként 2—3 labdacsot bevenni. (Practitioner, 1900. január.)

Dysenteria ellen *Buchanan* natrium sulfuricum huzamosabb használatát ajánlja: Rp. Natrii sulfurici 30·0, Aquae destill. 90·0. Háromszor naponként egy-egy evőkanálnyit. Ezen orvoslás mellett a székletétből csakhamar eltünik a vér és a nyák, a visszaesés azonban aránylag elég gyakori, a mikor is újból meg kell kezdeni a fenti szerelést. (Fortschritte der Medicin. 1900. 16. sz.)

Neuralgia supraorbitalis esetében, főleg asthenopia vagy conjunctivitis sicca kapcsán fejlődőkben, *Peters* jó eredménynyel használja a chinint secale cornutummal kapcsolatban: Rp. Secal. cornut. 1·0; Chinin hydrochlor. 2·0; Ferri sulfur. 5·0; Extr. gentian. qu. s. ut fiant pil. No. 100. D. S. 3-szor naponként 2—2 labdacsot. (Ref. Wiener mediz. Presse, 1900. 20. sz.)

Galandféreg elhajtása. *Kime* szerint olyan esetekben, melyekben a taenia egy része az anuson kilóg, úgy lehet eljárni, hogy először a kilógó féregrészletet néhány centimeternyi darab kivételével eltávolítjuk, azután a visszamaradt részt fonállal lekötjük és a fonál felett 3 centigramm morphium hydrochloricumot fecskendezünk a galandféregbe. Most visszatoljuk a féregrészletet a bélbe és 10 percz mulva klysmát adunk a betegnek egyszerűen vízzel. Néhány percz mulva a vízzel együtt fejestől távozik a galandféreg. (Fortschritte der Medicin, 1900. 16. szám.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. julius 13.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 26-dik hetében (1900. junius 24-dikétől junius 30.-ig.) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Élveszületett 461 gyermek, elhalt 278 egyén, a születések tehát 183-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 35·0. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 21·1, az egy éven felüli lakosságnál: 16·8, az öt éven felüli lakosságnál: 14·5. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 3, morbili 7, scarlatina 0, variola —, cholera asiat —, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 21, apoplexia 2, ecclampsia 3, szervi szívbaj 18, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 26, tuberculosis pulmonum et phthisis 55, diarrhoea et enteritis 11, gastro-enteritis 15, rák és egyéb újképletek 20, ezek közül méhrák 3, morbus Brightii et nepbritis 8, rachitis 1, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 16, atrophia et inanitio 2, marasmus senilis 4, erőszakos halált eset 20, ebből gyilkosság és emberölés 3, öngyilkosság 8, baleset 8, kétséges 1 (—). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hó végén volt 2567 beteg, szaporodás e héten 782, csökkenés 791, maradt e hét végén 2558 beteg. *B)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi junius 24-dikétől julius 1.-éig terjedő 26 héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 31 (3·), diphtheria, croup 10 (12), hagymáz (typhus) 4 (1), kanyaró (morbili) 147 (109), trachoma 9 (7), vérhas (dysenteria) 1 (0), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 17 (15), orbáncz (erysipelas) 16 (17), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (3), ezenfelül varicella 18 (11).

* * *

⊥ **XIII. nemzetközi orvosi congressus Párisban.** A magyar bizottság mult számunkban közölt tudósításaink kiegészítéseül még a következőket közli: A jelentkezéseket folyó hó 7-dikén, miként előre jelezve volt, lezárták, s az irományokat egyenesen Párisba küldték. A franczia bizottság többszöri sürgetés daczára eddig késedelmeskedik a tagsági jegyek megküldésével, melyek pedig a vasúti kedvezmények igénybevételénél szükségesek lesznek. A bizottság azonban bizton reméli, hogy f. hó 20-adikáig mindenkinek lakására juttathatja tagsági jegyét. A jelentkezett 67 orvos neve be van jelentve a MÁV igazgatóságánál, úgy hogy a kedvezmény igénybevételénél nem lesz nehézség.

A bizottság figyelmezteti a résztvevőket, hogy mindenki lehetőleg francziául tudó útitárssal menjen. A legczélszerübb Budapestről délután vagy este indulva Insbruckban, Zürichben, Münchenben vagy Baselben meghálni, egy napot pihenni és éjjel utazni tovább, a mikor az utas reggel érkezik Párisba, podgyászát a pályaudvaron hagyja és délelőtt *magánházban* heti vagy hónapos szobát keres. Ajánlhatók különben a Szajna baloldalán a Boulev. St. Michel környékén levő nagyszámú szállodák is (pl. a Rue Sommerardban levő Hôtel Sommerard, Hôtel Suez, St. Pierre, des Étrangers stb.) jutányosabb áraiknál fogva. A nagy, világhirű hôtelek annyira el vannak árasztva, hogy szóba sem állanak az idegenekkel.

Étkezésre minden ár mellett Páris bármely részében bőséges alkalom van. Különösen ajánlhatók a következő solid vendéglők: a *Duval*-társaságnak mintegy 100 vendéglője (Établissement Duval), a Boulant-vendéglők, továbbá a Palais Royalban Véfour, mellette a Leon-féle, a Boul. des Italiens-en a Restaur. de l'Univers.

A congressus irodája jelenleg *21, Rue de l'École de Médecine,* julius 30-dikától pedig egy magyar bizottsági szoba lesz a *Faculté de Médecine* épületeiben, a mennyiben a magyar bizottság egyik tagja (Nékám dr.) julius 30-dikán és augusztus 2-dikán reggel 8 órakor a collegák rendelkezésére fog állani.

Az ünnepélyekre való tekintettel mindenki hozzon frakkot, melyen kivül egyetlen egy utazóruha elégséges. Pénzt legczélszerübb chéque alakjában hozni a *Credit Lyonnais* bankházra. Napi 30—40 frank személyi kiadásra lehet számitani.

Leveleket mindenki a *Faculté de Médecine, Bureau de poste du Congrés XIII.* czimmel küldesse. Az egyetemi épületben ugyanis alkalmi postahivatal állittatik fel julius 30-dikán.

Indulás ad libitum. Utirány tetszőleges. Legegyszerübb Bécs-Innsbruck-Baselen át (39—55½ óra, keleti expresszel 30½ óra) utazni, visszafelé Strassburg-Münchent választva.

⨯ **Újabb törvényszéki orvosi képesítések** Ez év május havában a *Budapesten* és *Kolozsvárott* tartott törvényszéki orvosi vizsgálatok alkalmával a következő orvostudorok nyertek törvényszéki orvosi képesítést: *Czigler Henrik* dr. egri gyakorló orvos, *Dobos József* dr. miskolczi gyakorló orvos, *Ferenczi Sándor* dr. Budapest székesfővárosi „Erzsébet"-szegényházi alorvos, *Fischl Ármin* dr. kolozsvári egyetemi műtőnövendék, *Schmidt Antal* dr. pécsi közkórházi másodorvos és *Urbanetz Ede* dr. temesvári kerületi orvos.

⊕ **Nyugalomba helyezés.** *Mende Lajos* dr. *kartársunknak* Baranya vármegye tiszti főorvosának az 1901. évtől kezdődő nyugdíjazását saját kértére a megyei közgyülés f. hó 29-dikén elhatározta. A határozat kimondása után *Jagics József* szép búcsú beszédben köszönte meg a közönség nevében a 30 évi lankadatlan munka után nyugalomba vonuló kartársunknak a megye közegészségügye emelése érdekében kifejtett közreműködését. *Tornay Károly* alispán, *Stojcvits János* és *Kopics Kamill* vármegyei főjegyző szintén meleg hangon méltatták a távozó főorvos érdemeit és a közgyülés elhatározta, hogy a meleg ovatiot jegyzőkönyvében is megörökíti, s annak idevonatkozó részletét a nyugalomba vonuló főorvosnak átadja.

= **Hőgyes tanár Pasteur-intézetében** folyó év május havában 180 veszett vagy veszettségre gyanus állatmarta egyén (138 magyarországi, 22 horvát és szlavon, 5 boszniai és herczegovinai, 15 szerbiai) nyert antirabikus védőoltást. 173 egyént kutya, 5-öt macska, 2-őt sertés mart meg. Haláleset nem fordult elő. Évi folyó szám: 889; egyetemes folyó szám: 13,175.

⊕ **A Kézmárszky-féle szülészeti poliklinika** segélyét f. év junius havában 76 esetben vették igénybe 48 műtéttel.

⊙ **A budapesti általános poliklinikán** junius havában 2860 beteg kapott 10,785 rendelést. A laboratoriumban 67 vizsgálat volt.

△ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** segélyét junius hóban 1012 esetben vették igénybe.

△ **Fürdőink személyforgalma.** *Tátrafüred* VII/7. 445; *Tátra-Lomnicz* VII/1. 63; *Lipik* VI/30. 916; *Trencsén-Teplicz* VII/28. 1910; *Herkulesfürdő* VII/6. 3069; *Csorbai tó* VII/3. 1418; *Vihnye* VII/1. 251; *Tarcsa* VII/3. 278; *Igló-Füred* VII/4. 137; *Uj-Tátrafüred* VII/4. 193. A *budapesti Császárfürdőben* VI/30-dikáig 524 személy lakott és 149,752 személy fürdött.

⋙ **Felhivás.** A belügyministerium felhivja azon orvostudorokat és szigorló orvosokat, a kik járvány esetén megfelelő díjazas mellett, járványorvosi megbizatást elfogadni hajlandók, jelentkezzenek a belügyministeriumban a hivatalos órák alatt (d. e. 9—2) *Raisz Gedeon* dr. ministeri osztálytanácsos, közegészségi felügyelőnél.

† **Elhunyt.** *Frankl Adolf* dr. járási és vasúti orvos Csengén f. hó 8-dikán.

△ **Megjelent:** *Kun Zoltán* dr-tól: *Erdőbénye* timsós vasgáliczos gyógyfürdő és égalji gyógyhely ismertetése, 44 ábrával. Sárospatak 1900; s *Jessner's* Dermatologische Vorträge für Praktiker, Heft 4. *Pathologie und Therapie des Hautjuckens* II. Theil. Specielle Pathologie und Therapie (Urticaria. Prurigo. Hebrae. Scabies. Pediculosis etc.). Méltó folytatása az általános résznek (l. e lap korábbi számait), világosan, szabatosan összeállitott tartalmánál és a gyakorló orvos igényeihez mért előadásánál fogva. Ára 1 M. Würzburg, A. Huber's Verlag. 1900.

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedenczéiben az ásványviz naponkint négyszer megújul, **locális iszapborogatások.** Minden nemü gyógy- és üdülő-fürdők. Kitünő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust 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: A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. (XIX. ülés 1899. április 25-dikén.) 438. l. — A nápolyi tuberculosis-congressus (1900. április havában.) 439 l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1899. juniusi szakülés.) 440. l. — Szegedi orvosegyesület. (XIV. szakülés 1900. április 11-dikén.) (XV. szakülés 1900. április 27-dikén.) 440. l.

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(XIX. ülés 1899. április 25-dikén.)

Elnök: **Kézmárszky Tivadar**; jegyző: **Tóth István.**

Elnök megnyitja az ülést és a jegyzőkönyv hitelesítésével Lovrich és Neumann tagokat bízza meg. Jelenti, hogy a párisi „Société d'Obstétrique"-tól „Bulletin"-je egy példányát kapta az évkönyv helyett cserébe. Köszönettel vétetik.

Következnek a bemutatások.

I. **Doktor Sándor: Méhrepedés a hasüregbe kilépett magzattal. Császármetszés. Gyógyulás.**

P. I. 30 éves III. P. igen elgyengült állapotban $1^1/_2$ órai távolságból kocsin hozatott az I. női klinikára. A ruptura mintegy 20 órai vajudozás után jött létre s 8 órával később került műtétre. A magzat és a lepény a hasüregben volt. A méh elülső fala harántul teljesen leszakadt. Az erek gyors lekötése után eltávolította a méhet és Chrobak szerint ellátva, elsülyesztette a csonkot. A has tele volt vérrel, melynek eltávolítása után kiöblítette a hasűrt steril vizzel s a hassebb zárása előtt 1 liter sósvizet öntött bele. A beteg csekélyebb lázak mellett gyógyult. (Az eset részletesen az „O. H."-ban közöltetett.)

Tauffer Vilmos: Az eset több szempontból érdekes. A magzat feje a bemenet fölött volt, mikor a nő a klinikára került, hát j. o., apró részek b. o. A ruptura vonala a contractionalis gyűrű táján van, a magzat tehát nyaktól kb. farig a contr. gyűrű alatt volt; ha ilyen helyzetben rupturát képzelünk magunknak és a méh expulsiv működését is hozzávesszük, azt várnók, hogy a fej jut ki először a hasüregbe, azután a törzs és legutoljára a far.

A másik figyelemre méltó dolog a következő: a hasűr kitakarítása után a méh ellátásához fogtak. Zúzott, szakított sebfelületekkel volt dolguk, úgy hogy ő azt várta, hogy előadó a priori a cervix kiirtását fogja végezni, mert lehetett tenni, hogy ezen csonkban elhalás fog létrejönni. A műtéti technika mai állása mellett semmi nehézséget sem okoz, hogy a hátsó hüvelyboltozatot kanyarítsuk ki körkörösen, ne pedig a nyakat amputáljuk. Ilyen módon kizárjuk a nekrosist és a váladék levezetéséről is jobban gondoskodhatunk. Ezen betegre nézve is előnyösebbnek tartotta volna a totalexstirpatiót. Ez a műtétet alig néhány perczczel hosszabbítja meg, különösen akkor, ha a lig. latumokat szorító csipőkbe fogjuk és nem töltjük az időt lekötésekkel.

Feltűnt neki, hogy előadó a lig. infundibulo-pelvicum lekötéséhez catgutöt használt. Ő a maga részéről még mindig nem tud megbarátkozni azzal, hogy nagyobb arteriákat catguttel lásson el, különösen puerperalis méhnél, a hol a szövet oedemás. Oedemás szövetben a nyomás helyén néhány percz mulva a duzzanat megszünik és a ligatura meglazul. A csonk ellátása úgy történt, hogy a vérző helyek lekötése után a csonk két szélét catgutvarrattal összehozta. Ennek tulajdonítható, hogy a nekrosis a hüvely felé találta útját.

Tapasztalásai szerint a rupturák palliativ gyógykezelése tamponálással igen jó eredményeket ad. A bemutatott eset nem bizonyító a műtéti eljárás előnyei mellett, mert ritka szerencsés ruptura volt. Egyik oldalon sem ért a lig. lat. basisáig, egyik a. uterina sem sérült, s a hólyag is ép maradt. A ruptura fejlődésének egy bizonyos stadiumában nem volt penetráló; a magzat kilépvén a méhűrből, tolta maga előtt a hashártyát s csak ennek ad maximum való tágítása után repesztette azt meg. A szóban forgó ruptura olyan, hogy mintegy előkészíti az amputatiot Chrobak szerint.

Épen azért, mert az eset úgy bonczetanilag, mint lefolyására nézve igen szerencsés volt, nem vonhat belőle általános következtetéseket a rupturák operativ kezelésére vonatkozólag.

Kézmárszky Tivadar: A catgutre vonatkozólag megjegyzi, hogy tapasztalás dolga, vajjon használja-e valaki, vagy sem. Zweifel még a cervix lekötésére is használja. Klinikáján a catgut meglehetősen bevált.

A másik kérdés az, hogy miképen jutott a magzat abba a helyzetbe, melyben találtatott. A méh alsó szakasza igen nagy feszülés alatt állván, a repedés pillanatában a méh elasticitásánál fogva hirtelen lehúzódott a magzatról, úgy hogy annak helyzete ugyanaz maradt.

A rupturák kezelésére vonatkozólag általános az a benyomás, hogy eddigelé a hasmetszés nem jó eredményeket adott; de ez a facultativ laparotomiákra vonatkozik, melyek a szülés befejezése után végeztetnek. Összesen 3—4 eset áll rendelkezésünkre, a melyben ilyen facultativ hasmetszés jó eredményeket adott. Legjobbnak tartja, ha csak lehetséges, a magzatot per vias naturales világra hozni. A szóban forgó esetben azonban már úgy a magzat, mint a lepény a hasüregben volt, úgy hogy a hasmetszés indicatioja fenforgott.

Tauffer jelen esetben valószinűleg szintén laparotomizált volna. De nem zárkózhatik el azon alternativa elől sem, hogy — minthogy a fej a fejdaganat által rögzíttetett s a magzatnak csak egy része volt még a hasűrben — a perforatio útján a szülést be lehetett volna fejezni.

Kézmárszky: A fej rögzitettségéről jelen esetben szó sem lehet; legalább annyira nem volt rögzítve, hogy a perforatio nagy nehézségek nélkül kivihető lett volna. A magzat testét közvetlenül a hasfalak mögött lehetett tapintani, úgy hogy biztosra vették és kellett venniök, hogy a magzat egészen kijutott a hasűrbe. Ilyenkor pedig kizárólag a hasmetszés indicált.

Bäcker József a ruptura alakja után ítélve, hajlandó azt az előrement fogóműtét által okozott arteficialis rupturának tartani.

Doktor: Nem tartja kizártnak, hogy a fogó indította meg a repedést, bár a fogóműtét után hosszabb idővel szüntek csak meg a fájások. De meg lehet magyarázni e nélkül is; a téraránytalanság igen nagy volt.

Kézmárszky felhívja még a figyelmet arra, hogy a kivérzett nőnél a hasüreg zárása előtt 1 liter steril sósviznek a hasűrbe való öntése milyen jó hatással volt a vérkeringésre.

Bársony János intraligamentaris daganat kiirtása után nagyfokú vérzésnél és collapsusnál szintén igen jó eredménynyel alkalmazta steril sóoldatnak a hasűrbe való öntését.

A szóban forgó esetben a ruptura alakját a szövetek elasticitásából magyarázza.

Kézmárszky: Több szárú repedések ritkán fordulnak elő. Annak a lehetőségét, hogy a repedés talán a fogó folytán jött létre, tagadni nem lehet, bár a repedés létrejötte e nélkül is elképzelhető.

II. **Dirner Gusztáv készítményeket** mutat be a budapesti bábaiskola anyagából.

III. **Walla Béla: Nagyfokú rhachitikus medenczeszűkület miatt fundusmetszéssel végzett császármetszés esetét mutatja be.** (Részletesen közöltetik az „O. H."-ban.)

Tauffer: Fritsch módszerének előnyét nem csak abban látja, hogy a vérzés jobban elkerülhető. Az uterus izomzatának elhelyeződése olyan, hogy bármely irányban metszszük is fel, a retractio szempontjából mindig ugyanazon viszonyokkal fogunk találkozni, kivéve a méh alsó szakaszát és oldalsó részét, a hol az edények betérnek. Ebből a szempontból tehát a fundalis metszés a mellső vagy hátsó falon ejtett metszés fölött valami nagy előnynyel nem bir. Igen nagy előnye azonban az, hogy a placentát vele elkerüljük, a mi különösen a magzat szempontjából fontos. Ha azonban előre tudjuk, hogy a placenta előreláthatólag hol tapad, ott nyitjuk meg a méhet, a hol a metszés nem éri a placentát.

Kézmárszky: Abban, a mit Tauffer mondott, bizonyos garantiát lát, mert hisz a fundusban legritkábban tapad a lepény. Nem tudja megérteni, hogy a tárgyalt esetben miért jött létre asphyxia, mert a metszés csak a szélét érte a lepénynek. A fundalis metszés a vérzés csökkentése szempontjából is igen előnyös.

Nézete szerint a placenta helyének felismerésére szolgáló jelek nem teljesen megbizhatók. Az elülső falon minden esetre többször találunk placentát, mint a fundusban, különösen, ha a metszést kissé hátrahelyezzük.

IV. **Tóth István: Méhenkívüli terhesség 2 korai esetét** mutatja be. Hangsúlyozza, milyen gyakori a méhenkívüli terhesség, milyen nehéz korai felismerése, rendesen csak a ruptura tünetei hozzák napfényre a bántalmat; néha nehéz a diagnosis a már megtörtént ruptura után is, a mikor is a másodlagos elváltozások fedhetik a kórképet.

A II. sz. női klinikáról 2 ilyen esetet mutat be. Az egyiknél nagy medenczebeli lobterményt találtak felvételnél, a mely hosszú ideig folytatott lobellenes kezelés mellett egy részében felszívódva, végre két oldali tumor alakjában praesentálta magát. Operationál balold. tubo-ovarialis daganatot s jobbold. tágult vérömlenyes tubát kis haematokelevel találtak; a mikroskopikus vizsgálat ez utóbbi tubában chorion-bolyhokat mutatott ki. Sem az anamnesis, sem a helyi lelet nem nyujtott támpontot a diagnosisra.

A második esetben, bár az anamnesis itt sem felelt meg a kórképnek, gyanujok volt a lefolyt méhenkívüli terhességre s a két oldali daganat miatt végzett laparotomiánál egy jobboldali ovarialis tumort s egy baloldali tágult, vérömlenynyel telt tubát találtak volt, melynek abdominalis ostiuma egy a Douglasban elhelyezett nagy haematokelebe merült bele, s e tubában a mikroskopikus vizsgálat szintén kideritette a chorion-bolyhokat.

Mindkét beteg gyógyult. Bemutatja a készitményeket.

V. **Lovrich József: Készítmények az I. sz. női klinikáról.**

1. Graviditas tubo-abdominalis esete érett, halott magzattal.

IV. P. 32 éves nő utolsó havibaja márcziusban volt; áprilisban 4 hétig vérzett, azóta hasa folytonos tompa fájdalmak kiséretében fokozatosan növekszik. Műtét előtt ismételten lázas. Diagn.: Graviditas extrauterina, foetus maceratus. Laparotomia. A tumor fala a peritoneummal összenőtt; leválasztásnál a tumor megreped s belőle piszkos-zöldes, nem bűzös folyadék ürül. A tumor megnyitásánál a metszés a magzat

hátát éri. A tumor legnagyobb részét a harántfekvésben levő magzat képezi. A magzat kihozatala csupán a tömlőfal nagy részének kiszaggatása után sikerül; a visszamaradt részletekhez szorosan tapad a cseplesz több bélkacscsal. A tömlő fenekén, a Douglasban tapad a placenta, melynek leválasztása után vérzés alig van. Minthogy a tömlő falát teljesen kiirtani nem lehetett, ezért azt a hasfalhoz kiszegjük és az űrt steril gazezel kitöltjük. A fiúmagzat 49 cm. hosszú, 2370 gr. súlyú, feje összelapított, a tömlőfal a hát bőréhez 4 ujjnyi sáv alakjában, helyenkint leválaszthatatlanul tapadt. A magzat nem macerált. Az erősen összelapított lepény 520 gr. súlyú, törmelékeny, helyenkint szívós, metszlapján placentaris rajzolat nincsen.

A nő műtét után 6 nappal, magas lázak kiséretében, peritonitis tünetei közt meghalt. A bonczolás kiderítette, hogy egy tubo-abdominalis terhesség volt; a jobb, tágult tubával közlekedik az extrauterinalis zsák. A zsák kitöltötte a Douglast és kis medenczét s innét emelkedett ki a hasüregbe. Septikus, ichorosus, általános peritonitis, mely úgy jött létre, hogy a kivarrt zsák fala nem mindenütt tapadt össze a hasfallal és igy a zsák és hasűr szabadon közlekedtek. A corpus luteum verum a bal ovariumban van, a jobb ovariumban ilyen nem található, úgy hogy legnagyobb valószinűséggel a pete külső átvándorlása útján jött létre az extrauterin terhesség.

A zsák falából a tuba tájáról vett metszeteken és csakis ezeken sikerült decidua-sejteket kimutatni. A zsák fala vérzésektől bőven átitatott rostos kötőszövetből áll. A zsák szerves összefüggését a magzat bőrével mutatja az, hogy a zsák fala közvetlen tapad össze a gömbsejtesen is infiltrált magzatbőrrel. A placentából vett metszetek elfajulás tüneteit mutatják, magfestés nincs.

A lefolyás szerint a magzat a műtét előtt 3 hóval halt el s ezen idő alatt sem mumificatio, sem maceratio nem fejlődött ki.

2. Salpingo-oophoritis caseosa esete

47 éves, VIII. P., utolsó 15 év előtt; azóta méhét leszállani érzi. Kb. 1/2 év óta állandó alhasi fájdalmai vannak, gyengül és soványodik. Férje és utolsó gyermeke állitólag tüdővészben halt el.

A klinikára descensus uteri, prolapsus vaginae miatt vétetett fel. Műtét előtt egy hónapig észlelték; ezen idő alatt ismételten lázaskodott, sőt mensese előtt hőmérséke 39°, pulsusa 100.

Vaginalis totalexstirpatio, mindkét oldali adnexumok kiirtásával, a mi a szívós adhaesiok miatt nehezen ment. A műtét alatt a bal ovarialis abscessusból sűrű geny öntötte el a műtét terrenumát.

Az eltávolított méh rendes nagyságú, semmi kóros elváltozást nem mutat. Mindkét tuba megvastagodott, főleg fimbrialis végén, a hol hüvelykujjnál is vastagabb és vak zsákban végződik. Metszfelületén az abdominalis végén már szabad szemmel kivehető kis lencsényi, sajtosan ellágyuló tömegek veszik körül szűkült lumenét. Az ovariumok kis tojásnyiak, sima felületűek, sem ezeken, sem a tubákon szemcséket nem látunk. Metszlapjukon kb. 1/2 cm. vastagságban látjuk a fibrosus kéregállományt, mely alatt késhátnyinál vastagabb, pyogen hártyával kibélelt, sűrű, törmelékes genynyel kitöltött 1—1 kis diónyi tályogűrt találunk. A hilus felé mindkét ovarium 1·5 cm. széles sávban épnek látszik.

A friss készitményből vett oltások eddig negativ eredményűek voltak, kivéve a jobb ovarium genyét, melyből staphylococcus pyogenes aureust sikerült kitenyészteni. A szövetek górcsövi vizsgálata szerint az uterus nem mutat kóros elváltozást. A tubák és ovariumok górcsövi képében számos typicus tuberculumot találtak elszórtan Langhans-óriássejtekkel, úgy mint ezt félholdszerű elrendeződésében csak tuberculosus szöveteknél találjuk. E mellett nehány elsajtosodott necrotikus gócz is előfordul. Koch-féle bacillus kimutatása ugyan nem sikerült, mégis mindkétoldali adnexumok tuberculosisa volt jelen, mely a tubáknál caseosus, az ovariumokban abscedáló formában látható és a mélyben játszódik le.

Valószinűleg a férj közvetitette az infectiot s fel kell venni, hogy ez a primaer megbetegedés helye, miután a nőn más tuberculosis folyamatot klinice kimutatni nem lehet.

A nő a műtét óta csaknem állandóan lázas és a boltozati sebcsatornán át bűzös, genyes váladék ürül.

A nápolyi tuberculosis-congressus (1900. április havában).

Kuthy Dezső dr. egyet. m. tanártól.

(Folytatás és befejezés.)

A *II. sectiot* (Pathologia e Clinica) az elnöklő *Maragliano* tanár (Genova) előadása a *vegyes fertőzés klinikai jelentőségéről* nyitotta meg. A tudós szerző rámutatott az előadás során *Baccelli* érdemeire, a ki már jókor hangsúlyozta, hogy a phthisis-megbetegedés *egész* klinikai képe nem állhat causalis nexusban a Koch-féle bacillussal. E felfogást utóbb *Babes* még jobban kifejtette, maga *Maragliano* pedig egyenesen beigazolta tüdőpunctiok útján. A sorvadás jelenségei a tuberculosis-bacillusnak a pyogen mikrobákkal való szövetkezéséből vezethetők le. Valóságos aethiologiás dualismus uralkodik itt. Az erős szervezetben azonban e bakteriumok s főleg a tuberculosis-bacillus mérge ellen védő anyagok vannak („corpi difensivi") — a vérben, csak a deficitre dolgozó organismus az, a mely nem birja közömbösiteni a gümős méreg hatását („neutralizzare i veleni tubercolari"). Az előadás végén szerző a latens tuberculosis diagnosisáról szól. Szerinte ez bárminő physicalis vizsgálati módszer alkalmazása mellett is felderitetlen maradhat; a Röntgen-sugarak is érzékszerveink némi segítői csupán, ellenben a *M.*-tól ajánlott igen kis dosis tuberculin-injectio veszélytelen a szervezetre s a mellett a korai diagnosist jól biztositja.

Bozzolo a tuberculosis *korai diagnosisára* alkalmas tüneteket és eljárásokat 23 pontban csoportositja. Csak azt emlitjük meg, hogy az eljárások között szerepel már az *Arloing-Courmont*-féle serodiagnosis is, a korai tünetek között pedig fel van emlitve a *pupilláik egyenlőtlensége*, a minek egy esetét egy fiatal nőnél, a kit *Tóthfalussy* Gyula budapesti kollegám szivességéből észlelhettem, nemrég magamnak is alkalmam volt látni. — *Petruschky* a tengerimalaczba való oltást mint diagnostikus segédeszközt melegen ajánlja, nemkülönben a tuberculin-próbát. Az oly esetek, melyekben a gümős infectiot csak ez utóbbi segitségével lehet megállapitani, szerinte tuberculin-kezeléssel meg is gyógyithatók. — *Senator* ugyancsak a diagnosis *korai* felállitásának módjairól szólt, jóval kevesebb eredetit és újat adva *Bozzolo*-nál. — *Sata* (Tokio) ismét a *vegyes fertőzés* kérdését tárgyalja. Ez okozza a hektikus, az atipikus lázat, a bő kiköpést, kiterjedt pneumoniás folyamatokat phthisisnél. (Streptococcus pyogenes, Staphylococcus pyogenes, Diplococcus pneumoniae, Bacillus influenzae.) — *De Renzi* az *izomtonus csökkenését* mutatta ki phthisikusoknál a *Mosso*-féle myotonometer segélyével, magyarázatát adván e betegek erősen lehanyatlott physicai önérzetének olykor a bántalom igen korai szakaiban is, mikor még az izmok táplváltsága jó karban van. A jelenséget *De Renzi* az idegközpontok laesiojából vezeti le s a tuberculosis-méreg hatásának tekinti. Ugyancsak *De Renzi* (*Boeri*-vel együttesen) a gümős betegek *verítékét* vette vizsgálat alá, s úgy találta, hogy a tüdőbajos izzadsága jelentékenyen *toxicusabb*, mint az ép emberé. Ebből azt következteti, hogy a phthisises beteg veritékezése — hacsak nem nagyon profus — előnyös a szervezetre, mert a toxinok eltávolitását czélozza. (Ha ez áll, akkor, eljutván a beteg a profus izzadás lejtőjére, Ref. szerény nézete szerint, nem a bő veritékproductio az a mi veszedelmes reá, hanem maga a mélyreható, nagyfokú fertőzés, melynek a perspiratio profusa éppen egyik külső jele.)

Posner az *urogenitalis tuberculosis* fertőzési útjairól szól, adatait a *Virchow*-intézet 1300 bonczolási jegyzőkönyvéből merítvén. Szerinte az összes hullák 5%-ában van urogenit. tuberculosis, s a tuberculosisban elhaltaknak több mint 30%-ában. Többnyire metastatikus eredésű a kór. *Boccardi* (Nápoly) azokról a kórboncztani és kórszövettani elváltozásokról referál, a melyeket a Prof. *De Giaxa* által a tuberculosis-bacillusokból izolált méreg-anyaggal (egy nuclein) lehetett állaton előidézni. Az anyag pl. intratrachealis befecskendezésre kis dosisban is catarrhalis pneumoniás góczokat okoz, az alveolusokban óriássejtek és számos vándorsejt jelentkezik, s gyakran peribronchialis és perivascularis göbök is fejlődnek, melyek hystologice a tuberculumhoz teljesen hasonlók. Előadó az anyagot hajlandó a tuberculosis *specifikus* mérgének tartani, annyival inkább, mert a vele kezelt állatok mind reagáltak tuberculinra. — *Tria* (Nápoly) hangsúlyozza az *influenza* erősen disponáló befolyását tuberculosisra, másrészt *Fazio* és *Stefanile* rámutatnak, hogy a mitrális insufficientia és tüdőtágulás bizonyos fokú oltalmat nyujtanak a tuberculosis kifejlődése ellen. *Patella* 3 *pylorus-stenosis* esetéről referál tuberculosisos egyénben, a mely esetekben nem tudja, vajjon valódi tuberculosus folyamat volt-e a pylorus körül vagy ú. n. „sclerogen intoxicatio" eredményével volt-e dolga. — *Hirtz* (Páris) pneumografiás tanulmányokat tett és a tüdővész korai diagnosisát véli eredményeivel elősegithetni; *Giuffré* a phthisisláz eredetét vizsgálva, ráutal arra a körülményre, hogy a tuberculosis-bacillus mint olyan thermogen mikroba, mely a glycerines kulturában a szervezeten kivül is termel hőt (!). — *Espina y Capo* (Madrid) a nem tuberculosus catarrhusok nagy jelentőségét fejtegeti a tüdővész aetiologiájában. Ezt eddig is mindenki tudta, de hogy *Von Schroen* elmondta, hogy tapasztalatai szerint régi gümős góczok jelenléte a csúcsban igen malignussá teszi az esetlegesen utóbb fejlődött croupos pneumonia prognosisát, — ez már érdekes és emberileg véve leverő megjegyzés volt.

A *III. sectio* (*Terapia*) elnöke *De Renzi*, nápolyi tanár, a „Lega nazionale contro la tubercolosi" lelkes vezetője. Nagyobbszabású előadással nyitotta meg a congressusnak a tuberculosis gyógyitásával foglalkozó csoportját, *áttekintést* adva az *eddigi fontosabb gyógyitási törekvésekről* (La stato attuale della Terapia della tubercolosi). Mindjárt bekezdésül elismeri, hogy *első helyen áll eredményesség dolgában a tüdővész sanatoriumi gyógyitása*, mig a különböző orvosságok csak másodsorban jöhetnek számitásba („occupano un posto secondario"). A tuberculosis igazi remediuma ma az orvosok *egybehangzó véleménye szerint* (bárha nálunk is elmondhatnók már ezt! Ref.) a tiszta levegő, bő táplálás és a napfény; ezek éppen kardinális fontosságú tényezők a sanatoriumi kezelésben. Azon szerek közül, a melyek a tuberculosis ellen még leginkább számba jöhettek, első sorban a creosotot emliti. Ebből, hogy igazi, desinficiáló, hatást érhessünk el vele, olyan mennyiségeket kellene adnunk, a melyeket az ember szervezete életveszély nélkül meg nem bir. A guajacol és guajacolcarbonat sem hasznosabb a creosotnál. A jodtól valamikor sokat várt, de illusioi a kisérletezés folyamán csakhamar eltüntek. A *Maragliano* seruma használ olyan korai, könnyű esetekben, a mikor még „minden használ". Fahéjsavnak, champhornak, stb. eredménye 0. Az *igazol*-ról, *Cervello* palermói tanár új szeréről, szintén ezt a véleményt kénytelen kimondani. El is fordulnak tehát az orvosok a gyógyszeres beavatkozástól s a hygiéne nyujtotta hatalmasabb fegyverekhez nyúlnak a tuberculosis kórja ellenében („i medici . . . si rivolgono ai potenti mezzi di difesa, scoverti dall' igiene") . . . ezzel zárja le előadását a tudós szerző. Csak pótlólag emlitem még meg véleményét a tuberculinról, a mely nem egyéb, mint hogy ez az anyag nagy diagnostikai értékű, de therapiás érték hiával van . . . (bármennyire szerelmes is belé *Petruschky*! Ref.)

A megnyitó értekezés után *Kuthy* dr. (Budapest) tartott előadást német nyelven „*A hidrotherapia értékéről a tüdővész gyógyításában*“, minek érdemét részletesen közölte azóta az „Orvosi Heti Szemle“ f. é. 23. és 24. számában. Lényegben annyit mondott, hogy a megfelelő *vízkezelés*, főleg rövid hidegingerek alkalmazása, oly sokirányú haszonnal jár tuberculosisban, hogy *a*) a sanatoriumok tüzetesen kell hogy megbarátkozzanak és éljenek vele, *b*) a hol sanatorium nem áll rendelkezésre, vagy a míg kellő számú ily gyógyintézetünk nincsen, a rationalis tüdővészkezelésben az *ambulans hydrotherapia* is igénybe veendő. A betegre — megfelelő applicatio mellett — veszély nem háramolhat belőle, előnyei pedig az eljárásnak határozottan nagyon kielégítők. Ismerteti előadó saját tapasztalatait s azt a lehűtött douche-formát, a melyet ő betegeinél ambulanter alkalmazni szokott (35⁰—15⁰—10⁰—8⁰ C., 15—20 mp.).

Utána *Ewald* (Berlin) mondotta el tapasztalatait az új *Landerer*-féle kezelésről. Ámbár már 10 év előtt felsült a *Landerer* ajánlotta perubalzsam-therapiával, most mégis megkisérlette az újabban ajánlott intravenosus *hetolinjectiokat*. Az esetek 16—18%-ában látott tőlük valamelyes eredményt, *Landerer* százalékai persze egész 85%-ig csapongnak. (*Ewald* olaszul olvasta fel dolgozatát, a mi, ámbár minden igazi olasz accentus hijával volt, mégis udvarias lelkesedést keltett.) — *Ceccherelli* (Parma) a „sebészi“ tuberculosis-esetek operativ kezelését lehetőleg mérsékelni kivánja, mert sokszor a „szervezet általános erősbitésével hygiénés rendszabályok útján“ ilyen esetekben is nagy eredményt lehet elérni. (Nem tudom, felépült-e 1897 óta a *hohenhonnefi* sanatorium külön osztálya sebészi tuberculosisbetegek kezelésére, de akkoriban az intézet vezetője, *Meissen*, kilátásba helyezte ezt Ref.-nek.) — Jóllehet *Ewald* is azzal fejezte be az imént érintett előadását, hogy a fődolog, a mi eredményt ad, mégis csak a hygiénés kezelésben rejlik, mindamellett *Pénière* (Toulouse) dicsérte az *euphorbin*-injectiokat, *Ruata* (Perugia) az alkohol, creosot és chloroform keverékének inhaláltatását, *Gatti* a myrthol-, eucalyptol-, phenol- és thymol-injectiokat, *Anguilli* (Nápoly) a *monocalcium-phosphat*-befecskendést, *Aversa* (Palermo) a formaldehyd belélegzését, *Cervello* az ő modificált formaldehydjét, az „igazolt“, *Coronedi* (mirigy- és csonttuberculosisnál) a *jodoleint*, guajacolcamphorattal vagy e nélkül, stb., — s csak elvétve akad a kisérletezők között olyan, a ki, mint a cannesi *Roustau*, bevallotta, hogy az ő szerével (ez esetben kakodylsavas natrium) bizony nem ért el semmit.

Ellenben hallottuk a szanatóriumi gyógyítás méltánylása mellett az *iskolával egybekötött sanatoriumok* szükségének a hangsúlyozását is, a melyekben phthisikus vagy tüdővészre hajlandó gyermekek megfelelő kezelés mellett rationalisan kimért oktatásban is részesülhetnek (ilyen már régen van Davosban! Ref.) s többen kifejtették, minő áldásos működést lehetne várni olyan ingyen *ambulatoriumoktól* szegénysorsú tüdőbajosok számára, a hol e betegek megfelelő oktatásban, tanácsadásban részesülhetnének a gyógyulás útját egyengető életmódot és magaviseletet illetőleg.

Az utolsó, a *IV. sectio*, tisztán a *sanatoriumok* kérdésének volt szentelve. Ebben *Capozzi* általában szólott a *sanatoriumok jelentőségéről* (Importanza dei Sanatori), kimondván, hogy ez intézetek a prophylaxis és a terapia szempontjából egyaránt szükségesek. Itáliában is van már sanatorium (az „Igea“ Palermóban, mely *Florio* bőkezűségéből épült), s számos tüdőgyógyintézet felállítása várható a közel jövőben az ország területén. Nápoly mellett *Pozzuoli*-ban *Ravaschieri* herczegnő jóvoltából emelnek jótékony szanatóriumot. — *Papillon* a szanatóriumok nemzetgazdasági és socialis fontosságát világitotta meg; *Ballori* bemutatta egy Róma számára épitendő népsanatorium tervét, mely a Monte Virgilio tövén, 45 kilometerre a fővárostól, 600 m. magasan a tengerszin felett fog felépülni; *Ausset* — kiemelvén a specialis tüdővészintézetek nagy fölényét a kórházak fölött (a hol *Devoto* szerint az ápoló személyzet sincs kellő biztonságban az infectiotól) — minél több *kisebb sanatorium* felállitását javasolja; *Ruata* ott, a hol kellő számú sanatorium nem állitható, külön, maximalis hygienével berendezett kórházi osztályok czélszerűségére mutat reá; *Pannwitz* a tüdővész elleni systemás küzdelmet vázolja Németországon, a hol jelenleg a hivatalos kimutatás szerint *33 népsanatorium* van működésben s az előkészületekből itélve, ez a szám néhány év alatt a 70-et fogja meghaladni. *Padula* szintén a kisebb sanatoriumok kreálása mellett foglal állást, melyekben fizető és szegény betegek legyenek együtt. Amazok akkora ápolási költséget fizessenek, hogy a szegény betegek ellátása is kiteljék belőle. *Lojodice* indítványozza, hogy hivja fel a congressus a provinciákat külön *adó* kivetésére, melynek összegéből országszerte sanatoriumok lesznek állitandók. *Wolff* a német népsanatoriumokban divó kezelési eljárást ismertette (a mit mi eléggé ismerünk, Ref.). *Sersiron* pedig elmondá, hogy *Franczia*országban is immár 11 város közelében lesz rövid idő mulva népsanatorium (Páris, Bordeaux, Rouen, Nancy, Orléans, stb.).

Magyarország első népsanatoriumának ugyan még most is csak a tervei voltak bemutathatók, de ezek azután szépek és feltünést keltők voltak a congressus után nemsokára megnyilt hygienikus kiállítás I. sz. pavillonjában . . .

Meg kivánjuk még emliteni, hogy a nagy világmozgalom iránt, melynek képét ma a tüdővész elleni védekezés nyújtja, a nápolyi congressuson is a legmagasabb körök osztatlan érdeklődése nyilvánult. A congressus védnöknője maga Margit királyné volt, a „patronessák“ bizottságában Olaszország legelőkelőbb családjainak a névsorát lehetett egybeállitva látni (19 principessa, 18 duchessa, 15 marchesa, 16 contessa, és 13 baronessa!), külföldről számos uralkodó (köztük ő Felsége I. Ferencz József is) elküldötte a congressusnak szerencsekivánatait ahhoz a munkához, a mely véreink megmentését oly nagy vonalon czélozza. Szépen kifejezést adott a nagy internationalis összejövetel czéljának már a színes, művészi kivitelű tagsági jegy rajzolatja is: fekete ruhás, szürke testű, bozontos hajú nőalak — a halál, — sarlóval kezében ront neki egy virágzó bokornak s miközben karját csapásra emeli, megragadja azt az emberszeretet nemtője, a glóriás angyal — arczán a „graziosissima Regina“ — Margit királyné, gyönyörű vonásaival . . .

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1899. juniusi szakülés.)

1. **Fenyő Ármin** dr. „**a vízjavitó eljárásokról**“ tart előadást.

A vizjavitó eljárások közül első sorban a főzést emliti. A 100⁰-ra hevített vizben valamennyi bacterium elpusztul. A viz vegyi úton is javitható. Előadó felsorolja az eddig igénybe vett vízjavitó vegyszereket. Ezután részletesen szól a különféle vizszűrőkről. Plagge szerint, úgymond, tökéletes vízszűrő nem létezik. A szén-, szivacstapló- és agyagszűrők egyáltalában nem felelnek meg a czélnak. A Breyer-féle asbestszűrők jók, de nehezen kezelhetők, a Pasteur-féle porczellánszűrők csak kezdetben adnak csirmentes vizet.

Minden szűrőkészülék időnkint megvizsgálandó, hogy visszatartja-e az összes bacteriumokat; ha nem, úgy az felfrissitendő, illetőleg sterilizálandó. A szűrő megbirálásánál az is fontos, hogy az elegendő vizet ad-e, hogy ne legyen nagyon drága és rendbentartása ne kerüljön nagyon sokba.

Előadó ezután a víznek villamosság által való tisztitását emliti fel, a mely módszer már a hetvenes években ismert volt. Webster azt tartja, hogy a villamosság hatása alatt a chlorvegyületekből a chlor felszabadul és desinficiálja a vizet. Opermann a villamosság által fejlesztett ozonnak tulajdonitja e hatást. A villamosságnak ily czélból való alkalmazásánál a negativ sark alól, a positiv felől alkalmaztatik. Az igy kezelt viz csirmentes ugyan, de ize miatt élvezhetetlen.

Opermann a villamárammal már csirmentessé tett vizet aluminium-electrodokkal újra electrolysis alá veszi. Ez az ozont eltávolitja s a viz, a mely e kezelés mellett teljesen csirmentessé lett, élvezhetővé lesz.

Ujabban a levegőből állitják elő az ozont s ezt vezetik a vízbe (Siemens és Halske). Ez eljárást Ollmüller tanulmányozta s azt észlelte, hogy az anthrax-bacillus tiz percz alatt, a typhus- és cholera-bacillus 2—2 percz alatt teljesen elpusztult a víznek e kezelésmódja mellett. Túlságosan szenyezett vízben a hatás nem lesz ily jelentékeny.

Végül azt fejtegeti, hogy a jövőben ez eljárást fel fogják karolni s hogy a villamosságnak nagy szerepet fognak juttatni a viz sterilizálásánál.

Az előadás kapcsán *Konrád Márk* dr. megemliti, hogy a Jungfraun villamosság segélyével állitják elő a jégmezők jégtömegéből a vizet, s azt teljesen csirmentesnek találták. (Folyt. köv.)

Szegedi orvosegyesület.

(XIV. szakülés 1900. április 11-dikén.)

Elnök: **Faragó Ödön.** Jegyző: **Falta Marczel.**

Goldschmidt György: Bemutat egy 3 hónapos csecsemőt, kinél mindkét felső végtag összes izületeinek anchylosisa van jelen syndactylonnal. Therapiáról most nem lehet szó, csak később.

Berger Mór: Szerinte hasonló eset forog fenn, mint a milyent utóbb Hochsinger leirt, t. i. a flexorok sorvadva vannak és igy az anchylosis csak functionalis.

Kovács József: Gerinczagyi dolognak tartja, mint azt lefolyt apoplexiák után is látta, melyek után tisztán a görcsös állapot miatt valóságos anchylosisok jönnek létre.

Goldschmidt György: Csak a kézizületre fogadja el a spastikus anchylosist; a hol éppen semmi mozgékonyság nincs, ott összenövést kell felvenni.

Liffer Alfréd: „A fogászat a forensikus téren“ czím alatt foglalkozik az embryo és újszülött korának megállapitásával a fogcsirák képződési fokából és a felnőttek korának megállapitásával a fogazat segitségével. A fogak rendellenességei segitségül szolgálnak egyének identifikálásánál. Foglalkozik továbbá a fogak hivatásos sérüléseivel és a fogakon ejtett és a fogak által okozott sérülések megbirálásával. Behatóan tárgyalja a fogműtétek esélyeit különösen narcosisnál és localis anaesthesiánál és a fogak magatartását a halál után. Kiemeli, hogy a fogazat által gyakran identifikálhatók a hullák. (Párisi bazárégés.)

Unghvári Péter: A molárisok 3 csücske nőknél, 4—5 csücsök férfiaknál fordul elő.

Kovács József: Ha ráharap egyik fog a másikra, akkor 15—20 év is lehet a különbség a normalis kopási idővel szemben.

Dukesz Márton: A kopás szerinte nem fontos jel. Két casuisticát hoz fel extractiok után fellépett necrosisokról, melyek egyike halállal végződött. A foghúzás legritkább esetben idéz elő infectiot, mert a nyál alcalicitása neutralizáló.

Kovács József: A Pravaz-fecskendő legtöbbször oka az infectionak.

(XV. szakülés 1900. április 27-dik-én.)

Elnök: **Faragó Ödön.** Jegyző: **Falta Marczel.**

Platz Bonifácz dr. kir. tanfelügyelő, a szegedi orvosegyesület tiszteletbeli tagja: „A vad és félkulturember orvosi tudománya“. (Bő kivonatban közöltetik.)

PÁLYÁZATOK.

72,538/900. B. M. számhoz. 4079/1900. sz. másolat. Tervezet 44,563/99. számhoz.

Pályázat nyittatik meg **a magy. kir. tengerészeti hatóságnál Fiumében** betöltendő **orvosi állásra.** Ezen állással a VII. fizetési osztályban levő állami tisztviselők számára megállapított javadalmazás, azaz jelenleg 4000 (négyezer) korona évi fizetés és 1200 (egyezerkétszáz) korona lakpénz van egybekötve.

A tengerészeti hatósági orvos szolgálatát szabályozó határozmányok a következők:

1. Az orvos közvetlenül a m. kir. tengerészeti hatósághoz van beosztva, a szükséghez képest azonban a fiumei magy. kir. révhivatalnál, a martinschizzai tengeri veszteglő-intézetnél és a fiumei m. kir. tengerészeti akadémiánál is tartozik szolgálatot teljesíteni.

2. A következő teendőket tartozik mindennemű külön díjazás nélkül teljesíteni: *a)* minden a tengerészeti hatóságnál szakmájába vágó ügynek feldolgozásál; *b)* az összes érkező és induló hajóknak orvosi megvizsgálását, a mennyiben ez a fennálló rendeletek értelmében szükséges; *c)* a Fiumeba érkező összes magyar hajók gyógyszekrényeinek megvizsgálását; *d)* az altisztek és szolgák, valamint azok családjainak gyógykezelését.

3. Külön szabályszerű díjazásért a következő teendőket tartozik ellátni: *a)* a m. kir. tengerészeti akadémián az egészségügyi oktatást, *b)* a tengerészeti pályán megkivánt vizsgálatoknál a színmegkülönböztetési képességnek és az egészségügyi ismereteknek megállapításánál való közreműködést.

4. A m. kir. tengerészeti akadémiával kapcsolatos internatus növendékeinek gyógykezelését az e czímen költségvetésileg előirányzott díjazás ellenében tartozik végezni.

5. Állomásán kivüli helyre való kiküldetések alkalmával számára még az állami alkalmazottak hivatalos kiküldetésére vonatkozó szabályzatban megállapitott illetmények is járnak.

6. A tengerészeti hatóság orvosa semminemű magángyakorlatot nem üzhet.

A szóban forgó állásra pályázók czimranti szabályszerű bélyeggel ellátandó folyamodványai a kereskedelemügyi m. kir. minister úrhoz czímezve, legkésőbb **f. évi julius 31-dikéig** a m. kir. tengerészeti hatóságnál Fiumében nyujtandók be.

A folyamodványokhoz a következő okmányok csatolandók: *a)* keresztlevél és a családi állapotot igazoló okmány; *b)* a magyar állampolgárságot igazoló honossági bizonyitvány; *c)* erkölcsi bizonyitvány; *d)* az orvosi állásra megkivánt képesitést, valamint a korábbi foglalkozásnak megszakitás nélküli igazolást tartalmazó okmányok; *e)* a jó egészségi állapotot beigazoló okmányok.

A szóban forgó állásra pályázóktól feltétlenül megkivántatik, a magyar és olasz nyelvnek tökéletes ismerete, s előnyben részesittetnek azon pályázók, kik ezen nyelveken kivül az angol vagy franczia nyelvet is oly mértékben birják, hogy magukat a külföldi hajók paranesnokaival megérteni képesek. Előnyben részesittetnek továbbá azon pályázók, a kik a hajókon divó életmódot, nemkülönben a hajók szerkezetét és berendezését tapasztalatból annyiban ismerik, a mennyiben ez hajó-egészségügyi szempontból szükséges.

A magy. kir. tengerészeti hatóság.

4987/1900. kig. szám.

Pest vármegye alsódabasi járásába kebelezett **Ócsa** nagyközségben lemondás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állásra** pályázatot nyitok és a választás 1900. évi julius hó 31-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 darabonkint 1 korona;
   b) sertés és borjútól darabonkint 40 fillér;
   c) juhtól 8 darab után 1 korona.

Felhivom mindazon orvos urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1887: 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 julius hó 30-dikáig** nyujtsák be hozzám, mivel az később érkező folyamodványok nem fognak figyelembe vétetni.

Alsó-Dabas, 1900. évi julius hó 11-dikén.

Halász, főszolgabiró.

3933/1900. sz.

A m.-valkói körorvosi állomás, melynek székhelyéül M.-Gy.-Monostor község lett megállapitva s a melyhez Bedecs, Derite, O.-Bikal, Erdőfalva, M.- és O.-Gy.-Monostor, M.-Valkó, Keleczel, K.-Ujfalu, N.-Kalota, Bocs, Bökény, Inesel, Meregyó és Retyiczel községek tartoznak, jelenleg üresedésben lévén, annak betöltésére pályázatot nyitok.

Ezen állomás 1000 kor. fizetés, 400 kor. úti átalány és 200 kor. lakbér, összesen 1600 koronával van javadalmazva.

Megkivánom jegyezni, hogy a körorvosnak esetleg kilátása lehet arra, hogy a Kalotaszegi erdőipar részvénytársaságtól magándijazásban részesüljön, s esetleg kilátása lehet arra is, hogy a trachomás szembetegek kezeléséért az államtól 600 kor. évi dijazásban részesüljön.

A betegek látogatása alkalmával azonban fuvardij nem számitható fel.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t-cz. 143. §-ában foglalt minősitvénynyel, eddigi alkalmaztatásukat, valamint erkölcsi magaviseletüket igazoló bizonyitványnyal, valamint a román nyelvben való jártasságukat igazoló bizonyitványnyal felszerelt pályázati kérésüket hozzám **augusztus 1-jéig** adják be.

A választás a m.-gy.-monostori körjegyzői irodában augusztus 4-dikén fog megtartatni. A megválasztandó körorvos köteles lesz állását augusztus 15-dikén elfoglalni.

A járási főszolgabirótól

B.-Hunyad, 1900. évi julius hó 8-dikán.

3—1 *Kertész*, főszolgabiró.

2741/1900. sz.

A lemondás folytán megüresedett **árpádi körorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok. Ez egészségügyi körhöz Árpád és Erdő-Gyarak községek tartoznak. A körorvos fizetése évi 600 frt s a látogatási díjak, valamint a kézi gyógytár jövedelme.

A pályázni óhajtók folyamodványaikat az 1883. évi I-ső t.-cz. 9. §-a és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirtak figyelembe vételével legkésőbb **ez évi szeptember hó 17-ik napjának d. u. 5 órájáig** nyujtsák be alantirott főszolgabiróhoz, annyival is inkább, mert később érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak az Árpád községházánál az évi szeptember hó 19-dikán d. e. 10 órakor megtartandó választásnál.

Nagy-Szalonta, 1900. évi julius 10-dikén.

3—1 *Nagy Károly*, főszolgabiró.

26,751/1900. alisp. sz.

Dr. Hável Józsefnek zombori járásorvossá történt kineveztetése következtében megürült 1200 korona évi fizetéssel, 300 korona lakpénzzel és 300 korona úti átalánynyal javadalmazott **zentai járásorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok és felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1883. évi I. t.-cz. 1. és 9. §§., úgy a 9. §. végpontjában említett tisztiorvosi vizsga letétele tárgyában 80,099/93. szám alatt kiadott belügyministeri rendelet 22. §-a alapján, valamint az eddigi működésükről szóló, úgy feddhetlen erkölcsi viseletüket tanusitó bizonyitványokkal felszerelt kérvényüket **f. évi augusztus hó 15-dikéig** méltóságos báró dr. bajsai Vojnits István főispán úrhoz nyujtsák be annál is inkább, mert a később beérkezettek figyelembe vétetni nem fognak.

Zombor, 1900. évi julius hó 1-jén.

2—2 *Karácson Gyula* s. k, alispán.

5190/1900. sz.

Alcsernátoni körorvosi csoportban **Al-Csernáton**, Fel-Csernáton, Maksa, Dálnok, Albis, Mártonfalva, Márkosfalva, Futásfalva és Ikafalva községekkel elhalálozás folytán megüresedett körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvosi állás javadalmazása: 1632 korona fizetés és a községekkel kiegyezés folytán meghatározott fuvardijilletmény élvezete s ezenkivül 1 korona nappali, 2 korona éjjeli látogatási díj élvezete jár.

A körorvos köteles községeit szabályrendelet értelmében két hetenkint egyszer beutazni s ott meghatározott időben tartózkodni s a közegészségügyi teendőket végezni, a szegénybetegeket ingyenesen gyógykezelni, s a hivatással járó törvény- és szabályrendelet vagy felsőbb hatósági megbizás folytán reáruházott teendőket végezni.

Pályázni kivánnók az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. alapján szabályosan felszerelt pályázati kérvényüket az eddigi gyakorlati alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelve **julius 24-dikéig** annál is inkább adják be, mert a később beérkezett folyamodások tekintetbe vétetni nem fognak.

Kézdivásárhely, 1900. évi julius hó 3-dikán.

2—2 *Cseh Gyula*, 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.

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 perczenyire (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 Felső-Eőr között.

Negyvennegyedik évfolyam. 29. szám. *Budapest, 1900. julius 22.*

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.

Kollarits Jenő: Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.) Idült izületi csúz és spondylose rizomélique. 442. l.

Tomka Samu: A nervus facialis viszonya a hallószerv bántalmaihoz. 443. l

Sugár K. Márton: A csúzos tarjag viszonya a hallószervhez. 446. l.

Tuszkai Ödön: A méh- és gyomorbántalmak közti összefüggés. 448. l.

Tárcza. *Tihanyi Mór:* A vérkeringés felfedezésének története. 450. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Török Lajos*: A hámló erythrodermiákról 451. l. — *Könyvismertetés. L. Oppenheim*: Fahrlässige Behandlung und fahrlässige Begutachtung von Ohrenkranken. 453. l. — *Lapszemle. Sebészet. Vallas*: A nyelvcsont medián osteotomiája, a pharingotomia transhyoidea. (Zimmermann.) — *Würz*: Daganatok traumás eredete. (Zimmermann.) — *Szülészet és nőgyógyászat. Wolff:* Kétpetéjű terhesség esete. (Neumann Szigfried.) — *Bandler*: A dermoideysták keletkezéséhez. (Neumann Szigfried.) — *Orr- torok- és gégebajok. Eschweiler:* A késői dyphtheriáról az orrgarat-üregben. (Tóvölgyi Elemér.) — *Fein*: Typikus pachidermia laringis. (Tóvölgyi Elemér.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Jolasse*: Chlorosis gyógyítása. — *Dörfler*: Csecsemők székszorulása. 453—454. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — A Fehér-Kereszt Országos Lelenczház-Egyesület. — A német orvosok és biztosító társaságok. — Kinevezés. — Nyilatkozat. — Fürdőink személyforgalma. — Megjelent. — Figyelmeztetés. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Sarbó dr. 454. l. — Pályázatok.— Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet. Chemische Fabrik von Heyden Radebeul-Dresden.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.)

Idült izületi csúz és a spondylose rizomélique.

Irta: *Kollarits Jenő* dr. klinikai gyakornok.

Az utolsó időben különösen idegorvosok részéről számos közlemény látott napvilágot, mely a gerinczoszlop idült merevségével foglalkozott. Az egymástól függetlenül készült munkákban közölt kóresetek, a közös jellemző vonáson, a gerinczoszlop merevségén kivül, a részletekben egymástól több tekintetben eltértek; azonkivül a szerzők különbségeket véltek találni az újonnan leirt kóresetek és a régibb, hasonló, már ismert kórképek között, és igy különféle typusok támadtak, a melyeknek leiróik és azok követői kórtani különállást óhajtottak biztosítani.

A rövid idő alatt nagyon felhalmozódott casuistica és egynéhány a klinikán észlelt eset alkalmat ad arra, hogy a mondott megbetegedések közös és eltérő vonásainak mérlegelése alapján azok összetartozása vagy különállása jogosultságához hozzászóljak. Mielőtt azonban tulajdonképeni tárgyamra áttérnék, egykét szóval érintenem kell az arthritisek megkülönböztető kórjelzését klinikai és anatomiai szempontból.

Azon régebben is ismert *klinikai képek* közül, melyekben a gerinczoszlop mozgékonyságát korlátozottnak ismertük, nem szükséges foglalkozni azon bántalmakkal, melyeknek klinikai és kórbonczolástani önállósága kétségen felül áll, mint a csigolyagümőkórral és a myositis ossificans kórképével, és nem kell tekintetbe vennünk azon eseteket, melyekben a fájdalom tartja vissza a beteget gerihczoszlopa meghajlásától. Köztudomású továbbá azon körülmény is, hogy az arthritisek különböző fajai a gerinczoszlop izületeit is megtámadhatják, bennük ugyanoly változásokat hozva létre mint a többi izületekben és csontokban. Köztudomású azonkivül, hogy a köszvénynek is vannak olyan ritkább esetei, a melyekben a csigolyaizületek a kóros folyamatban részt vesznek. Ezen úton úgy az izületi csúz, mint a köszvény is mozgathatatlanná tehetik a gerinczoszlopot.

A kézen forgó tankönyvek mind foglalkoznak azon nehézségekkel, a melyekbe ütközünk, a mikor adott klinikai esetben a chronikus polyarthritis, az arthritis deformans és idült köszvény között kell döntenünk. E nehézség az idült köszvény tekintetében különösen akkor szerepel, ha a typusos köszvényrohamnak nem vagyunk tanui, a mikor is az egyes szerzők a húgysav fokozott kiválasztásának vizsgálatát, az izületekben a húgysavjegeczek kiválasztásának kimutatását ajánlják kórjelzésünk felállítására, tehát olyan eszközt, melyet a gerinoszlop izületeiben alkalmazni nem lehet. A mi pedig az arthritisek tanát illeti, úgy nem könnyű arról tiszta képet alkotni. *Bäumler*[1] referatumában, a mely e kérdésnek igen részletes tanulmányt szentel, egy idült rheumatismuson kivül, a hová a hevenyés izületi csúz hosszabb lefolyású alakjait és kimenetelét számítja, csak egyféle idült arthritist ismer,melyet arthritis deformans vagy polyarthritis deformans néven jelöl. *Bäumler* ezen állásfoglalása mutatja, hogy még elméletileg sem vagyunk képesek jól felosztani az arthritist és még nehezebb volna az arthritis valamely önkényes felosztásába az adott eseteket beszorítani.

Ezen utóbbi nehézséget illustrálják azon munkák, a melyek arra az álláspontra helyezkednek, hogy heveny izületgyuladástól független idült izületgyuladás van, melyet ismét az arthritis deformanstól meg kell különböztetni. E munkák a megkülönböztető kórjelzésben a lefolyás hasonló voltát kiemelve, a kóroktanra utalnak és utolsó maradékként azt a jelt adják kezünkbe, hogy míg az idült izületi csúz első szakában kötőszöveti összenövések képződnek és az izületek mozgatásakor azok rostjai szakadván, zörejeket hoznak létre, addig az arthritis deformans ankylosisaiban ezt nem tapasztaljuk. Azonban ezen megkülönböztető jel is elesik, ha az idült izületi csúz rostos összenövései idővel csonto-

[1] Verhandlungen des Congresses für innere Medizin. XV. Berlin.

sodnak és így a torzító izületcsúzéhoz hasonlókká válnak. Az arthritis deformans klinikai létjogosultságát *Weisz Ede*[1] is tagadja.

E mellett tárgyunk, a gerinczoszlop merevsége szempontjából, még azt is tekintetbe kell vennünk, hogy a vizsgálatnak akadálya az is, hogy míg a kis izületek megváltozása, mozgatása látható és tapintható, addig a csigolyák rejtett izületi vizsgálatunk számára nehezen hozzáférhetők.

Ha a klinikai kép a felosztások lehetőségét nem engedi meg, úgy ezzel a kórjelzés csak akkor veszítene, ha e melett a kórbonczolástanban éles megkülönböztetés volna lehetséges. Azonban még ezen kórjelzési fogyatékosság sem lehetne oka, hogy valamely betegség egyes alakjait különválasztani meg ne kiséreljük, a mint pl., bár némely esetben a köszvényt a csúztól megkülönböztetni nem tudjuk, a köszvény és csúz különböző volta anatomiai alapon mégis eldöntött dolog. Ezért vizsgálnunk kell, hogy a *kórbonczolástan* mit mond az arthritisek egyes fajairól.

Az összes különféle kórbonczolástani alakokat nem akarjuk elsorolni, de nagy súlyt fektetünk az egyes kórbonczolók véleményére, a kik közül *Ziegler*[2] e bántalmak megbeszélése előtt előrebocsátja, hogy „az egyes *alakok között éles határt vonni nem leket és esetleg ugyanazon egyén más-más izületében egyszerre különféle alakok is fordulhatnak elő*". Más kórbonczolók, mint Weichselbaum, Birch-Hirschfeld stb. hasonló véleményt nyilvánítanak és így látható, hogy az anatomia sem jogosít élesebb felosztásokra.

A gerinczoszlop merevségét közelről érdeklő azon arthritis deformansnak, melyet spondylitis deformans névvel szokás jelölni, kórbonczolástani képét *Thanessesco*[3] thésisében a franczia szerzők nézete nyomán következőképen találjuk vázolva. Exostosisok, kiálló csontléczek támadnak, melyek a gerinczoszlopot eltorzítják, a mennyiben az izületfelületek helyét megváltoztatják; a csigolya maga eleinte gyuladás tüneteit mutatja, később túltengő ostitis és keményedés az eredmény; a csigolya közötti porczogók rugalmasságukat vesztve puhulnak, majd eltűnnek, a csigolyatestek érintkező felületei összenőnek, néha a csigolyák oldalait is csontosodások kötik össze. E szerző felemlíti *Gurlt* azon észleletét, hogy a ligamentumok is csontosodva voltak néha. A német szerzők a spondylitis deformansban *Hoffa*[4] ide vonatkozó munkája szerint kétféle alakot különböztetnek meg. Az elsőben *Virchow* leírása szerint a csigolya közötti porczok rostosan szétesnek és néha teljesen elpusztulnak, a csigolyatestek szélén ú. n. supracartilagos exostosisok támadnak, a melyek a szomszéd csigolyából kiinduló hasonló folyamattal találkozva csontos léczeket alkotnak és az izület mozgékonyságát megszüntetik. Ehhez társul a csigolyatestek sorvadása és a szalagok csontosodása. A második alakban a harántnyújtványok a megtámadottak, a csigolyatestek épek, és itt rendesen rheumás alapon fejlődött hyperplasiás periostitisről van szó.

Ezen áttekintés után áttérhetünk a gerinczoszlop merevségére, és összehasonlíthatjuk a leírt arthritises folyamatokat e betegség klinikai és anatomiai képével.

A gerinczoszlop merevségének részletesebb tanulmányozását *Bechterew*,[5] *Strümpell*[6] és *P. Marie*[7] indították meg, a hasonló közlések nagy sorozatától követve, melyek túlnyomó része azon álláspontra helyezkedett, hogy eddig nem ismert betegséggel állunk szemben. Ha ez így volna, igazat kellene adnunk, *Kirchgäesser*[8] kijelentésének, mely szerint nagyon feltűnő, és kórjelző pontosságunknak nem örvendetes bizonyítéka ezen nagy áradat, mely egy jól jellemzett kórkép leírását nyomon követte, mintha addig a látszólag gyakran előforduló kóralak egészen felismeretlen maradt volna.

Ezen újonnan közölt eseteket két csoportba oszthatjuk. Az *elsőbe* azok sorolhatók, melyeket *Strümpell* „*chronisch ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule*" elnevezéssel, *Marie spondylose rhizomélique* (spondylos = csigolya; riza = gyökér; melos = tag; a csigolyák és végtagok gyökér izületének megbetegedése) névvel illet, a *másodikba* azok, melyeket *Bechterew* „*Steifigkeit der Wirbelsäule*" czím alatt óhajt elkülöníteni, a melyeket *Marie*[1] *cyphose hérédo-traumatique*-nak nevez.

Az első csoportba tartozó eseteket, melyeket először *Marie*, majd *Markuszewski*,[2] legutóbb *Leri*[3] foglaltak össze, *Strümpell-Marie*-féle typusnak nevezhetők. Lényege *Marie* szerint a gerinczoszlop teljes összenövése és többé kevésbbé kifejezett összenövés a végtagok gyökér izületeiben, a mivel szemben a végtagok kis izületei épek maradnak. Ez összenövés a gerinczoszlop háti részének kisebb fokú, nyaki részének kifejezettebb, hirtelen görbületű kyphosisára vezet. A rachis és os sacrum összenövése teljes, a felső nyakcsigolyáké ellenben kevésbbé, leginkább ez utóbbi helyeken hyperostosisokat találni. Ilyen, a felső nyaki csigolyák mellső részében levő hyperostosisok, a nyelést is nehezítik.

A nem teljesen összenőtt lapoczka-felkarcsontizületben mozgatáskor kifejezett ropogást hallani. A térd izület mozgása kissé korlátolt. Egyes esetekben kifejezett *Bouchard*-féle csomók vannak a kezeken. A medencze és mellkas, talán az izmok atrophiája következtében, talán magából a csontrendszer megbetegedéséből folyólag lelapult. A mellkas nem vesz részt a lélegzésben. A baj a felnőtt kor első felében fájdalmakkal kezdődik az izületekben, de bennük egyéb hevenyés folyamat nyoma (duzzadás, pirosság, melegség) nincs. A betegség előhaladó jellegű, inkább férfiakat ér, mint nőket.

P. Marie szerint a spondylose rhizomélique és a gerinczoszlop arthritis deformansa egymástól klinikailag abban különböznek, hogy ez utóbbiban a kis izületeken veszi kezdetét a betegség és azokat inkább támadja meg. Különválasztandónak tartja a mezőn meggörbülve dolgozó munkásokon tapasztalt hajlott helyzetben nem teljes ankylosisra vezető csigolyaösszenövést, melyben a végtagok eredő izületei nem vesznek részt (duplicature champêtre), külön választja azonkivül a később említendő *Bechterew*-féle gerinczoszlop merevséget is, a melyben a kyphosis nagyobb sugarú, a végtag izületei épek maradnak és a melynek kóroktanában az öröklés és trauma játszanak szerepet.

(Folytatása következik.)

A nervus facialis viszonya a hallószerv bántalmaihoz.

Tomka Samu dr., közkórházi rendelő fülorvos.[4]

(Második közlemény.)

1896. márczius 28-dikán a kir. orvosegyesületben tartott és az Orvosi Hetilap 1896. 45—51. számaiban megjelent „A nerv. facialis viszonya a hallószerv bántalmaihoz" czímű előadásomhoz az újabb irodalom felhasználása mellett további vizsgálataim eredményét óhajtom fűzni.

A mi a Fallop-csatornát illeti, annak az első közleményemben részletesen leírt *dehiscenciáján* kivül, a következő boncztani változásait észleltem.

1. *A Fallop-csatorna falának vastagsági különbözősége.* Sok esetben oly vékony a csatorna csontos fala, hogy az ideg rajta keresztül tetszik. Ezen körülménynek az arczideghűdések fejlődésére annyiban van jelentősége, a mennyiben a vastagfalú csatorna az ideget bizonyos mértékben megvédi attól, hogy a geny reá átterjedjen, viszont a vékonyfalú csatorna a genyes folyamatnak

[1] Orvosegyesületi előadás, 1899. Verhandl. des Congres. f. innere Med. XVII. 1899.

[2] Lehrbuch der spec. Path. Anat. II. Bd.

[3] Contribution a l'étude du rheumatisme chronique de la colonne vertébrale. Thèse de Paris. 1892.

[4] Die chron. ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule. Volkmann's Sammlung kl. Vorträge. Neue Folge. 247. sz.

[5] Steifigkeit der Wirbelsäule und ihre Verkrümmung als besondere Erkrankungsform. Neurol. Centralbl. 1893. 13. sz.

[6] Tankönyve 1884. és: Über die chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule und der Hüftengelenke. Deutsche Zeitschrift. f. Nervenheilk. 1897. 338. l.

[7] Deux cas de Spondylose rhizomélique. Soc. méd. de Paris 1898. febr. 11. Sur la spondylose rhizomélique. Revue de médecin 1899. 4. sz. 285. l.

[8] Münch. med. Wochenschrift 1899.

[1] Sur un cas de cyphose hérédo-traumatique. Presse méd. 1897. okt. 6. 205. lap.

[2] Contribution a l'étude de la spondylose rhizomélique. Thése de Paris 1899.

[3] La spondylose rhizomélique. Revue de médecine 1899. 8., 9. és 10. szám.

[4] Bemutattatott részben a budapesti kir. orvosegyesület 1899. január 21-dikén tarott rendes ülésén.

az arczidegre való átterjedését elősegíti. A Fallop-csatorna eme boncztani viszonya lehet az oka annak, hogy a gyermekkorban a facialis bénulások gyakoriabbak, továbbá az, hogy e korban a facialis csatorna csontosodása még nem fejeződött be. A gyermekkorban ez okból könnyebben terjedhetnek az infectiosus folyamatok a középfülből a facialis ideghüvelye mentén az agyalapra.

2. *A Fallop-csatorna lumenének különbözősége.* Ezen körülmény annyiban fontos, hogy a Fallop-csatornában levő lobos váladék fennállása mellett könnyebben keletkezhetnek arczidegbénulások szűkebb, mint tágabb csatornában. *Jendrássik*[1] felveszi, hogy egyes családokban a Fallop-csatorna szűkebb vagy tágabb lehet, szintúgy mint egyes családokban egyes testrészek kisebbek vagy nagyobbak e családokban ismétlődő fejlődési sajátságok folytán. Erre vezeti vissza Jendrássik, hogy egyes egyéneken többször ismétlődik és egyes családokban gyakoribb az arczidegbénulás.

3. *A Fallop-csatorna lefutásának változatossága.* A facialis második térde lehet tompa vagy derékszögletű; gyermekeknél gyakoribb a tompaszögletű typus. A további lefutásában a foramen stylo-mastoideumig tehát csaknem egy síkban maradhat a facialis, a mikor is a csecsnyújtványműtétek alkalmával alig okozhat kellemetlenséget, vagy pedig ezen lefutásában folyton kifelé halad. A facialis ezen váltakozó lefutásának utóbbi alakja mellett jöhetnek könnyen létre a radikalis műtétnél a hátsó halljáratfal levésésekor az arczideghűdések, a mennyiben annyira kifelé akadhatni már a facialisra, a hol az rendes viszonyok közt még nem szokott lenni.

4. *A halántékcsont veleszületett torzképződése (Bohn).*[2] A Fallop-csatorna kiterjedt defectusa.

Eme boncztani varietásokat a *Thanhoffer* Lajos professor vezetése alatt álló II-dik számú anatomiai intézetében végzett boncztani munkálataim közben észleltem.

A műtétek alkalmával igen gyakran fejlődnek arczidegbénulások. A műtéteknél csak a gangl. geniculitól peripher eső facialis jön tekintetbe, a hol a processus cochlearis felett áthúzódik a belső dobüregfalhoz. Az arczidegbénulások a legkülönbözőbb műtéteknél előfordulnak, és nem minden esetben tudhatók be a műtő hibájának. A csecsnyújtványra történt első kalapácsütés után előfordult fellépése valószinűvé teszi, hogy rázkódtatás által is létre jöhet. Ha a műtét alkalmával a facialis törzse sértetik, úgy a hűdés mindjárt, vagy csak órák, napok és hetek mulva lép fel *(Schwartze)*.[3] Utóbbi esetben a hűdés egy lassan fejlődő neuritis, perineuritis vagy a facial-csatornába történt vérömlény folytán keletkezik.

Idegen testnek a dobüregből való eltávolítása. Minthogy a Fallop-csatorna fala az ovalis ablak felett gyakran igen vékony, könnyen áttörhető, és rajta gyakran defectusok vannak, sokszor észleltek e műtéteknél arczidegbénulást (*Briese*[4], *Schwartze*[5], *Stacke* és *Kretschmann*,[6] *Passow*[7]) stb.

Éles kanálnak a dobüregben való alkalmazásakor, polypusok eltávolításakor, ha a Fallop-csatorna defect, vagy ha fala az eszköz által betöretik, vagy ha a polypus a facialisból indul ki, úgy hogy az extractionál az ideg sértetik, (*Gellé*[8] *Moos*).[9]

Maró szerek használata, így a *lapis* alkalmazása mellett a typiknsan felvésett csecsnuyújtvány utókezelésénél, a dobüreghez való bejárat nyitvatartása czéljából, észlelt *Kretschmann*[10] arczidegbénulást; *Deleau*[11] argent. nitric. becsepegtetésre látott bénulást fellépni, *Stacke*[12] *chromsavval* ecsetelt az ovalis ablak közelében, mire teljes facialis hűdés következett be, a mi csak öt hónap mulva fejlődött részben vissza.

Vattával való érintés (tupfen) által is lehet defect Fallop-csatorna mellett arczidegbénulást létre hozni. *Stacke*,[13] *Grunert*.[14]

A maró szerek által keletkezett arczidegbénulások sokkal rosszabb kórjóslattal birnak, mint a műtét közben keletkezett hűdések.

A musc. tensor tympani tenotomiájánál is keletkezhetik facialis hűdés *(Kessel)*,[15] ha a csatorna fala defect vagy igen vékony és a tenotom által betöretik. Ezen veszélyt elkerülhetjük, ha a bevezetett tenotomot a tenotomia végzése előtt a belső dobüregfaltól eléggé kifelé húzzuk.

Kalapács extractionál igen ritkák a hűdések; *Schwartze*[16] szerint a chorda tympaninak a facialisra átvitt zúzódása által jönnek létre és csak a szájágakra vonatkoznak. Sohasem tökéletes a hűdés és többnyire nehány nap mulva visszafejlődik.

Ambosextractionál sokkal gyakoriabbak a bénulások és hosszabb tartamúak. Defect csatorna mellett a facialtörzs zúzódása következik be, vagy az ambosshorog által a csatorna betöretik, vagy a helyéből kimozdított amboss okoz a csatornába történt vérömleny által nyomási hűdést.

A műtét alkalmával olykor spasmusok lépnek fel a facialis területén a nélkül, hogy minden esetben hűdés következnék be. A chordának a hallászcsontok eltávolításakor történt elszakítása ízérzési zavarokat okoz, a melyek azonban nehány hét mulva megszünnek. Hogy ezen beidegzés kiegyenlítése az idegvégek összenövése vagy más úton történik-e, még nem eléggé ismeretes.

Felveszik, hogy a chorda tympani ízérzési rostjai nem a facialisban, hanem a nerv. glossopharingeusban veszik eredetüket és a chordához a portio intermedia Wrisbergii útján jutnak.

Az ankylotikus kengyel eltávolításánál olykor előfordul, hogy a középfül üregeinek műtét útján szabaddá tétele után a kengyel kihúzása alkalmával a feje és szárai letörnek. Az ovalis ablakkal összenőtt kengyel talpa csak elől és alul történt körülvésése után emelendő ki (*Panse*,[17] *Gurnert*)[18], miközben a mellülről egy mm. oldalt fekvő facialisra ügyelni kell.

A csecsnyújtvány egyszerű felvésésénél is előfordulhat a facialis sérülése, ha az üreg belső fala felé nagyon előrehatolunk.

A foramen stylo-mastoideumon is megsérthető a facialis, ha a genyedés a csecsnyújtványon alól terjed, és ha a műtét[1] alkalmával a csecsnyújtvány csúcsát az incisura mastoideáig el kell távolítani és az izmokat és inakat le kell fejteni.

Radikalis műtétek. A Stacke-féle műtétnél nagyon csekély a facialis megsértésének veszélye, Stacke véleménye szerint[19] pedig lehetetlen a sérülés, ha az ideg ép csatornában van. Megbetegedett facialis ideg sokkal fogékonyabb trauma iránt, mint egy ép ideg; utóbbi esetben a hűdés elég kedvező jóslatú. Stacke szerint az éles eszközzel előidézett hűdés nagyon ritkán irreperabilis, a mennyiben a csatornában fekvő ideg újonnan képződő rostjai egyesülnek, még ha az ideget egészen kétfelé vágták volna is. Azt ajánlja, hogy a műtét érdekében minden kórosat távolítsunk el, még a facialis megsértésének veszélye mellett is.

Az *attikus* műtét a facialisra nézve veszélytelen, minthogy lefutása a belső dobüregfalon a felső margo tympanikustól egy cm. median fut le. A műtét további folyamán a facialis csak a vésővel a belső falig történt átszúrás esetén volna megsérthető. A tájboncztan alapos ismerete és esetleg az aditusba helyezett óvó sonda használata mellett könnyen elkerülhető a facialis sérülése.

A csecsnyújtványról történő totalis felvésésnél sokkal nagyobb a facialis megsértésének veszélye, bekövetkezése is sokkal gyakoribb, különösen azon esetekben, melyeknél nagyon előre kell hatolni a belső dobüregfal felé. Igy például, ha a dobüreg hátsó-alsó részéből fistula vezet az alsó halljáratfalba.

A félkörös ívjárat egy részének levésése alkalmával a Fallop-csatornára történő közvetett erőbehatolás folytán a facialis-csatornából is letörhet egy kis darabka. Bekövetkezhetik a facialis sérülése továbbá ívjárat fistulának vésővel való tágítása alkalmával, a mikor a facialis területén rángás állhat be.

Minél közelebb jutunk a hátsó halljáratfal levésésekor az antrumhoz, annál óvatosabban kell eljárnunk. Minél mélyebbre kell vésnünk az antrum fenekétől, annál könnyebben jöhet létre arczidegbénulás. Különösen óvatosaknak kell lennünk az ú. n. facialis nyújtvány (Facialiswulst) és a Stacke-féle taraj (Sporn) eltávolításánál. Utóbbiból *Jansen* szerint mindaddig lehet levésni, a míg a facialisban rángás nem következik be.

Az ovalis ablak felett lefutó része a Fallop-csatornának léczszerűleg emelkedik ki a dobüreg felé, a mi az anatomusok által facialisnyújtványnak (Facialiswulst) neveztetik, míg a fülorvosok ezen elnevezés alatt az aditus ad antrumban a horizontalis ívjárat leglateralisabb része által képzett ama kompakt csontkiemelkedést értik, a mely a radikalis műtéti beavatkozásnál oly nagy jelentőségű facialis-csatornát magában foglalja.

Taraj (Sporn) alatt a hátsó halljáratfal ama részét értjük

a mely az antrum és dobüreg, illetve a csontos halljárat legmediálabb része közt van.

A fülbántalom koponyaüri következményei is járhatnak facialis bénulással.

A nervus facialisnak boncztani lefutása a halántékcsontban elősegíti a dobüreg genyes folyamatainak tovaterjedését a koponyaüregbe. A facialis-csatorna arrosioja vagy fennálló defectusai mellett ugyanis a geny a facialis ideghüvelye mentén a Porus acusticus internuson át a hátsó, ritkábban a Hiatus-canal. facialison át a középső agyűrbe tovaterjedhet.

Hoffmann[20] esetében az Eminentia stapedii volt a genyedés tovaterjedésének kapuja.

Ismeretes, hogy otogen eredetű cerebralis complicatiok is megtámadhatják a facialis ideget koponyaüri lefutásában. A tünetek különbözők a szerint, hogy a facialis magva vagy a törzse a belső halljáratban támadtatott-e meg. Előbbi esetben az ellenkező oldali, míg az idegtörzs megbetegedésénél ugyanazon oldali facialis bénulás észleltetett. Az irodalomban közölt esetek nyomán a facialishűdések keletkezési módjából és ezen hűdéseket követő tünetekből *Macwen, Körner, Hessler, Wernicke* stb. szerint a megbetegedés locilisatiojára következtetések vonhatók, a melyek röviden a következőkben foglalhatók össze:

Macewen[21] és *Hessler*[22] szerint igen fontos a hűdések bekövetkezésének sorrendje a diagnosis felállítására. Ebből megállapítható, hogy a motoros központok vagy a capsula interna vezető rostjai vannak-e megtámadva. Ha elől ül a tályog, úgy előbb az arcz, azután a kar és végül az alsó végtag hűdése következik be, a nélkül, hogy érzési zavarok csatlakoznának hozzá.

A temporo-sphenoidalis lebeny tályogja valószinüleg távol hatással van a centralis tekervény kéregmezejére, a mely alulról felfelé terjed. (*Wernicke.*)[23]

Ha a tályog hátulról mellfelé terjed, úgy először az alsó végtag, azután a kar és végül az arcz vagy pedig az összes testrészek hűdése következik be egyszerre. Ha egyszersmind érzési zavar is fellép, úgy valószinüleg másodlagosan a capsula interna is megbetegedett.

A halántéklebeny-tályogoknál a tályog nyomása a keresztezett facialisra gyakran paresiseket, ritkábban spasmusokat okoz a belső capsula hátsó száraiban. (*Macewen.*)[24]

Homloklebeny tályogoknál facialis és hypoglossus hűdéseken kivül nem ritkán izolált, vagy az ellenkező oldali hemiplegiával kapcsolatos convulsiok lépnek fel.

Kis agytályogok mellett gyakran ugyanazon oldali arczidegbénulások állanak fenn; a ponsra való távol hatásnál ugyanazon oldali, (*Hessler*)[25]-hűdések mellett, keresztezett hűdések is észlelhetők, (*Moos*).[26]

Otitikus leptomeningitis purulentanál clonikus és tonikus görcsök fordulnak elő a facialisban. Ha a meningitises megbetegedés a kis agyban van, akkor az izzadmány nyomása a facialis törzsére ugyanazon oldalú arczidegbénulást és süketséget okoz, (*Körner*)[27]. A lassanként és későn fellépő hűdések tuberkulotikus, hirtelen és korán fellépők, genyes meningitis mellett szólnak, (*Hessler*)[28].

Otitikus sinus phlebitisnél a facialis beidegzése olykor renyhébb (*Politzer*),[29] sőt bénulás is észleltetett, (*Schwartze*).[30]

Incomplicált otogen agytályogoknál keresztezett facialis bénulás van (Salzer[31]).

Körner szerint otogen agytályogoknál a következő okokból jöhet létre arczidegbénulás:

A megbetegedett halántékcsonton belül történő sérülésnél (peripher ugyanazonoldali hűdés);

kisagytályog nyomása folytán a belső halljáratba való belépési helyen történő sérülés folytán (ugyanazonoldali hűdés);

a halántéklebenytályog távol hatása folytán a capsula internára (keresztezett centralis hűdés);

kisagytályog távolhatása a hídra;

hídtályog gócztünete (a két utóbbi esetben mint centralis ugyanazonoldali, keresztezett vagy mindkét oldali bénulás).

Két érdekes otogen arczidegbénulást óhajtok bemutatni. Az egyik (S. J.) 26 éves férfibeteg e hó 8-dikán, vasárnap este több korcsmában mulatott és nagyon illuminált állapotban lehetett, mert másnap reggel a rendőrségnél ébredt fel. Hogy mikép jutott a rendőrséghez és kapott-e valami ütést a fülére, arról mit sem tud. Csak azt tudja, hogy midőn másnap hétfőn reggel felébredt, jobb fülére rosszabbul hallott, e füle zúgott, kissé vérzett és délután is rosszul érezte magát. Még másnap is kissé véres volt a fülébe dugott vatta és fülzúgás és nagyothallás is fennállott. Harmadnap azt vette észre, hogy a jobb arczfele ferde, hogy jobb szemét nem tudta egészen csukni, hogy nehezen tudott nyelni. Egy hét mulva, 16-dikán felkeresett a *kerületi betegsegélyző pénztár rendelő intézetének fülosztályán*, a mikor is nála a következőket találtam:

A jobboldali fülkagyló normalis, nem mutat semmi eltérést; a küllhaljárat elég tág, alsó és felső falán kis fülzsírral. A dobhártyának főként mellső és hátsó felső része mellfelé türemkedett, beszáradt vérrel boritott, a dobhártya többi része is vöröses és rajta echimosisok láthatók. A kalapács nem vehető ki, perforatio nem látszik a dobhártyán. A hallásképesség jobb oldalt csökkent, óraketyegést 25 cm., suttogó beszédet $1^1/_2$ méternyire hall.

Sarbó dr vizsgálata szerint rendes villamingerlékenység áll fenn és csak 8—10 nap mulva várható az elfajulási reactio.

A facialhűdés úgy keletkezhetett, hogy a dobüregben *trauma* folytán vérömlenyek és kisfokú lob fejlődött ki, a melyhez a facialis neurilemmájának vérbősége és esetleg lobosodás is csatlakozott. A dobüreglob később mindinkább visszafejlődött, a dobhártya nem volt többé belövelt, katheterizáláskor szörtyzörejek hallhatók. A hangvillalelet: Weber-féle kisérlet jobbra lateralizált, Rinne jobboldalt positiv. Betegnél nem volt sem a magas, sem a mély hang iránti érzékenység feltalálható. Ma a hallás képesség j. o. óraketyegés $^3/_4$ m.; suttogó beszéd 3 m., katheterizáláskor még mindig csekély szörtyzörejek hallhatók. A kezelés eleinte abból állott, hogy a fület bekötés által a külső behatásoktól megóvtuk, később a lob lefolyása után katheterizálást végeztünk.

A másik (M. F.) betegnél baloldali arczidegbénulás, ez oldali dobüregben savós-nyákos váladék van jelen a fülkürt szűkülete mellett. Katheterizáláskor a levegő csak vékony áramban hatol be és sípolás, dörzsölés és szörtyzörejek hallhatók. A hallásképesség csökkent, suttogó szókat 1 m. converzáló szókat 2 m. körül hall. A középfül *savós-nyákos hurutja* mellett igen ritkán észlelhetők arczideghűdések. Az ideg-izomban elfajulási reactio van jelen (Sarbó dr.). A kezelés a fülkürttszűkület tágításában és katheterizálásában áll.

Végül az első közleményemben leírt *traumatikus* arczideghűdéseket a következőkkel óhajtom kiegészíteni. Arczideghűdések keletkezhetnek a szülés alatt a fogó nyomása folytán, továbbá a szülés alatt szűk medencze nyomása folytán, intrauterin pedig a dobüregben felhalmozódott magzatvíz, meconium, stb. nyomása folytán. Koponyaalapi töréseknél a repedés kedvencz helye *Zaufal* szerint a Hiatus canal. facialis környéke; *Busch* szerint a belső halljárat és a tömkeleg környéke; szerinte a repedések a halántékcsont egyes részeinek egyesülési helyén keletkeznek és így tulajdonkép csak diastasisok volnának.

Pótlandó továbbá azzal, hogy a *veleszületett acut genyes dobüreglobot* illetőleg *Aschoff*[32] azt állítja, hogy otitis media neonator. nem létezik és ha ilyen eset mégis előfordulna, ez a dobüregben létező magzatvíz, meconium, vernix caseosa, epidermis stb. által hozatnék létre. Tehát csakis idegen test által előidézett genyes dobüreglobról lehetne szerinte szó. Aschoff szerint bakteriell otit. med. acuta csak a születés után jöhet létre, a minek keletkezését az említett magzatvíz, stb. a dobüreg nyákhártyájának izgatása által elősegíti. Sikerült ugyan Aschoffnak az otit. med. ac. neonat. esetek nagyobb részénél állításait bebizonyítani, de semmi esetre sem tudta megdönteni, hogy otit. med. ac. neonat. létezik. *Habermann* vizsgálataiból tudjuk, hogy otitis haematogen úton is fejlődhetik. Épen úgy nincs kizárva intrauterin otitisnek haematogen úton való előfordulása. Az otitikus facialis bénulás tüneteit, lefolyását, diagnozisát és prognozisát illetőleg az első közleményemben előadottak némi pótlása végett utalok az Archiv für Ohrenheilkunde XLIX. kötetében megjelent munkám megfelelő fejezeteire.[33]

Irodalom. 1. *Jendrássik*: Orvosi Hetilap 1898. 30. sz. — 2. *Bohn*: Jahrbuch f. Kinderheilk. III. — 3. *Schwartze*: Handbuch II. — 4. *Briese*:

Dissertatio. — 5. *Schwartze*: ugyanott. — 6. *Stacke és Kretschmann*: Arch. f. Ohrenh. XXII. — 7. *Passow*: Zeitschr. f. Unfall. 1898. — 8. *Gellé*: Annales des maladies de l'oreille etc. 1894. 1. sz. — 9. *Moos*: Zeitschr. f. Ohrenh. VIII. — 10. *Kretschmann*: Arch. f. Ohrenh. — 11. *Deleau*: Bullet. de l'acad. de med. 1857. XXIII. — 13. *Stacke*: Operative Freilegung der Mittelohrräume. — 13. *Stacke*: ugyanott. — 14. *Grumert*: Arch. für Ohrenheilk. — 15. *Kessel*: Arch. für Ohrenheilk. XXXI. — 16. *Schwartze*: ugyanott. — 17. *Panse*: Schwerhörigkeit durch Starrheit der Paukenfenster. — 18. *Grunert*: Arch. f. Ohrenh. XL. — 19. *Stacke*: ugyanott. — 20. *Hoffmann*: Arch. f. Ohrenh. IV. — 21. *Macewen*: Die infectiös eitrigen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarkes. — 22. *Hessler*: Schwartze's Handbuch II. — 23. *Wernicke*: Lehrbuch der Gehirnkrankh. III. — 24. *Macewen*: ugyanott. — 25. *Hessler*: ugyanott. — 26. *Moos*: Arch. f. Aug u. Ohr I. — 27. *Körner*: Die otitischen Erkrankungen des Hirns stb. — 28. *Hessler*: ugyanott. — 29. *Politzer*: Tankönyv III. — 30. *Schwartze*: ugyanott. — 31. *Salzer*: Körnerben id. — 32. *Aschoff*: Zeitschr. f. Ohrenh. XXI. — *Tomka*: Die Beziehungen des N. facialis zu den Erkrankungen des Gehörorgans. Arch. für Ohrenheilk. XLIX.

A csúzos tarjag viszonya a hallószervhez.

Sugár K. Márton dr.-tól Budapesten, az „Archiv für Ohrenheilkunde"-ben megjelenő dolgozata nyomán.

Minthogy legszorgosabb kutatásom daczára sem találok az irodalomban egyetlen egy adatot sem a csúzos tarjagnak vagy peliosis rheumatikának nevezett kórképnek complicatiojáról a külső vagy belső fül bántalmaival, érdemes egy általam észlelt esetet a feledékenységtől megóvni.

A Shönbein által peliosis rheumatikának vagy purpura rheumatikának nevezett kórkép tudvalevőleg oly tünetcsoport, mely a külső határon fellépő purpuraeruptiok, és különféle izületekben támadó fájdalmas daganatok által tünik elő.

Scheby-Busch utalt először arra, hogy a purpura rheumatika és a purpura haemorrhagika, vel morbus maculosus Werlhofii között átmeneti formák léteznek.

Ha ezen betegségnek halmozódó fellépése különösen őszszel vagy tavaszszal már a priori fertőző genesis mellett szólt, és főkép Strümpell belgyógyászati könyvében már 1886-ban majdnem divinatorikus tehetséggel azt a tételt állította fel, hogy az összes haemorrhagikus megbetegedésekné infectiosus bántalmakkal van dolgunk, akkor a vérmegbetegedés tanának jelenlegi állásánál nem merülhet fel kétség, hogy az előbb dissolutio sanguinis-re visszavezetett purpurabetegségek, úgy a purpura rheumatica mind a purpura haemorrhagica, bacillaer eredetüek.

Eichhorst elterjedt kézikönyvének második kiadásában még oda nyilatkozik, hogy a Werlhof-féle betegség oka még rejtély előttünk és ugyanazon szerző a bőrön fellépő primaer vérzéseket vérmegbetegedésre vezeti vissza, mely a vér csökkent alvadási képességében, összekötve káros behatással a véredények falazataira, lelné magyarázatát.

Ez volt az általánosan elfogadott vélemény e ritka betegség lényege felett, melyet a nyolczvanas évek elején, orvostanítványi éveink alatt, a vérmegbetegedések csoportjában tárgyaltak.

Csakis úgy magyarázható, hogy a septikaemia, endocarditis, typhus, stb. után fellépő vérzéseket a bőrön tévesen purpura haemorrhagikának nevezték, habár kétségkivül a hajszáledényeknek microorganismusok által való bedugaszolására consecutiv rhexissel vezethetők vissza, épúgy mint a purpura variolosa és a heveny fertőző bántalmaknál fellépő petechiák egyáltalában véve haemorrhagiák a külső integumentumon.

Demme még nem eléggé méltatott lelete („Zur Kenntniss der schweren Erytheme", Fortschritte der Medizin 1888.) egy csapással felderítette e betegségek homályát, és megengedi ama következtetést, hogy az erythema nodosum, mely szintúgy halmozva tavaszszal és őszszel lép fel és izületi bántalmakkal complikálódhatik, nem más mint a purpura rheumatika enyhébb formája.

Ezen véleményt már Bohn nyilvánította, a nélkül, hogy ennek megközelítőleg is magyarázatát adhatta volna.

Kaposi a bőrbetegségekről szóló nagy kézikönyvének újabb kiadásában már az erythema nodosum és a purpura vel peliosis rheumatika közeli rokonságáról beszél.

Ha az erythema nodosumnak nem rég az itteni báró Hirsch-egylet főorvosával, Schrank collegával, véletlenül észlelt egy esetét szemmel tartom, mert úgy látszik, hogy e betegség az év bizonyos szakaiban Budapesten majdnem járványszerű jelleggel lép fel és összehasonlítom a peliosis rheumatika kórképével, e két betegségnek analog volta azonnal feltünik.

Demme az erythema nodosum több esetében, melyek purpurával és multiplex bőrgangraenával jártak, az erythemacsomók szövetnedvéből és a bőrrétegekből, melyek a gangraenosus plaques területén belül feküdtek, bacillusokat tenyésztett, melyek házinyulak scarificált hasbőrébe bedörzsölve vagy a bőrbe fecskendezve, későbben bekövetkező gangraenával oly csomókat idéztek elő, a milyenek a megbetegedett gyermekeknél voltak.

A purpura haemorrhagikánál előforduló bacillusokról különösen két megbizható észleletet találtam az irodalomban letéve.

Kolb („Zur Aetiologie der idiopathischen Blutfleckenkrankheit", Arbeiten aus dem deutschen kaiserl. Reichsgesundheitsamte, VII, 1891.) a purpura haemorrhagikában meghalt esetek vérmirigyeiben, főkép a lépben, ennek részben interstitialis szövetében, részben vér- és nyirokedényeiben, szórványosan a bőrben is, egy 1—2 μ. hosszú tompa végű bacillust talált, mely tiszta culturákban tenyésztve, illetve isolálva lett; pathogen jellegét számos állatkisérletben, egereken, házi nyulakon, kutyákon nyilvánította, a mennyiben ezen állatok jellemzetes vérkilépések képződésének tünete alatt elpusztultak. A culturák felületéből nyert filtrált, sterilizált emulsiok, tehát a filtrált leveskulturák, nagyobb adagokban szintén hatásosoknak bizonyultak A megvizsgált esetekre nézve tehát a talált bacillus haemorrhagikus fontossága kétségen kivül áll.

Már előbb Letzerich („Untersuchungen über die Aetiologie u. Kenntniss der purpura haemorrhagica", Leipzig, 1889.) apró fénylő testecsek alakjában, más bacillus purpura haemorrhagikát vélt találni, mely a capillarisokat betömő hyalin thrombusokon áthatol, s rendesen a haemorrhagikus részeken volt található. E fénylő testeket Letzerich csak sporáknak tekinti, a melyekből tenyésztési kisérleteiben a bacillusok fejlődtek ki. Tiszta kulturákban tengerimalaczokra átoltva pathogen jellegüeknek bizonyultak, a mennyiben vérzéseket idéztek elő a véredények falainak direkt és lokális megtámadása által. Érdekes, hogy Letzerich kutatásai folyamán maga betegedett meg a purpura haemorrhagica kórképe alatt, és saját vérében találta az általa leirt mikroorganismust.

A purpura rheumatika tehát épúgy, mint a purpura hemorrhagika bacteritibus eredetű fertőző bántalom, a mint ezt legújabban Jarisch tanár is Gráczban, mint a bőrbetegségekről szóló kötet szerzője, Nothnagel nagyszabású belgyógyászati művének gyüjteményéhen (XXV. kötet, 1900. 150. oldal), kifejti.

Hogy ezen felfogása a honi orvosi tudomány legkiválóbb produktumába, a nagy magyar „Belgyógyászati kézikönyv"-be is átment, sőt a német buvárlatok alapján már előbb érvényesült, ezt mutatja a nevezett munkának Jendrássik Ernő tanár kitünő tollából származó fejezete: „A csúzos tarjagról". E helyen találtam az adatot, hogy Petrone egy csúzos tarjag betegségben szenvedő egyén vérét házinyúlba fecskendezte, és hogy a kisérleti állat egyik fülén pár vérömléses foltot kapott. Jendrassik egyébiránt kiemeli, hogy a purpura haemorrhagika esetében a fülben keletkezett vérzésből siketséget látott eredni.

Ezen leletek daczára legújabbban Ajello a betegséget a tapasztalt gyomorbéltünetek miatt autointoxicatiora vezeti vissza oly anyagokkal, melyek zavart emésztési folyamatokból erednek. Ajello-nak ugyanis sikerült a gyomorban a sósavnak és pepsinnek hiányát, helyettük peptotoxint és sósavas aethylamint stb. kimutatni. Ezen toxinoknak, melyek a bélben bizonyos aromatikus és toxikus anyagoknak keletkezését elősegítik és a vizeletben is megjelennek, de a betegségi tünetek lezajlásával eltünnek, Ajello létrejött felszívódásuk folytán, haematolytikus hatást tulajdonít.

Schwab szerint szintén toxinok a betegség okai.

Önkénytelenül eszembe jut e helyen a bizonyos ételek (rák, áfonya stb.) élvezete után és zavart emésztési folyamatok következtében fellépő urticariaképződés a külső takarón.

Kaposi, a vérfoltmegbetegedések e szorgalmas kutatója, e tényekkel szemben legújabban kifejti, hogy teljesen megfoghatatlan, mily a véredénycentrumból kiinduló momentumok alterálják

a peripher véredények beidegzését, hogy ezeknek falai a vér számára olyan egyszerre fellépő és mégis múlólagos permeabilitást mutatnak.

Ezen, a kérdés mai állását híven visszatükröző adatok után, át akarok térni a peliosis rheumatikának complikatiojára egy sajátszerü fülbántalommal, és be akarom bizonyítani, hogy mily fontosnak látszik szakmánk az orvosi tudományok oktatásánál, mert, mint ezt többször tapasztalom, belgyógyászati kézikönyveink tudományos adataikat egyoldalúlag, az otiatria specialis ismerete nélkül, birálják meg.

Folyó évi április 25-dikén egy 28 éves czipész talált felvételt a *Székács Béla főorvos úr ismert kitünő vezetése alatt álló szent Rókus-kórház X. belgyógyászati osztályán.*

Nevezett főorvos úr a bőr több helyén, főkép az alsó végtagokon fellépő külső vérzések, és fájdalmas daganatok alapján mindkét térdizületben, nemsokára a könyökizületekben is, peliosis rheumatikára kórismézett.

A midőn a beteget április 26-dikán Székács Béla főorvos úr szíves felszólítására megnézni alkalmam volt, a bal fülkagylón kifejezett herpeseruptiot, a dobhártyát mindkét oldalon normalisnak, a hallási képességet intactnak találtam.

Április 27-dikén egyszerre csak csillapíthatlan hányás lépett fel, mely teljes 13 óráig tartott. Egyúttal a jobb fülön heves fülzúgásról való panasz, fájdalom ezen fül mélységében, nagyfokú szédület, úgy hogy az ágyban való felültetés majdnem lehetetlen, erős nagyothallás a jobb oldalon, úgy hogy a beteg az órát és a suttogó beszédet ez oldalon csak közel ad concham hallja, a csontvezetés a c^2 hangvillával vizsgálva az afebrilis, teljesen lucid öntudatú, betegnél, a koponya jobb hemisphaeráján hiányzik.

A bal fülön, ugyanazon hangvillával vizsgálva, a Weber és Rinne-féle ép úgy mint a Schwabach-féle kisérlet positiv eredményt ad; ezen a fülön tehát semminemű bántalom nem constatálható.

Április 28-dikán a jobb fülkagyló 23 purpuraeruptioval borítva; az arcz teljesen szabad. A hallási képesség ugyanaz mint az előtte való napon.

Livid vörös, levált, papulosus foltok, melyek nyomásra el nem halványodnak; gombostü, kölesmag egész borsó nagyságban a helixen, antihelixen, a fossa scaphoideában és az antitraguson elszórva feküsznek; egy-egy a külső hangvezetékben és ennek belső végén a dobhártyának a hangvezeték végén levő barázdájában, a hol egy distinct echymosis található, mely azt a látszatot kelti, mintha vérzés a dobhártya superficialis felhámrétegébe történt volna, úgy hogy a támadt vérömleny a külső hangvezeték peripheriájába átterjedt. Tröltsch utalt először a lehetőségre, hogy a dobhártya felhámrétegébe történt vérömlenyek a hangvezetékre mintegy átvándorolhatnak.

A purpurakiütés kitörése után a fülkagylón, április 29-dikén, megszünt a hányás; a hallási képesség most már mindkét fülön normális, semminemű szédület, fájdalom vagy fülzúgás; a csontvezetés április 30-dikán reggel a jobb fülön is teljesen helyreállítva, úgy hogy a Weber és Rinne-féle kisérlet ez oldalon is positiv eredményt ad.

Az ismételten megvizsgált papilla N. optici a reczehártya ütereinek feltünő szük voltát, de egyébiránt semminemü abnormis leletet nem nyujtott.

A beteg saját kérelmére május 3-dikán elbocsáttatott a kórházból, de már egy nappal későbben önként decrepid állapotban visszajön.

Az alsó lábszárak felületén észlelt és már elhalványodott purpuraeruptiok egész vérömlenycsomókra vannak átváltozva; a két térdizület újabb daganata; ismételt heves hányás. A jobb fülön ugyanazon lelet mint április 27-dikén; a fülkagylón észlelt eruptiok pikkelynélküli elhalványodási stadiumban vannak és a haemoglobin elváltozásának színárnyalatait mutatják de, e mellett négy florid eruptio az antitraguson.

A subjectiv tünetek 24 óra mulva ismét eltüntek; a bal fül a herpeseruption kivül most is szabad maradt. Az alsó végtagokon észlelt vérömlenyek és izületi daganatok is lassan visszafejlődtek.

Ha a leirt tüneteket a belgyógyásznak szemeivel nézem, azt mondanám, hogy a nagyfokú szédület mint gyomorszédülés (vertigo e stomacho laeso), vagy a vérszegénység alapján fejlődött, mert a szem hátterén megvizsgált retinalis üterek is feltünően szükek és vérüresek voltak, míg a heves hányás a gyomor nyálkahártyájába történt vérzés által magyarázható meg.

A belgyógyászati irodalomban tudvalevőleg a purpura haemorrhagikának oly esetei is fel vannak jegyezve, melyek a tractus gastro-intestinalis haemorrhagikus infarctusa által, tehát góczszerü vérteltsége és a véredények bedugaszolása által, a consecutiv peritonitis perforativa kórkép tünetei alatt halállal végződtek.

Ezen feltevés ellen azonban a hányadékban levő vér hiánya szólna.

A véletlen, vagy jobban mondva, a betegség járványszerü jellege úgy akarta, hogy a magyar fül- és gégeorvosoknak május 10-dikén tartott rendes gyülésén Tomka Samu dr. fülorvos úr a morbus maculosus Werlhofii egy esetéről referált, a melyben a külső fül nem mutatott semminemü elváltozást, de vérömlenyeket talált mindkét dobhártyán, ép úgy mint a reczehártyán, mely esetében Tomka a dobhártya elődomborodása és heves fájdalmak miatt mindkét fülön, a dobhártya paracentesisére határozta el magát.

Hasonló az elhunyt Moos tanár esete, ki vérömlenyeket az elődomborodott dobhártyán és haematotympanicumot talált egy betegénél; ez utóbbi egyszerre nehézhallásról és fülzúgásról panaszkodott a fül megfelelő oldalán.

A Tomka esetében fellépett hányadék a Korányi-féle klinikán tüzetesen megvizsgáltatott és sem szabad szemmel, sem górcsövileg vagy vegytanilag az ismert haeminpróbával, nem mutatott vért, sőt a betegnél makacs székdugulást is találtak, úgy hogy a tractus gastro-intestinálisba történt vérömleny itt is teljesen kizárható.

Az ezen esetben fellépett hányás, a nehézhallás, fülzúgás és a dobhártya elődomborodása kényszer nélkül a dobürbe történt vérömlenynyel magyarázható, ha ugyan a vérzés nem történt a dobhártya subepidermoidalis rétegeibe, mely tudtommal könnyen az egész dobhártyára kiterjed és ekként az egész dobhártya elődomborodásának imponálhat; ez utóbbi esetben persze felesleges volna a dobhártya összes rétegeinek paracentesise.

Az általam észlelt esetet azonban lehetetlen így értelmezni, a mint ezt a Tomka-féle esetről lefolyt tudományos vita alkalmával a magyar fül- és gégeorvosok szakgyülésén már kifejtettem.

Ha esetemet az otologus szemével vizsgálom, arra a következtesésre kell jutnom, hogy a leirt tüneteket helyesen a tömkelegbe történt vérzéssel, vagy legalább is a labyrinth hyperaemiájával magyarázhatom meg.

Ha a morb. mac. Werlhofiinál vérzések támadnak a reczehártyán a chorioretinitis haemorrhagika kórképe alatt, és pedig a reczehártya ütereinek, illetve falainak, a bacillus haemorrhagikustól való direkt megtámadása által, akkor ugyanaz a folyamat a tömkelegben is lehetséges

Ha esetemben az érintetlenül talált dobhártya lelete mellett vérömleny támadt volna a dobüregben, akkor ezen haemorrhagia az ismert vörösen áttetsző vagy aczélszürke szín által a dobhártyán biztosan elárulta volna magát. Ennek azonban nyoma sem volt.

A purpura haemorrhagikának fülbántalmakkal való complikatiojáról a külföldi szakorvosi irodalomban csakis két esetet találtam. A heidelbergi Moos tanár említett esetét és Haug müncheni tanár egy esetét, míg a peliosis rheumatikának fülbántalommal vuló complikatiojáról egyetlen egy adatot sem találtam, úgy hogy esetem tényleg az első.

Minthogy Habermann gráczi tanár kórboncztanilag anämia perniciosánál is a canal. gangl.-ban, a csiga lig. spirale-jében, az előcsarnokban és a canal. semicircularesekben kiterjedt vérömlenyeket talált oly betegnél, melynél intra vitam süketség, subjectiv fülzörejek, intensiv szédülési rohamok voltak, azt hiszem, hogy kórismém az említett irányban teljesen jogosult.

Esetemben a peliosis rheumatika recidivájáról van szó, és a belgyógyászati kézikönyvek adatai szerint, ilynemü visszaesések a betegségbe, cyklikusan hónapokon sőt éveken át is megújulhatnak, úgy hogy per analogiam a fülbántalomra is ugyanaz következtethető.

A gyógykezelés absolut nyugalmon kivül a tudomány mai

állása szerint legjobban abban áll, hogy a Jarisch tanár által említett könyvében ajánlt arsent sol. Fowleri alakjában adagoljuk. Mint haemostatikum legjobb a plumb. acet., 0·03, por alakjában két óránként, mert mint ezt Pick Fridolin prágai m. tanár legújabban a belgyógyászok wiesbadeni congressusán állatkisérletekkel bebizonyította, az ergotinnak csakis a méh sima izomzatára van befolyása, úgy hogy haemoptoë-nél sem hatásos.

Az Oppolzer és Werlhof által ajánlott decoctum chinae, főkép ásványsavval, a diluált kénsavnak vagy az acid. Hallerinek alakjában, csak china-tartalma folytán hathat és a vasadagoláson kivül a visszamaradó vérszegénység ellen csak mint zsongító szer használható.

A dobhártya totalis paracentesise természetesen csak akkor indikált, ha türhetlen fájdalmakkal fellépő és a dobhártyának totalis hólyagszerű elődomborodásával, nagyfokú haematotympanummal van dolgunk.

E mellett azonban a dobhártyán való egyszszerű subepidermoidalis vérhólyagok fellépésére is kell ügyelnünk, melyeknél a dobhártya egész falán áthatoló paracentesis szükségtelen.

Végül a mellett kardoskodom, hogy a purpura haemorrhagika és a peliosis rheumatika ritka eseteiben a hallószerv állapotára különös figyelmet fordítsunk, és a hol a fül részéről a jellemzett tünetek fellépnek, melyek hányással járnak, és a hányadékban nem található vér, akár friss akár elváltozott állapotban, a kórisme csak az említett fülbántalomra állítható fel.

A méh- és gyomorbántalmak közti összefüggés.

Irta: *Tuszkai Ödön* dr. nőorvos.

(Vége.)

II. A plexus spermaticus több finom ágat küld a tubához és nagyszámú erős ágat küld az uterushoz (fundus, mellső fal), valamint erős *communicáló ágat a plexus uterovaginalishoz*. Ez összeköttetését a gangl. solaréval való közössége miatt anastomosis utero-coeliacanak nevezzük el.

Kisebb, finomabb ágak a plexus hypogastrikus inferiorhoz is érnek, különösen ott, hol ez utóbbi az 1., 2. és 3. sacralis ideggel nexusban látszik lenni.

III. a *Plexus renalis* legnevezetesebb ágai az *ovarium* számára menők, melyek e szervben óriási nagy finom idegreczékben, talán kisebb ganglionokban végződnek.

Láthatjuk ezen összeállításból, hogy a peripherikus ingereknek mily complikált reflex útjaik vannak az uterushoz, és azonképen a gerinczagyi ingerek is csak nagy közbeeső sympathikus pályákon át tudnak az uterusra hatni.

A *harmadik* nagy idegtörzs, melylyel a sympathicusnak gyakori nexusai vannak, a *Vagus*.

Ugyanezen ideg látja el a gyomrot is, miért is lefutásának ismerete jelen théma alkalmával kétszeres érdekkel bir.

A vagus, mint tudjuk, a IV. agygyomrocs fenekén az ala cinereából ered, részben motorikus magból, a nucleus ambiguusból. Innét 10—20 gyökköteggel a med. oblongata ik- és oldalkötegei között kilépve a gangl. jugularet képezi, melynek alsó része mögött lép a *nervus accessorius* belső részlete a vagusba.

Csak felemlíteni kivánom, hogy a vagus nyaki részein a minket érdeklő idegek közül a *ramus meningeus*, melynek izgalma hányást okoz és a nerv. *auricularis* (a facialissal kereszteződve) ered.

Átfutván az alábbi részeken eredő laryngealis és pharyngealis ágakat, az u. depressort, cardiacust stb., a gyomorhoz érkezünk, melynek mellső falán fekszik a bal vagus által képezett hatalmas *plexus gastrikus anterior*. Ezen fonat, mely vasomotorikus és secretorius elemeket tartalmaz a gyomor számára, több nagy ággal, köztük a nerv. splanchnicus major és minor útján egyenesen a *ganglion solareval* áll összeköttetésben, illetve a két plexus egymáshoz ágakat küld.

Frankenhäuser említette először és én is megtaláltam ezeken kivül azon számos anastomosist, mely a vagus eredésű mellső gyomorfonat és — a napfonat kikerülésével — a symphatikus idegrendszer között van. Ezek közül egy jelentékeny pamat egyenesen a spermatikus plexushoz megy. (*Anastomosis utero-gastrica.*)

A jobb vagus a gyomor mögötti gyomorfonat (pl. gastr. post.) képződéséhez járul leginkább és sympathikus ágakkal egyetemben a gyomor kis görbületén fekvő pl. coronarius superiort képezi. A plexus coronarius inferiort szépen kikészítenem nem sikerült, de kétségtelen, hogy szintén vagus és sympathikus ágakból áll.

A *gyomor* és a *méh* idegúton való nexusa e leirás után elég világosan áll szemünk előtt, a mennyiben láthatjuk, *hogy az uterus idegeit, melyek annak hátsó falához mennek, a sympathikus rendszer pl. hypogast. inferiorja, továbbá a plexus spermatikus és a plexus uterovaginalisa adja leginkább, s bár egyenes vagus ágak létezése kimutatható, mégis biztonsággal annyit mondhatunk, hogy a gangl. solaren át áll a méhfonat a gyomorral összeköttetésben.* (Egyenes ágak a 2 splanchnikus.)

A genitaliák beidegzésének kérdését e helyen csak vázlatosan közöltem és csak annyit, a mennyi az uterus és gyomor reflex útjai megértésére okvetlen szükséges.

Kiegészítéskép még meg kell említenem, hogy az idegek leginkább az uterus izomzatában, nevezetesen a sima izomsejtek magvai mellett, vagy *azokon* végződnek, a nélkül, hogy legtöbbször valamely kimutatható végkészülékeik volnának. Úgy a sima izomsejtet vagy esetleg annak magvát harántul éri az idegek tengelyfonala. Az uterusba lépésük után ugyanis az idegszálak elvesztik csakhamar a *Schwann*-féle tokot és a velőhüvelyt. A *corpus uteriban* rendkivül sok az idegvégződés a cervixben igen kevés. Az *endometriumig Herff*[30] vizsgálatai szerint csupán a fundusban hatolnak és itt sem érik el az epithelt, míg *Gawronszky* egész az epithelig tudta követni az idegeket.

Egyes helyeken sajátságos nagyobb, számos, egy vagy több másodrendű tengelyszálat feltüntető sejtet lehet látni, különösen az interstitiumban, melyek talán dúczsejtek.

A gyomor is bir valószinűleg önálló dúczsejtekkel (Volkmann), mert kivágva összeköttetéseiből féregszerű mozgásokat végez. *Orenchovszka* (idézi Stiller o. c. 375) a savós hártyán állitólag több dúczsejtet mutatott ki, melyek vagus és symphatikus rostokkal közlekednek.

Ezen úgy az uterusban, mint a gyomorban feltételezett dúczsejtek szerepe minden esetre kicsiny lehet, és e két szerv kölcsönhatásában súlylyal nem igen birhatnak.

Ha szem előtt tartjuk a reflex utak fentebb leirt irányát, és tudjuk, hogy agyi és gerinczvelői (vagus, respective lumbosacralis) ágak a sympathikus idegrendszerrel összeköttetésben vannak, mely együttérző ágak pedig vasomotorikus, secretorikus functiot közvetítenek, sőt *Röhrig*[31] szerint *centripetalis* irányban is hatnak, úgy a genitaliák kölcsönhatása más szervekkel, eseteinkben az uterusé a gyomorral érthető és megmagyarázható.

Ahhoz azonban, hogy egyes adott esetekben a kölcsönhatás folyamatának útját megmagyarázhassuk, nem elég magukat az idegutakat ismernünk, hanem, mint mondottuk, a két szerv *statikai* momentumait azok kölcsönhatásában is kell tanulmányoznunk.

Úgy a gyomor, mint a méh a nagy hasürben van, melyek felső hátára a diaphragma, alsó a kis medencze feneke, a gát. A gyomor a diaphragma felé van megtámasztva, a mennyiben normalis helyzetének egyik fő factora a bárzsing, melyen csüng, s melynek egyenes folytatása.

A gyomor egyensúlyát ezenkivül a lig. phrenulogastrik; a máj felé a lig. hepatiko-gastrikum (omentum minus), lefelé az omentum majus és a mesokolon transversum. Jobb oldalt a duodenum, bal oldalt a lép, mell felé a máj támasztja, míg a hasürfelé a colon transversum, hátfelé a gerinczoszlop, illetőleg a pancreas egy része.

Az uterust normalis anteflexioban a lig. teresnek a fundus mell felé való vonása, a lig. sacro-uterináknak pedig a cervix hátfelé húzása által tartják meg a septum recto-vaginalen, illetőleg

[30] v. Herff: Über d. anat. Verhalten der Nerven im Uterus und in den Ovarien d. Menschen Münch. Med. Woch. 1892. 4. sz. és *Kaltenbach*: Discussion zu Herff's Vortrag. Münch. Med. Woch. 1892. 63. l.

[31] *Röhrig*: Experim. unters. üb. d. Uterusbeweg. Virch. Arch. 1876. I. H. Bd. 76.

a gáton, melynek felfelé ható erejét jelen tárgyalásunk mentén nem említjük meg. A lig. latum szerepe sem mérlegelendő.

Mind a két szerv egyensúlyhelyzetének fentartásában azonban kiváló szerepet játszik az *intraabdominalis nyomás.*

Ezen erő a gyomrot a nagy görbület táján éri, (statikai szabály, hogy az üregek belső nyomása azok központjától, mely persze mathematikailag meg nem határozható, sugár irányban terjed az ür minden része felé) és a diaphragma felé tolja, vagyis a gyomor felfüggesztését könnyíti, segíti elő, az uterust e nyomás a funduson, illetőleg a hátsó falon találja és tartja ezért az uterust a fent említett függesztő készülékkel együtt *anteflexioban.*

Mind a két szerv egyensúlyi helyzete tehát megváltozik, mihelyt az anatomiai függesztő készülékekben, a szervek szomszédságában változás áll be, továbbá ha maguk e szervek (uterus vagy gyomor) változnak primaer vagy secundaer úton volumenükben, végre harmadszor, ha az intra-abdominalis nyomás változik meg. (Akár elsődleges, akár másodlagos úton.)

Egyszerű példákkal nehány esetet illustrálok, mely a többi eshetőségekre is magyarázatul szolgálhat. Ha például a *rekesz* állandóan mélyebben áll, pl. tüdőemphysema, tuberkulosis, mellüri izzadmányok folytán, akkor az intra-abdominalis nyomás változik, illetve a lenyomult rekesz által elfoglalt tér compenzáló kiterjedésre készteti a hasürt mellfelé. Vagyis az, a mi minden egyes lélegzésnél szokott történni, t. i. a hasfal kidomborodása egy bizonyos fokig a diaphragma lenyomulásának megfelelőleg állandó lesz.

Ha ez a compensativ törekvés teljes kielégítést nyer az említett tünetben, akkor nem történik más, minthogy rendszerint kisfokú gastroenteroptosis áll elő, mely esetleg minden egyéb mellékhatás nélkül marad fent.

Ha azonban az intraabdominalis nyomás jelentékenyen változott, akkor első sorban a gyomor nagy görbületére illetőleg fundusa egy részére gyakorolt nyomás, mely centripetalis irányú, növekedik meg, és a gyomor fundusa felfelé tolódik.

Ez úton állhat elő a gyomor fundusának mellfelé fordulása, mely különben mint elsődleges tünet akkor is előfordul, ha a gyomor túltelt, felfúvódott (atonia, gastrektasia).

A gyomor ezen helyzetváltozása szintén a térbeli compensatio tünete lehet tehát; esetleg nem elég, nem teljes a compensatio, úgy hogy a belek a gyomorral együtt mellfelé is dislokálódnak.

Az így bekövetkezett gastro-enteroptosis következménye lehet azután, hogy az intraabdominalis nyomás az uterust most már nem a hátsó falán, hanem a fundusán sagittalisan találja, és ilyenkor *descensus* állhat elő, vagy a funduson inkább mellfelé, illetőleg a mellső falon, és ilyenkor kifejlődik a *retrodeviatio!*

Ezen esetekben tehát a statikus momentumok első phasisában, coëffectusok működnek a hasüri szervekre, a későbbiekben már statikus kölcsönhatások, vagyis egy gyomorbántalom okoz másodlagosan uterusbajt.

Ha fordítva történik, vagyis pl. a gravid vagy subinvolvált uterus deviál lassabban vagy gyorsan hátra, egyszerűen saját súlyánál fogva hanyatfekvésnél, úgy az uterus ezen deviatioja ugyan állandósulhat, mert magára uézve megváltozott az abdominalis nyomás iránya, de a hasür statikai viszonyaira változtató befolyással nincs.

Közvetve azonban szintén okozhat gyomortüneteket, t. i. a retrodeviált uterus fundusával a sympathikus idegfonatra, a plexus hypogastrikus inferiorra gyakorol állandó nyomást, mely nyomás a fentebb leirt reflexpályákon a plexus lumbo-sacralisra, (keresztfájdalmak) innét a plexus lumbalisra, illetőleg ischiadikusra (kisugárzó fájdalmak a czombokra) hat, mindenek szerint azon két nagy communicans idegcsomó útján, mely a hypogastrikus inferiort a plexus haemorrhoidalis és plexus cavernosuson át a a nervus haemorrhoidalisokkal, illetőleg a plexus pudendo-caudalissal köti össze (Anastom. haemorr. és anast. cutaneo-cavernosa.)

De ez a reflexeknek csak egyik útja, a másik sokkal rövidebb, közvetlenebb, t. i. a plexus hypogastrikus inferior nyomási tüneteit a ganglion solaren át esetleg a n. splanchnikus major és minoron át vagy közvetlenül az anast. genito-gastrikán a vagus gyomorfonataihoz viszi.

Ilyenkor a gyomorban motorikus és secretorius zavarok — illetőleg kezdetben ilyent sejtető sensatiok — állanak elő, és akkor egy *kifejezett reflectorikus gastro neurosis uterina*-val van dolgunk.

Ez az, amit *Kisch* és *Jaffé*, úgy gondoljuk hibásan, dyspepsia uterinának nevezett.

Minden törekvésünk a gyomorbántalom javítására természetesen egészen hiábavaló lesz, míg a retroflexio megszüntetése, tehát a plexus hypogastr. inf. felszabadítása a nyomás alól a gyomortüneteket is meg nem szünteti.

Ha azonban a retroflexiot nem diagnostisáljuk, és ennek következtében a *gastroneurosis* sokáig áll fent akár így nevezve el, akár chronikus dyspepsiának gondolva, akkor a kezdetben csupán gastrikus sensatiók — tehát szervi zavarokat nem mutató tünetek — tényleg a gyomor motorikus és secretorikus zavaraihoz vezetnek.

A gastrektasia mint a motorikus insufficientia következménye a hyperaciditás vagy a hypoaciditás mint a secretorikus zavarok folyományai azután súlyosabb dyspepsiákat eredményeznek, melyek tüneteit eléggé ismerjük és melyeket soraim kezdetén az irodalmi adatokban megemlítettem.

Egy secundaer palpabilis gyomorbántalom tehát az uterus statikai viszonyainak következménye lehet, azonban nem e statikai viszonyok kölcsönhatásaképp, hanem másodlagosan, idegek, azaz reflexek útján.

Ezekben válaszoltam röviden azon kérdőpontokra, melyeket fennebb tettem, vagyis, hogy lehet-e és mely úton uterus és gyomor egymásra kölcsönhatással és melyik a beteg szervek közül a secundaer bántalom.

A gyomor dislocatioi tehát uterus deviatiot okozhatnak (statikai momentumok kölcsönhatása), míg az uterus deviatio gastroneurosist, vagy palpabilis gyomorbántalmat reflexek útján (az idegpályák kölcsönhatásai).

Egy harmadik útja az uterus és gyomorbántalmak kölcsönhatásának a vérpálya.

Kétségtelen, hogy ez úton chémiai vagy endozym coëffectusok okozzák e két szerv egyidejű megbetegedését, a mennyiben azonban némely szerző, mint *H. W. Freund* (o. c. 180. p.) első sorban a vérpályát és csak azután az idegutakat tekinti a kölcsönhatás közvetítőinek, annnyiban szerintünk a folyamatok helytelen mérlegelését követi el.

Felhozza ugyanis az említett szerző, hogy *Goltz* leirt kisérlete, valamint *Schlesingeré*,[32] ki a gerinczvelő nyaki részletének átvágása után is látott normalis uterus mozgásokat, a mellett bizonyítana, hogy az idegutak nem játszanak oly fontos szerepet az uterus mozgásoknál; a fentebb kifejtettek után azonban mi inkább azt hisszük, hogy czen és más szerzők hasonló kisérletei csak azt bizonyítják, hogy a *gerinczvelő* nem központja a genitalis idegrendszernek. Hogy az agyban sincs ilyen központ, hanem igenis a cerebrum abdominaleban, vagyis a sympathikus idegrendszerben, és pedig a ganglion solareban, azt úgy hiszem sikerült a fentiekben valószinűvé tennem.

H. W. Freund előbbi felfogásának igazolására citálja *W. A. Freundnak* (úgy tudom atyjának) azon érdekes kisérleteit (o. c. 179 p.) melyeket *Scanzioni* után szintén megkisérlett, t. i. állandó áram kathodjával izgatta a terhes állat csecsbimbóit, mire uteruscontractiok következtek be, míg habár hónapokig kezelt is pl. valamely myomát electrikus úton, midőn az uterusban volt a kathod, még sem észlelte soha az emlők változását, megtelődését vagy a bimbók erectioját.

Ezt úgy magyarázza, hogy az uterus contractiok alatt a belőle kiszorult *véráram* compensatorikus megtelődést idéz elő az emlőkben, a kölcsönhatás tehát a vérpálya útján jő létre, míg idegúton nem.

Mondanunk sem kell (a mit *Freund* müve más helyén, o. c. 228 maga is beismer, t. i. nincs circulatio ideghatás nélkül), hogy ezen távolhatás is csak idegműködés útján jöhetett létre, és semmi okunk sincs a vérpályát a kölcsönhatások magyarázatánál az ideghatások magyarázata fölé helyezni, mint közvetítőt ellenben a vérpálya útján keletkező chemiai vagy endozym coëffectusok létezését mi is elismerjük.

[32] *W Schlesinger*: Über die Centren der Gefäss und Uterusnerven. Med. Jahrb. 1. 14. Wien 1874.

Összefoglalás.

1. A méh- és gyomorbántalmak egymással szoros kölcsönhatásban lehetnek.

2. A kölcsönhatás diagnosisánál szigorúan kizárandók e két organum közti coincidens bántalmak, valamint a két szervnek *coëffectusok* folytán létrejött együttes megbetegedése.

3. A kölcsönhatások első útja az idegpálya, melynek centruma a belső genitaliák részére nem az agyban vagy gerinczagyban, hanem a symphatikus idegrendszerben van. Ennek hasi centruma a *ganglion solare*, illetőleg az uterusra vonatkozólag a plexus hypogastrikus inferior, mely a gg. solaren át áll a *nervus vagus mellső és hátsó gyomorfonataival* reflexkapocsban. E reflexpályákat neveztük anastomosis spermatikának, anastomosis pudendo haemorrhidalis-, anastomosis cutaneo-cavernosa-, anastomosis utero-coeliaca- és anastomosis uterospinalisnak.

A reflexpályák távolabbi útjai a vagusnak direkt összeköttetései (a gg. solare kikerülésével) a sympathikus idegrendszerrel, így különösen a plexus utero-vaginalissal és az ezzel összefüggésben levő parauterinalis ganglionokkal (anastomosis genito-gastrika.)

4. A kölcsönhatások másik útja e két szerv közös statikai momentumainak megváltozásában keresendő.

5. A gyomor dislocatioi uterus deviatiot okozhatnak statikai momentumok kölcsönhatása folytán (secundaer uterusbántalom), míg az uterus primaer deviatioi secundaer gastroneurosist vagy palpabilis gyomorbántalmat idézhetnek elő, tehát idegreflexek útján állanak kölcsönhatásban egymással.

6. A vérpálya csak harmadrendű szerepet játszik e kölcsönhatásoknál és ekkor is mindezek szerint chemikus vagy endozym coëffectusokról van szó.

TÁRCZA.

A vérkeringés felfedezésének története.

(Végé.)

Harvey már 1616-ban felismerte a vérkeringést, de csak miután még három éven át buzgón folytatta ellenőrző kisérleteit, kezdte 1619-ben új tanát az előadásai alkalmával ismertetni; mivel azonban felfedezése annyira ellentétben állott az uralkodó tanokkal, csupán 1628-ban merészelt ezzel a teljes nyilvánosság elé lépni, és ekkor sem hazájában, hanem a Majna melletti Frankfurtban adta ki korszakalkotó művét „Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis circulatione“ czím alatt, „bizva az igazság barátaiban és a tudományos világ jóhiszeműségében“. Hogy felfedezésének óriási jelentőségét és az általa előidézendő nagy hatást mindjárt teljesen felismerte, azt egyrészt nagy óvatossága bizonyítja, a melylyel felfedezését csak tizenkét éven át folytatott ellenőrző vizsgálatok után publikálta, másrészt az a körülmény is tanusítja, hogy művét királyának, *I. Károlynak* ajánlotta. Ezen értekezésében tömör rövidséggel, de a mellett világosan, szabatosan és elegáns irálylyal, s a legnagyobb gonddal csoportosítva ismertette nagyszámú élettani kisérleteit és boncztani megfigyeléseit. *Harvey* éles elméjét és alaposságát a legfényesebben igazolja az a körülmény, hogy noha a vérkeringésre vonatkozó ismereteink az ő kora óta tetemesen gyarapodtak, az idők folyamán egyetlen egyet sem lehetett megczáfolni azon érvek közül, a melyeket a vérkeringés bebizonyitására classikus művében felemlitett. Az egész munka nem nagy terjedelmű, az első kiadása 72 negyedrétű oldalra terjedt, és egy bevezetésből meg 17 fejezetből áll; a budapesti egyetemi könyvtárban ezen annyira nevezetes műnek csak egy kiadása van meg, az a mely 1689-ben jelent meg: „Guilelmi Harvaei angli medici regii et anatomici Londoniensis celeberrimi: De motu cordis et sanguinis in animalibus anatomica exercitatio, Patavii, 1689. apud *Cadorinum*, superiorum permissum“. Művének kis terjedelmét a bevezetésben azzal indokolta, hogy feleslegesnek tartotta a régebbi anatomusok és orvosirók téves nézeteit hosszasan idézni és czáfolgatni, mivel a vérkeringés kérdését nem lehet könyvekből meritett dogmákkal és bölcselkedéssel eldönteni, hanem ebben csak bonczolások és élettani kisérletek derithetik fel az igazságot: „Non per libros, aliorumque scripta, sed per autopsiam . . . .“ Kutatásainak eredményeiről hangsúlyozta, hogy . . „illa autem vera esse vel falsa, sensus nos facere debet certiores, non ratio; αὐτοψία non mentis agitatio“. *Harveynek* ezen és egyéb hasonló nyilatkozatai — igy egy másik művében azt irta „Natura nihil antiquius majorisne auctoritatis“ (semmi sem régibb vagy nagyobb tekintélyű, mint a természet) — tanusitják, hogy ő valóban exact természettudós módjára gondolkodott, vizsgálataiban és kisérleti eljárásaiban már nagy kortársának, *Francis Bacon*-nak helyes elvei tükröződnek vissza, de e mellett nagy elismeréssel és tisztelettel nyilatkozott elődei, főként pedig *Galenus* és *Colombo* érdemeiről.

Élettani kisérletei során mindenek előtt élő állatok szivműködését vizsgálta behatóan. Kezdetben annyira bonyolultnak tünt ez neki, hogy igazat adott *Fracastori* kiváló olasz orvosnak és bölcsésznek (1483—1533), a ki azt állitotta, hogy a szív mozgásait egyedül az isten ismerheti igazán, de nem vesztette el türelmét, és mindaddig kitartóan folytatta kisérleteit, míg minden nehézséget legyőzvén, biztosan megkülönböztette a szív mozgásának három szakaszát, ú. m. a systole, a diastole és a nyugalom szakaszát; megfigyelte, hogy legelőször és egyidejűleg a két pitvar húzódik össze, mialatt a gyomrocsok kitágulnak, azután következik a gyomrocsok systoléja és a pitvarok diastoléja, végre egy rövid szünet áll be.

Megállapitotta továbbá, hogy a szív mozgásának activ része nem a diastole, miként ezt *Galenos* tanitotta, hanem a systole. Helyesen észlelte azt is, a mit különben már *Colombo* is emlitett, hogy a szív a systole alkalmával mintegy csavarszerűen húzódik össze, keskenyebb és hosszabb lesz, csúcsa egy kissé mellfelé emelkedik és a mellfalhoz ütődik — „quasi sese erigere et leviter contorquere“ — és e mellett, mint az összehúzódó izom, halványabbá és keményebbé válik.

Élő állatok ütőereit víz alatt átmetszve constatálta, hogy az arteriákból mindig csak vér, nem pedig levegő vagy pneuma ürül ki. Megállapitotta, hogy az arteriák kitágulása a gyomrocsok összehúzódásával egyidejűleg történik, a gyomrocsok diastoléjakor pedig megszűkülnek. Megdöntötte *Galenosnak* azt a tételét, hogy az arteriák aktive tágulnak ki a lüktető erő — δύναμις σφυγμική vis pulsifica — hatása folytán, hogy ekként magukba szivják a pneumát; ezzel a felfogással ellentétben kimutatta, hogy az ütérlökésnél ily specialis erő nem szerepel, hanem az arteriák passive tágulnak ki, engedve a systole alkalmával a bal gyomrocsból beléjük lökött vér nyomásának. Kisérletileg bebizonyitotta, hogy az átvágott arteriákból nem a szűkülésük alkalmával, hanem a diastolejük alatt, mely a gyomrocsok összehúzódásával esik egybe, szökken ki erősebben a vér. Megfigyelte, hogy a halál beálltakor az „ultimum moriens“, a melynek működése legtovább tart, a jobb pitvar; kimutatta, hogy hullában a szív mindkét fele egyaránt vért tartalmaz, és helyes magyarázatát adta annak, hogy a hullában miért találtatik a vér a vivőerekben. A vérnek a szívből az arteriákba való nyomását a nyelési folyamathoz hasonlitotta, és ebből kifolyólag a szív és nagy edények hangjait tévesen a nyelésnél keletkező hangok módjára magyarázta. *Harvey* azon észleletét, hogy a szív mozgását nemcsak a szivtájra helyezett kézzel lehet megérezni, hanem hallani is lehet, az orvosi világ — sajnos — nagyon soká nem méltatta a kellő figyelemre.

Vivisectioi és a kórágyon tett megfigyelései alkalmával egyaránt azt tapasztalta *Harvey*, hogy a vér mennyisége sokkal nagyobb, mint a mennyire azt *Galenos* nyomán becsülni szokták. *Harvey* szerint a felnőtt egyén vérének mennyisége átlag tizenöt font; ma, főleg *Bischoff* (1807—1882) pontos meghatározásai alapján tudjuk, hogy a vér mennyisége ennél kisebb, t. i. felnőtt emberben a testsúlynak körülbelül $^1/_{13}$-ad része, újszülöttnél pedig a testsúlynak csak körülbelül $^1/_{19}$ ed része.

Harvey utalt arra, hogy a szív két gyomrocsa egyenlő űrtartalommal bir, és hogy a szívből eredő és oda betorkoló nagy edények űrtere is egyforma; számitásba vette továbbá, hogy a bal gyomrocs rövid idő alatt az egész vér mennyiségét az ütőér-rendszerbe hajtja, és ekként kimutatta, hogy néhány percz alatt az arteriás rendszer túlságosan megtelnék vérrel és meg is repedne, míg a vénák teljesen kiürülnének, mert hiszen az lehetetlen hogy az egész vérmennyiség néhány percz alatt az egyes szervek táplálására elfogyasztassék, és hogy ily rövid idő alatt oly nagy mennyiségű vér újra képződjék, hacsak az arteriákba szorított vér valamely úton vissza nem kerülne a vivőérrendszerbe. Ily módon világossá vált előtte, hogy az összes vérmennyiség a szervezetben folytonos keringő mozgást végez, a mennyiben a jobb gyomrocs a vért a tüdőütéren át a tüdőkbe hajtja, honnan ez a bal pitvarba és a bal gyomrocsba jut; a bal gyomrocs az aortán és az ebből kiágazódó ütőereken át a vért az egyes testrészekbe hajtja, ezekből pedig a vér megint a vénákba jut és ezekben centripetalis irányban a jobb pitvarba és a jobb gyomrocsba tér vissza.

Annyira azonban még nem jutott el *Harvey*, hogy az arteriosus és venosus edényrendszer közti összeköttetést is helyesen felismerje; a hajszáledények létezéséről még mit sem tudott, hanem azt mondotta, hogy a vér az arteriák végső ágaiból, a melyekre a „capillaris“ jelzőt alkalmazta, a szövetek lyikacsain keresztül — per carnis porositates — szivárog át a legfinomabb vénákba.

Megfigyeléseinek és kisérleteinek eredményeit *Harvey* értekezéseinek XIV. fejezetében a következő conclusioban foglalta össze: „Cum haec confirmata sint omnia et rationibus et ocularibus experimentis: quod sanguis per pulmones et cor pulsu ventriculorum pertranseat et in universum corpus impellatur et immittatur; ibique in venas et *porositates carnis* obrepat; et per ipsas venas undique a circumferentia ad centrum, ab exiguis venis in majores remeet; et illuc in venam cavam et ad auriculam cordis tandem veniat, et tanta copia, tanto fluxu et refluxu hinc per arterias illuc et illinc retro per venas huc, ut ab assumptis suppeditari non possit, atque multo quidem majori, quam sufficiat nutritioni, proventu: necessarium est concludere *Circulari quodam Motu agitari in animalibus sanguinem;* ipsumque esse in perpetuo motu et hanc esse actionem sive functionem Cordis, quam pulsu per agit: et omnino motus et pulsus Cordis causam unam esse.“

Felfedezésének legfényesebb bizonyitékának *Harvey* már nem örülhetett, mert csak négy évvel halála után, 1661-ben demonstrálta *Marcello Malpighi* (1628—1694) a capillaris áramlást górcső alatt békának tüdejében és mesenteriumán, azután pedig 1665-ben a vértekecseket is felfedezte.

Megjegyzendő, hogy *Harvey* a gyomrocsok űrtartalmát a ténylegesnél kisebbre, a vér mennyiségét pedig túlságos sokra becsülte, és

ezért azt hitte, hogy az egész vérmennyiség csak 6—8 percz alatt áramlik át a szíven, míg *Vierordt* (1818—1884) kimutatta, hogy a gyomrocsok űrtartalma körülbelül 180 gm., és ennélfogva a vér körfutásának tartama, ha 72 ütérlökést számítunk egy perczre, körülbelül 23·2 másodpercz. A véráram medre az aortától kezdve folytonosan kiszélesedik, úgy hogy a capillarisokban az aorta űrterének már hétszázszorosára emelkedik, ennélfogva a véráram sebessége az aortában a legnagyobb, körülbelül 36·6 cm. másodperczenként, innen kezdve pedig fokozatosan csökken, és a hajszáledényekben a legkisebb.

Kisérleti eredményeinek szabatos és meggyőző ismertetésén kívül éles logikával, elméleti érvekkel is hatásosan czáfolta meg *Galenos*-nak a vérkeringésre és légzésre vonatkozó hamis tanait. Láttuk, hogy *Galenos* nyomán a légzést és az ütérlökést analog folyamatnak tartották, a menynyiben azt hitték, hogy miként a tüdők, úgy az arteriák is activ kitágulásukkor a levegőből az éltető pneumát szivják magukba, összehúzódásukkor pedig a kormot ürítik ki, a mely a vértől a szívben választatik el. Ezen tant teljesen tévesnek mondotta *Harvey*, mert 1. az ütérlökés a víz alatt nem kisebbedik, 2. a foetus és vízi állatok külleveg nélkül is megélnek, 3. nem lehet elfogadni azt, hogy az ütőerek összehúzódásakor ezekből a korom kiürül, a sokkal finomabb pneuma pedig nem illan el, 4. ezen tan alapján nem érthető, hogy az átmetszett arteriákból nem levegő, hanem vér jön, 5. *Galenos* azon állításának, hogy az arteriákban áramló levegő a testrészek lehűtésére szolgál, ellene szól azon kisérleti tapasztalat, hogy valamely ütőér lekötésekor az általa ellátott testrész nem melegebbé, hanem ellenkezőleg, hűvösebbé válik. Ha a kéthegyű billentyűk a fuligot visszafelé bocsátják a tüdőkbe, hogyan gátolhatják meg ugyanezek az éltető pneumával kevert vér visszafolyását, és hogyan magyarázható *Galenos* tanainak elfogadása mellett, hogy a légcsőből a tüdőkön át sohasem sikerül levegőt befújni a tüdővénákba? Határozottan tagadja hogy a szív két felének válaszfalán nyilások vannak, és különben is érthetetlennek mondotta, hogy a vér a válaszfalon feltételezett szűk porusokon át jutna a bal gyomrocsba, míg ugyanebbe a levegőt a tág tüdővénák vezetnék. Utalt továbbá arra, hogy ha a septum közvetlenül képes lenne a tápláló vért felvenni, úgy a szív táplálásához nem lenne szükség a koszorúüterekre. Különösen kiemelte a foramen ovale jelenlétét az ébrény szívében, és hiányait a felnőtt egyénben és hogy az ébrényben, míg a születés után a légzés meg nem kezdődik, a vér nem a tüdőkön át hajtatik a bal szívbe.

Érdekes, hogy művének 11-dik fejezetében, midőn fejtegeti, hogy a vérkeringés iránya következtében a lekötött ütőérnek a centralis, lekötött vivőérnek a peripherikus része duzzad meg, azt a tanácsot adta, hogy végtagok csonkitásakor a vérzés megelőzése végett az illető testrészre oly szoros ligaturát kell alkalmazni, hogy az ütérlökés ne legyen ott többé érezhető, a melyet már *Paré*, a nagy franczia sebész a XVI. században is alkalmazni iparkodott. Ezt az eszmét tudvalevőleg csak 1873-ban sikerült *Esmarch*-nak a gyakorlatban czélszerű módon a művi vértelenités eszközlésére megvalósitani. A vérben foglalt gázokra és czeknek szerepére a légzésnél, csak *Magnus* (1802—1870) vetett fényt alapvető kisérleteivel.

Megemliteni akarom még azt, hogy *Harvey* a fejlődéstan terén is igen becses munkálatokat végzett, és hogy nevezetesen ő mondotta ki az „omne vivum ex ovo“ fontos elvét egy másik jeles művében, melyet 1651-ben Londonban publikált „Exercitationes de generatione animalium“ czím alatt. *Harvey* összes műveit angol nyelven a londoni *Sydenham-Society* adta ki 1847-ben *Willis* fordításában, *Harvey* életrajzával együtt.

Napjainkban, midőn a vérkeringést minden laikus is mint önmagától értetődő dolgot ismeri, alig képzelhetjük el azt a nagy hatást, és még nagyobb visszatetszést, a melyet *Harvey* fennt ismertetett műve, a melyben a közel másfél évezreden át uralkodó tanokat megdönteni igyekezett, az orvosi világban előidézett.

Harvey felfedezésének fogadtatása érdekes például szolgál annak illustrálására, hogy az emberek általában az új igazságot mily nehezen ismerik el, és mily küzdelmek szükségesek ahhoz, hogy régi, megcsontosodott előitéleteiktől megváljanak. A régi tanok fanatikus hivői már rövid idővel *Harvey* közleményének megjelenése után élesebbnél élesebb hangú támadásokat intéztek nem csak tudományos állitásai, hanem magán-, jelleme ellen is; gúnynyal, megvetéssel, sőt gyűlölettel beszéltek róla a ki annyira önhitt, hogy többet akar tudni, mint a mit a legnagyobb tekintélyek évszázadokon át tapasztaltak és hirdettek. Igy hevesen a régi tanok védelmére keltek 1630-ban *Jacques Primirose* hulli orvos, *Caemilius Parisanus* romai orvos és sokan mások.

Harvey a nagyszámú irodalmi támadások közül csak egy ellen védekezett, a melyet az ifjabb *Riolanus*, a párisi egyetemen a boncztan és növénytan tudós, de harczias tanára (1577—1657) intézett ellene, a ki ellenvetéseit e szavakkal vezette be: „Laudo teium iuventum de circulatione sanguinis tuam industriam et ingenii subtilitatem in eam probando: sed pace tua dicam, multa te proposuisse absurda, pluraque falsa“, vagyis a felfedezést képtelennek és tévesnek nyilvánitotta. *Riolanussal* szemben felfedezését új kisérletekkel és újabb érvekkel védelmezte „Excercitatio anatomia secunda et tertiae de circulatione sanguinis ad Joannem Riolanum filium“ czímű két értekezésében, melyeket 1649-ben közölt.

A nagy közönség körében annyira ártottak *Harvey*-nek az ellene intézett gúnyos támadások, így többek között kartársai „circulator“-nak (körülbelül csavargó) csúfolták, hogy orvosi gyakorlatának nagy részét elvesztette. Kilencz év telt el *Harvey* művének megjelenése óta, míg végre egyesek nyiltan helyeselni és elismerni merték felfedezését és *Harvey* új tana védelmezőinek élére nem kisebb férfi állott, mint *Descartes* (1756—1650), az újkori bölcsészet ezen kiváló vezéralakja, a nagy skeptikus, a ki az oly gyakran idézett „Cogito, ergo sum“ nyilatkozatot tette. Az első orvos, a ki az új tant 1637-ben elfogadta, *Reverovicius* németalföldi orvos, a dordrechti egyetem anatomiai tanára (1597—1647) volt, 1639-ben pedig *de le Boe Sylvius* (1614-1672) leydeni egyetemi tanár vivisectiokkal bizonyította előadásain *Harvey* felfedezésének igazságát.

Ettől az időtől kezdve a *Harvey* által felfedezett igazság lassan bár, de mind szélesebb körben utat tört magának az orvosi világban, és *Harvey* még megérte a dicsőséget, hogy a vérkeringésről szóló tanát általánosan elismerték. Csakhamar azután gyors egymásutánban követték egymást újabb nagy felfedezések, a melyek a *Harvey* rendszerében még fennállott hiányokat is teljesen eltüntették. *Gasperi Azelli* paviai tanár, a ki *Harvey* felfedezéséről mit sem tudott még (1581—1626), egy jól táplált kutya vivisectioja alkalmával felfedezte a chylusedényeket, a mely felfedezése csak 1627-ben, egy évvel halála után publikáltatott. Ezt kiegészitette *Jean Pecquet* (1622—1674), a ki mint orvosnövendék Montpellier-ben 1647-ben egy kutya vivisectioja alkalmával a ductus thoracikust fedezte fell. *Olaus Rudbeck* upsalai tanár (1630—1702) mint orvosnövendék a paduai egyetemen 1651-ben felfedezte a nyirkedényeket, a melyeket azután *Thomas Bartholinus* (1616—1680) kopenhágai tanár alaposan tanulmányozott és részletesen leirt. Végre *Malpighi*, mint már fenntebb emlitettem, 1661-ben górcső alatt közvetlenül demonstrálta a vér áramlását a hajszáledényekben, és *Rugsch* amsterdami tanár (1638—1731) az általa nagy tökélyre emelt véredény injectiokkal pontosan tette szemlélhetővé az ütő- és vivőérrendszer kapcsolatát.

Egy évvel *Harvey* halála után pedig *Christopher Wren* (1632—1723) a kiváló természettudós, jeles épitész és nagy philantropus kezdeményezésére, a ki 1680-ban a londoni tudományos akademia, a „Royal Society“, elnöke lett, egy új eljárással, t. i. egyes gyógyszereknek a véredényekbe való fecskendezésével, későbben meg állatokon, majd embereken is eszközölt vértransfusio segélyével bizonyitották be *Harvey* felfedezésének igaz voltát. Emberen az első vértransfusiot *Jean Denis* párisi tanár végezte 1667-ben egy 16 éves szerfelett anaemikus, lázas fiatal emberen, a kit bárány arteriosus vérének transfusioja által meg is gyógyitott.

Noha a chylusedények és a ductus thoracikus ismerete szükséges kiegészitését képezi a vérkeringés tanának, maga *Harvey* nem fogadta el igaznak *Aselli* és *Pecquet* felfedezését. Ez a különös tény csak akként magyarázható meg némiképen, hogy *Harvey*-uek részben öregsége, részben pedig az akkortájt Angliában dúló polgárháború miatt nem volt módjában ezen közlemények helyes votáról gondosan végzett boncolások és vivisectiok útján meggyőződni. *Pacquet*-ről curiosumképen fölemlitem, hogy az a jelestudós, a ki már orvosnövendék korában halhatatlanná tette nevét a ductus thoracikus felfedezésével, és a kit egy kiváló franczia irónő, *Madame de Sévigné* (1624—1694) is megörökített, a mennyiben ismeretes classikus leveleiben többször emlitette őt, mint orvosát, „le petit Pecquet“ néven, egy tudományos tévedése folytán idő előtt tette tönkre szervezetét: *Pacquet* ugyanis az alkoholt panaceának tartotta mindenféle betegség ellen, és a pálinka mértéktelen élvezetének esett áldozatául 52 éves korában.

Harvey felfedezése az orvosi tudomány minden ágára és a természettudományi gondolkodásra oly termékenyitően, annyira felvilágositóan hatott, hogy nemcsak az orvostan történetében, hanem az általános emberi művelődés historiájában is emlékezetővé vált.

A nagy *Sydenham* (1624—1689) nevét viselő londoni orvostársulat mindeu évben egy diszülésen ünnepli meg *Harvey* emlékét, a midőn mindig más és más ünnepi szónok méltatja az ú. n. „*Harvey-oration*“-ban az ő felfedezésének nagy jelentőségét, hogy, miként az erre vonatkozó szabályzat mondja, az emberiség ezen jótevőjének emléke tiszteletben tartassék, és az orvosi kollegium tagjai a természet titkainak kisérleti úton való fürkészésére buzdíttassanak.

Részemről abban a kellemes reményben tartottam mai felolvasásomat, hogy a t. budapesti kir. orvosegyesület is jóakaró érdeklődéssel fogadja, ha tudományunk fejlődésének legfontosabb eseményét röviden vázolom és egy órára felelevenitem itt *Harvey*-nak, az exakt természetbúvár mintaképéül szolgálható szellemóriásnak, emlékezetét.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A hámló erythrodermiákról.

Közli: **Török Lajos** dr. magántanár.

Hebra Ferdinánd pityriasis rubra névvel oly bőrbetegséget irt le,[1] a melynél nagyobb bőrterületeken, vagy pedig az egész testfelületen hyperaemiás pir lép fel, s melynél a szarúréteg folytonos lehámlása következtében finom, fehér, alapjukkal csak lazán összefüggő pikkelykék képződnek. Hebra ezen betegség különös sajátságaképen azon tényt emelte ki, hogy egész lefolyása alatt semmiféle más bőrelváltozás nem mutatkozik, mint az imént leirtak, nevezetesen sem erősebb beszűrődés, sem göbcsék, sem repedések, sem nedvedzés, sem hólyagcsák.

Azzal, hogy Hebra ezen új kóralakot felállitotta s főleg azzal, hogy azt az emlitett módon jellemezte, megtörtént az első biztos lépés a kórfolyamatok egy egész csoportjának megkülönböztetéséhez. Mindezen

[1] Lehrbuch der Hautkrankheiten. I. Auflage, 1862.

folyamatok az általános bőrpiron és hámláson kivül semmiféle más jellemző, objectiv bőrelváltozással nem járnak.

Igaz ugyan, hogy általános bőrpirral és hámlással járó kóreseteket már *Hebra Ferdinánd* előtt is észleltek, sőt némely szerző (Willan-Bateman, Biete, Cazenave és Schedel, Chausit, Devergie, Gibert) *pityriasis rubra* név alatt le is irt ily eseteket. De ezen kóreseteket Hebráig nem különítették el kellőleg oly más kórfolyamatoktól, a melyek ugyan szintén okoznak bőrpirt vagy hámlást, vagy mind a kettőt, de másképen — egészen eltekintve a lefolyástól — bőrelváltozásaiknak úgy szerkezetére, mint kifejlődésük és elterjedésük módjára nézve különböznek tőlük.

Hebra F. elődjei közül külön felemlítést érdemel első sorban *Devergie*, a kinek kézikönyvében[2] az első biztosabb leirását találjuk az olyan általános bőrpirral és hámlással járó kórfolyamatoknak, a melyeket későbbi észlelések főleg gyorsabb keletkezésük, nagylemezű hámlásuk és többnyire kedvező kórjóslatuk alapján a typusos *Hebra*-féle *pityriasis rubra*-tól megkülönböztetni megkisérlettek.

De ezen leirás csak igen csekély mértékben volt befolyással az általános bőrpirral és hámlással járó folyamatok csoportjának megalakitására. *Devergie* leirásában ugyanis azon *negativ* jellegek, melyeket *Hebra* a pityriasis rubra-nál kiemelt s a melyek a hámló erythrodermiák egész csoportjára nézve érvénynyel birnak, nemcsak hogy nem részesültek a kellő figyelemben, hanem ellenkezőleg, a bőrpirosság és hámlás arra lettek felhasználva, hogy ezen tünetek alapján oly esetek soroltassanak ide, melyeknek más a nosologiai jelentőségük. *Devergie* ezenfelül a másnemű bőrbetegségek folyamán fellépett általános bőrpirt és hámlást complikáló pityriasis rubrának tekintette. A mondottak bizonyitására felemlitem, hogy *Devergie* két pityriasis rubra esete, a melyeket az idézett fejezetben példákul felhoz, tulajdonképen pemphigus-esetek, és hogy a pityriasis pilaris folyamán fellépő bőrpir és hámlás, melyet *Devergie* külön kórfolyamatnak tekint, tulajdonképen a pityriasis pilaris kórképéhez tartozik. Ehhez járul még, hogy *Devergie* a pityriasis rubra lefolyásában erős nedvezésről is tesz említést, úgy hogy a pityriasis rubrának az eczemától való elkülönítése sem teljes.

A *Willan-Bateman*[3] pityriasis rubrájának leirása oly rövid (mindössze 15 sor), hogy abból semmiféle következtetés nem vonható le észleleteik természetére nézve. Ezen leirásnak ennélfogva nem is lehetett és nem is volt semmi jelentősége a pityriasis rubra és a hozzá hasonló bőrbajok csoportjának megalakitásánál.

Rayer kézikönyvében[4] *pityriasis général* elnevezés alatt egy általános bőrpírral és hámlással járó, viszkető bőrbaj leirását találjuk, a melyről az mondatik, hogy számos fajai léteznek, a melyek tartamuk, kifejlődésük és visszaeséseik tekintetében különböznek egymástól. Sajnos, hogy *Rayer* pityriasis rubráját közösen tárgyalja a pityriasis capitis-szel s a szemhéjak, ajkak, tenyerek, talpak, a szájüreg és a fityma különböző betegségeivel, a melyeket szintén a pityriasis névvel illet. Egyébként azon esetek, a melyeket *Rayer* mint a pityriasis rubra példáit közöl, világosan mutatják, hogy nem volt tisztában ezen kórcsoport mivoltával és terjedelmével. Az ő példái közül ugyanis kettő universalis eczemánál nem egyéb.

Gibert[5] csak röviden emliti a pityriasis rubrát, mint a pityriasis nevű betegség egyik fajtáját. *Bazin*[6] pedig az összes általanos bőrpírral és hámlással járó betegségeket, vagyis úgy az elsődlegeseket, mint a másodlagosakat (azaz generalizált eczema lichen planus, pemphigus- és psoriasis-eseteket) egy közös csoporttá, a „herpetides exfoliatrices" csoportjává egyesitette.

Látjuk tehát, hogy a pityriasis rubra új kórfolyamának felállításával és annak a fentebb előadott „negativ" sajátságokkal való jellemzésével csak *Hebra* által történt az első biztos lépés az elsődleges hámló erythrodermiáknak megkülönböztetésére és egy csoporttá való egyesitésére. Ugyanis azon sajátságok, melyeket *Hebra* mint a pityriasis rubra jellemző vonásait felemlitett, nemcsak ezen egy betegségre, hanem a betegségek egy egész csoportjára jellemzők. Ezen betegségeket, *Besnier* példáját követve, a *hámló erythrodermiák* neve alatt foglaljuk össze. Maguk azon bőrelváltozások, a melyek ezeknél észlelésre kerülnek, nem jellegzetesek. A bőrpir és hámlás a legkülönfélébb bőrbetegségeknél fordulnak elő. De más bőrbetegségeknél a hyperaemián és hámláson kivül még egyéb oly kórboncztani elváltozások találhatók magukban a bőrlaesiokban, a melyek az illető bőrelváltozásokat és ezzel az illető betegségeket is kellőleg jellemzik. Erre nézve példákul felhozzuk a pityriasis rubra pilaris, a psoriasis, a lichen planus bőrelváltozásait. Ezen folyamatok ezenfelül még abban is különböznek a hámló erythrodermiáktól, hogy ellentétben az utóbbiakhoz, igen hosszú időn keresztül körülirt góczokban vannak jelen, s csak ritkábban generalizálódnak teljesen. Az általános bőrpir és hámlás a kórfolyamatok egy más csoportjánál is jelentkezhetik, a melyek fejlődésük korabb szakában és fennállásuk egy hosszabb időszaka alatt nedvezéssel, hólyagcsák és hólyagok képződésével járnak (eczema, pemphigus vulgaris és pemphigus foliaceus). Ritka az általános bőrpir és hámlás azon alakja, a mely a mycosis fungoides korai szakában jelentkezhetik.

[2] Traité pratique des maladies de la peau. 1857.

[3] Praktische Darstellung der Hautkrankheiten. Deutsche Ausgabe von Calmann und Blasius. 1835. 61. l.

[4] Traité théorique et pratique des maladies de la peau. Bruxelles, 1837. 268. l.

[5] Traité pratique des maladies de la peau. Paris, 1840. 300. és 307. lap.

[6] Leçons sur les affections cutanées arthritiques et dartreuses 1868.

Azon jellemzés szerint, melyet *Hebra* a pityriasis rubra számára adott, s a mely, mint már emlitettük, a hámló erythrodermiák egész csoportjára érvényes, az utóbb emlitett folyamatok mindnyájan kizárandók a hámló erythrodermiák csoportjából, mivel ellentétben ezekkel, koraibb vagy későbbi stadiumaikban jellegzetes bőrelváltozásokat tüntetnek fel hólyagok, hólyagcsák, nedvező foltok, follicularis szarúdugaszok köldökkel ellátott, sokszögletes miliaris göbcsék, lemezesen hámló vérzékeny foltok, és végre daganatok alakjában.

A hámló erythrodermiák csoportjának tökéletesebb ismerete azonban a Hebra Ferdinánd utáni időkből való. *Hebra* közvetlen tanitványai, nevezetesen *Kaposi*, *Neumann* és *Hebra Hanns* csupán arra szoritkoztak, hogy *Hebra Ferdinánd* leirását némileg módositották, illetve kiegészitették.

Angolországban több szerző, főleg pedig *Wilson*[7] észleletei egy újabb, ezen csoportba tartozó kórfolyamat megkülönböztetéséhez vezettek. Ezen kórfolyamat, a *dermatitis exfoliativa* (*Wilson-Brocq*) abban különbözik a *Devergie* és *Hebra* által leirt kóralakoktól, hogy kifejlődése gyorsabb, lefolyása rövidebb, és hogy nála a bőr infiltratioja kifejezettebb; a *Hebra*-féle pityriasis rubrától ezenfelül még az által különbözik, hogy nála a hámlás nagylemezű és prognosisa kedvező.

A *Wilson* által felállitott, de a *Hebra*-féle pityriasis rubrától kellőleg külön nem választott új kóralakot legelőbb *Vidal* ismerte el, a ki ilyen esetet a Société Médicale des Hôpiteauxban[8] bemutatott és azt Dermatite exfoliatrice généralisée névvel jelölte, *Buchanan Baxter*[9] is megkülönböztette a hevenyebb lefolyású dermatitis exfoliativa eseteket az idült lefolyású *Hebra*-féle pityriasis rubrától. Ugy látszik, hogy azon kórfolyamat, melyet *Quinquand*[10] Dermite aiguë grave primitive elnevezéssel látott el, hasonlóképen a *Wilson*-féle kóralaknak felel meg.

A hámló erythrodermiák tana egy újabb lépéssel haladt, a midőn *Feréol* és *Besnier*[11] a dermatitis exfoliativánál még hevenyebb lefolyású és recidivákkal járó erythema desquamativum recidivanst ismertették és a többi hámló erythrodermiáktól elkülönitették.

Az eddig előadott vizsgálati eredmények, a melyek a pontosabb klinikai észlelés gyümölcsei voltak, egy ideig nem részesültek általánosabb elismerésben. A legtöbb szerzőnél, különösen Angliában és Amerikában a dermatitis exfoliativa és pityriasis rubra elnevezés egyenlő jelentőséggel birtak és a két elnevezés kinézésükre és lefolyásukra nézve különböző folyamatok elnevezésére egyaránt volt használatos. Sőt ezen szerzők még azon eseteket is, a melyeknél az általános bőrpir és hámlás másodlagosan fejlődtek ki, ugyanazon elnevezéssel registrálták.

Csak *Brocq*[12] munkálatai után válnak az emlitett kóralakok nagyobb mértékben ismertekké és legalább részben elismertekké. De *Brocq* arra is törekedett, hogy a hámló erythrodermiák osztályában még további — a mint maga is elismeri ideiglenes — alosztályokat különböztessen meg. Szerinte ezen csoportban a következő kóralakok léteznek:

1. *Erythema scarlatiniforme desquamativum.* (Dermatitis exfoliativa acuta.)
2. *Dermatitis exfoliativa generalisata* (subacuta).
3. *Pityriasis rubra benigna subacuta.*
4. *Pityriasis rubra benigna chronica.*
5. *Pityriasis rubra chronica maligna* (Hebrae).
6. *Dermatitis exfoliativa chronica.*

Brocq eszméi azonban csak részben akadtak követőkre. Ha el is tekintünk azoktól, a kik számára az általános pir és hámlás most is, úgy mint előbb, elegendő volt arra, hogy akár dermatitis exfoliativát, akár pityriasis rubrát kórismézzenek, azok sem fogadták el minden alosztályát, a kik nagyobb előzékenységet tanusitottak *Brocq* fejtegetéseivel szemben.

Jadassohn[13] álláspontja az, hogy a Hebra-féle pityriasis rubra képe az újabbi tapasztalatok alapján kibővitendő és többé-kevésbbé lényegesen módositandó. Szerinte oly esetek, a melyeknél fokozottabb bőrbeszűrődés, nagylemezű hámlás, erős viszketés fordul elő, továbbá oly esetek is, a melyeknek rövidebb a tartamuk, a melyeknél remissiok és recidivák fordulnak elő s a melyeknél jó marad az erőbeli állapot s kedvező a kimenetel, szintén a pityriasis rubrához számitandók. Jadassohn elismeri az erythema scarlatiniforme recidivanst, valamint a dermatitis exfoliativa subacutát, mint különálló kóralakokat, de a többi esetet mind a pityriasis rubrához számitja.

Én magam ezzel szemben azon véleménynek adtam kifejezést,[14] hogy ez idő szerint, a mikor nem ismerjük a hámló erythrodermiák csoportjába tartozó folyamatok pathogenesisét s a midőn azon kérdés

[7] Diseases of the skin 1867. L. 176. Med. Times and Gazette 29. Jan. 1870 és Lectures on eczema 356 oldal, 1870.

[8] Bulletin de la Société médicale des Hôpiteaux 1874, 256 o.

[9] British med. journal 1879. jul.

[10] Comptes rendus de la société anatomique, 1877 oct.

[11] Union médicale 1876 Mars, és Bulletin de la société médicale des hôpiteaux de Paris 1876, 2 ser. XIII. kötet.

[12] Étude critique et clinique sur la dermatite exfoliatrice généralisée, Paris, 1883 és Étude critique et clinique sur le pityriasis rubra, Archives générales de Médecine 1884. Congrès international de dermatologie à Paris. Comptes rendus. 1890. L. 73. Traitement des maladies de la peau. 1892.

[13] Archiv f. Dermatologie. XXIII. évf. 1891. 961. l.

[14] Archiv f. Dermatologie. 1893. Ein Fall von Erythema scarlatiniforme mit protrahirtem Verlaufe.

eldöntésénél, hogy az idült hámló erythrodermiák között több egymástól független, vagy csupán egy kórfolyamatot kell-e megkülönböztetnünk, tisztán a klinikus észlelésre vagyunk utalva, szorosan kell magunkat az egyszer felállított betegség-typusokhoz tartanunk s azokon legfeljebb csak lényegtelen változtatásokat szabad megejtenünk. A megjelenésük formájára és lefolyásukra nézve különböző eseteket legalább egyelőre különböző *ideiglenes* osztályokban kell elhelyeznünk, mivel nincs kizárva az, hogy ezen bántalmak lényegének tökéletesebb ismerete révén annak felismeréséhez jutunk, hogy a különböző jelentkezési formák tényleg különböző betegségeknek felelnek meg.

Hebra Ferdinánd közvetlen tanítványai közül *Kaposi* ezzel összhangban még legújabban is[15] azon álláspontot foglalja el, hogy azon esetek, a melyeknél a bőr infiltratioja tetemesebb, a melyeknél a hámlás nagylemezű, a melyeknél remmissiok és recidivák fordulnak elő, megkülönböztetendők a Hebra értelmében vett pityriasis rubrától, a mely nem jár a bőr beszűrődésével, a melynél a pikkelyképződés korpaszerű, a mely idült lefolyású és a melynél soha sem fordul elő visszafejlődés.

De ha a pityriasis rubra Hebra Ferdinánd által adott *lényeges* jellegeihez ragaszkodunk, akkor kivüle még más idült lefolyású hámló erythrodermiákat is meg kell különböztetnünk, a melyeknek igen változatos a kezdeti szakuk, de a melyek fennállásuk alatt azon közös jellemvonással birnak, hogy náluk a bőr erősebben van beszűrődve és hogy a hámlás nagylemezű. Ezenfelül pedig meg kell különböztetnünk oly eseteket is, melyek oly bőrelváltozásokat mutatnak ugyan mint a Hebra-féle pityriasis rubra kezdeti stadiumában, de a melyek az utóbbitól aránylag gyors lefolyásuk és jóindulatúságuk által különböznek.

Az előadottak alapján a hámló erythrodermiák csoportját két nagy osztályra osztjuk, a melyek közül az egyik a gyorsabb lefolyású, a másik az idült lefolyású eseteket foglalja magába. Mindegyik osztályban kétféle typusát a észleljük megbetegedéseknek, t. i. olyant, a melynél a bőrelváltozások nagyobb fokot érnek el, a hyperaemia, a vizenyő s a beszűrődés intensivebb s a hámlás nagylemezű (a dermatitis exfoliativa typusa) és olyant, a melynél a beszűrődés s az oedema jelentéktelen s a hámlás korpaszerű (a pityriasis rubra typusa).

Az első osztályba tartoznak:

1. *Az erythema scarlatiniforme desquamativum. Dermatitis exfoliativa acuta.*

Ez rendszerint hirtelen keletkezik és különböző fokú lázzal lép fel. A láz gyorsan múlik és a betegek a betegség további tartama alatt láztalanok. Rendszerint több helyütt mutatkozik egyidejüleg különböző alakú scarlátpiros foltok alakjában, a melyek rövid idő alatt az egész bőrfelületre terjednek szét. A hámlás igen korán lép fel, rendszerint 3—4 nappal a bőrpír jelentkezése után, korpaszerű az arczban, lemezes a végtagokon és törzsön, keztyű-, illetve sarú-alakú a kezeken és lábakon. A körmökön barázdálódás léphet fel, sőt ritkább esetben a köröm és hajzat ki is hullhat. A száj és garat nyákhártyája kezdetben igen belövelt lehet. A hámlás korai fellépése és a bőrpírral való együttes fennállása támaszai a különbözeti kórismének az exanthemákkal szemben.

Az erythema scarlatiniforme tartama 2—6 hét, maximum 2 hónap, hosszabb tartamok átmenetet képeznek a következő osztályhoz.

A betegség igen hajlamos recidivákra.

2. *A dermatitis exfoliativa subacuta.*

Ennél láz kiséretében egy vagy több piros folt keletkezik, mely 2—10 nap alatt, esetleg lassabban az egész testfelületen szétterjed. A bőr ekkor élénkpiros, többé-kevésbbé beszűrődött. Néhány nappal a bőrpír kifejlődése után lép fel a hámlás száraz lemezek alakjában, melyek sokszor zsindelyszerűen fedik egymást. A hajzat ritkul, sőt teljesen ki is hullhat. Igen gyakran a körmök is kihullnak, melyek legalább is barázdáltak. Tartama könnyebb esetekben 3—4 hónap, súlyos esetekben 5—6 hónap; complicatiok esetén (abscessus, phlegmone, iritis, paraplegiák stb.) vagy ha több eruptio követi egymást, 10 hónapig, sőt egy évig is eltarthat. A betegek erőbeli állapota a betegség tartama alatt csökken, a betegek lesoványodnak, de ennek daczára a betegség az esetek túlnyomó többségében jóindulatú; ritka a letalis kimenetel, melyet csak súlyos complicatiok idéznek elő.

3. *A pityriasis rubra subacuta.*

Ennél láz kiséretében vagy a nélkül sötétpiros foltok lépnek fel, a melyeken nemsokára *korpaszerű* hámlás mutatkozik. A bőrpír és hámlás néhány hét alatt generalizálódik és 5—8 hónap alatt véget ér. A hajzat és körmök kihullhatnak. A betegek erőbeli állapota mit sem szenved, a viszketés csekély.

Az idült hámló erythrodermák osztályába tartoznak

4. *a Hebra-féle pityriasis rubra* (pityriasis rubra chronica), melynek jellegző sajátságait czikkem elején Hebra nyomán közöltem, a mely számos évekig tart, s a mely majdnem kivétel nélkül halállal végződik,

5. *a dermatitis exfoliativa chronica.*

Ezen csoport constitutioja a legbizonytalanabb. Brocq szerint ugyanis ide oly esetek is volnának számitandók, melyek kezdeti szakukban az eczemát utánozzák. Világos azonban, hogy azon esetben, ha az ilyen kóreseteket a hámló erythrodermiákhoz számítjuk, akkor nehéz lesz éles határvonalat találni a hosszabb lefolyású és recidiváló eczemákból másodlagosan kifejlődő universalis hámló bőrlobokkal szemben. Helyesebb tehát csupán oly eseteket sorolni ide, a melyek kezdettől fogva szárazak. Ily esetek többnyire lassan generalizálódnak, igen hosszú időn át állanak fenn, s fennállásuk alatt a typikus dermatitis exfoliativa képét mutatják; több évi fennállás után többnyire meggyógyulnak, a letalis kimenetel csak ritkábban fordul náluk elő.

[15] Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1899. 462. l.

Könyvismertetés.

L. Oppenheim: Fahrlässige Behandlung und fahrlässige Begutachtung von Ohrenkranken. Wiesbaden. Verlag von S. F. Bergmann. 1899.

Az orvosi jog terén előnyösen ismert *Oppenheim* baseli jogtanár tollából ered e rövid fejtegetés, a melyben szerző *Körner* tanár, a rostocki fülklinika igazgatójának buzditására jogi véleményét mondja el fülbetegek gondatlan kezeléséről és hamis véleményezéséről, hogy egyrészt az orvosoknak a fülgyógyászatból való vizsgáztatás szükségességét bizonyitsa, másrészt pedig ama veszélyeket feltüntesse, melyek a hézagosan kiképzett orvost fenyegetik, ha a kellő ismeretek hiján fülbetegeket kezel vagy róluk véleményt ad. *Körner* 5 idevágó kérdésre nézve kérte ki *Oppenheim* jogi véleményét, és ezeknek beható és minden irányban kimerítő jogi fejtegetése kapcsán sikerült szerzőnek itt is, mint az orvosi jog más egyébb kérdéseiben is[1] teljes világosságot és magyarázatot adni, a mennyiben arra a végkövetkeztetésre jut, hogy az orvosi segitséget igénybe vevő közönségnek, úgy mint maguknak az orvosoknak is érdekükben áll, hogy a fülgyógyászatban történt hézagos kiképzés kipótoltassék, mert csak ily módon kerülhetők el oly eklatans példái a hibás véleményezésnek, mint a minőt szerző példaképen a függelékben emlit, a hol a szak- és nem szakorvosok homlokegyenest ellenkező és „hibáztatóan hamis“ véleményeket adtak. Már ezen klassikus példa miatt is melegen ajánljuk e munka tanulmányozását még a nem szakorvosnak is, hiszen jól tudjuk, hogy a fülbetegek nem mindig keresik fel a szakorvost, és azon kötelesség alól, hogy ezen betegeket a helyes útra vezessük, nem vonhatja ki magát egy orvos sem, ha csak műhiba számba menő gondatlanság miatt esetleg büntetőjogi nyomozás veszélyének nem akarja magát kitenni.

Hönig.

Lapszemle.

Sebészet.

A nyelvcsont medián osteotomiáját, a pharingotomia transhyoideát ismerteti mint új módszert *Vallas* (Lyon). A módszer abból áll, hogy a bőrt, bőr alatti kötőszövetet az alsó állkapocs belső szögletétől a pomum Adamiig a median-vonalban bemetszi, a nyelvcsontot lemezteleniti, középen csontollóval szétvágja, két végét kampóval széthúzza s ezután vagy a membrana thyreohyoideát vagy a szájnyálkahártyát vagy mind a kettőt metszi át, a szerint, a mint az epiglottist, vagy a nyelv alapját akarja kisebb-nagyobb kiterjedésben megközelitení. A módszer széles betekintést enged a garatűrbe. Alkalmazta a műtétet a vestubulum oris s a regio epiglottica tumorainál, a pharynx strikturáinál, jóindulatú nyelvdaganatok kiirtásakor, sőt a nyelv totalis amputatioját carcinoma linguae esetében szintén ezen úton végezte. Utóbbi műtét következő szakaszokból áll. 1. A kétoldali art. lingualist az oldalsó nyaki tájon át vezetett, medián felé össze nem érő metszéssel, alákötjük, mely metszésen át a tájék nyirkcsomói is kiirtandók. Előzetes tracheotomia nem szükséges. 2. A nyelvcsont medián osteotomiája után pharyngotomia transhyoidea. 3. A száj kitárása után a nyelvet a frenulumon kezdve a szájalapi képletekről, és kétoldalt a maxilla inferiort borító nyálkahártyáról lefejtjük. 4. A szervet, hegyét kampóval megfogva, lefelé luxáljuk, a musc. hyoglossus insertiojának lefejtése után a nyelvet amputáljuk. 5. A szájalap reconstructioja után varrat. Drainezni a szájüreg el nem érhető asepsise miatt szükséges. Magát a nyelvcsontot összevarrni nem kell, mert az annyira mozgékony, hogy a lágyrészvarrat két végét összetartja s az callosusan összeforr.

Szerző eredményeit a következőkben összegezi:

1. Az osteotomia medianea ossis hyoidei egyszerű, könnyű, áldásos műtét.

2. A pharynxba, annak alsó részébe, úgyszintén a vestibulum laryngisbe tágabb betekintést enged mint a többi olynemű műtét, pl. a Malgaigne-féle pharyngotomia subhyoidea. Idegen testek, jóindulatú enucleálható tumorok, az epiglottis által határolt carcinomák, különösen syphilitikus stenosisok képezik a pharyngotomia transhyoidea indicatioit.

3. Nyelvalapi intramuscularis tumorok, lipomák, cystomák kiirtása ily módon könnyebb, mint oldalt, a subhyoidealis úton.

4. A nyelv amputatioja a szerv hátsó végében székelő carcinoma esetében könnyebben s teljesebben végezhető ez úton, mint a többi módszerrel.

5. Kellemetlen incidensek a műtét közben nem fordulhatnak elő, difformitás, functionalis eltérés, folyományakép nem fejlődik. (Revue de chirurgie 1900. 5. füzet.) *Zimmermann* dr.

Daganatok traumás eredetéről értekezik a Bruns-klinika beteganyaga alapján *Würz*, a ki Löwenthal felfogásával részben megegyező eredményekre jutott. Jóindulatú tumorok trauma minden hozzájárulása nélkül keletkeznek. Kivételt képeznek e tekintetben az osteomák, melyek 40%-a vezethető vissza nagy valószinűséggel traumára. Rosszindulatú tumorok közül a sarkomák 7·31%-a függ össze aetiologice traumával, még pedig rendesen mélyreható nagy erőszakkal. A carcinoma-eseteknek csak minimalis számában lehetett, akkor is csak kis, mellékes, sérülésekkel, az oki összefüggést kimutatni.

Egyszeri traumás insultus mint aetiologikus momentum tehát csakis osteomák, carcinomák s sarkomák képződésekor játszik szerepet, behatóbban ezek közül is csak az osteotomáknak s különösen a mozgási apparatus sarkomáinak esetében. (Beiträge zur klin. Chirurgie, 26. kötet, 567. lap.) *Zimmermann* dr.

[1] Ugyanezen szerzőtől jelent meg: „Das ärztliche Recht zu körperlichen Eingriffen an Kranken und Gesunden“. (Basel 1892.)

Szülészet és nőgyógyászat.

Kétpetéjű terhesség esete. (Talán superfoetatio?) *Wolff* mesterséges abortuskisérlet után sepsisben elhalt 21 éves nő hullájából nyert készitményt ir le. A méh nagysága a 4.—5. terhességi hónapnak felel meg, benne két hímnemű magzat volt található; a lepények egymástól határozottan különválasztottak, s mindegyik magzat saját chorionnal bir, úgy hogy ikrekről van szó, a kik két petéből származnak. A foetusok hossza 10 és 11 cm. Mindkét petefészek phlegmonosus lob képét adja, a jobb oldaliban nyoma sincs corpus luteumnak, ellenben a bal ovariumban két sárga test volt található, a melyek különböző nagyságúak, s szöveti szerkezetük is azt mutatja, hogy az egyikben előrehaladottabbak a regressiv elváltozások mint a másikban, azaz, hogy az ezen sárga testeknek megfelelő tüszők közül az egyik korábban repedt meg mint a másik. A kettő megrepedése közötti időkülönbség biztosan nem dönthető el, azonban az elválozásokból sejthető, hogy nehány hét választhatta el őket. A készitményből tehát némi valószinűséggel azt lehet következtetni, hogy egy oly eset forog fenn, melynél néhány héttel az első fogamzás után még egy második petesejt lett megtermékenyitve, azaz egy superfoetatio történt, mi mellett még a két magzat hosszúsága közötti különbség is látszik szólani. (Archiv f. Gynäk. 60. kötet 2. füzet.)

Neumann Szigfried dr.

A dermoidcysták keletkezéséhez. *Bandler* a dermoidcysták keletkezésére nézve felmerült újabb elméletek ellen fordul, melyek szerint ezen daganatok a petesejttől származnának, a mely nem termékenyittetett meg, hanem parthenogenetikus úton fejlődik dermoiddá.

Szerző felfogása szerint a dermoidok és hasonló daganatok a beteg egyén elhurczolt sejtjeinek származékai, s ezért ép úgy burjánzanak, a mint hogy szaporodtak volna, ha az őket megillető helyre jutottak volna; növekedésükben lépést tartanak a rendes helyükre eljutott, hasonnemű embryonalis sejtekkel, s ez az oka annak, hogy az eltévedt sejtek leginkább a pubertas idején s azután szaporodnak legélénkebben, s ennek értelmében különösen a 20—30 éves életkorban növekednek daganatokká. (Archiv f. Gynäk. 60. kötet 2. füzet.)

Neumann Szigfried dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

A késői dyphtheriáról az orrgarat üregben. Egy három éves leánykánál 9 nappal a kiállott dyphtheria után a jobb orrüregben egy nagyobb fokú nyákos genyes kifolyás keletkezett. Az alsó kagyló és orrsövény közé egy vastag sárgás-fehér hártya volt beékelődve, a melynek egy részlete eltávolittatván, abban dyphtheria-bacillusokat találtak. *Eschweiler* szerint ez a hártya valószinűleg egy erős köhögési roham által löketett az orrgaratüregből a jobb oldali orrfélbe.

Magának az orrüregnek diphtheriája kizárható, miután a folyamat csak egy oldali volt, a hártya egy részlete könnyen, vérzés nélkül volt eltávolitható, valamint ellene szólt az orrtünetek éppen oly gyors elmulta, mint fellépése. Két napon át folytatott kezelésre (aristol befúvás és kimosás 5%-os bór vízzel) a bántalom megszünt, és reá 10 napra az orrnyákban diphtheria-bacillus nem volt található. A késői diphtheria a közérzetet ritkán befolyásolja. A jelen esetben a leányka teljesen lázmentes és jó kedvű volt. Kivételesen súlyos bántalommá is fejlődhetik, midőn igen kiterjedt fekélyesedések léphetnek fel az orr- garat-üregben, a mi nagy hegeket és anyaghiányokat hagyhat hátra. A késői dyphtheria is igen ragályos, a mit az is bizonyít, hogy a fent emlitett leányka nővére négy héttel a dyphtheria látszólagos megszünte után, a mint újólag egy ágyban aludt testvérével, torokdiphtheriában megbetegedett. A Henoch által megkövetelt négy heti isolatio tehát nem elégséges. Elősegitő körülményként szerepelt jelen esetben az orrgaratür diphtheriájára a nagyobbfokú adenoid vegetatio. Az eset érdekességéből minden esetre sokat levon ama körülmény, hogy a rhinoskopia posterior nem volt kivihető. Ref. (Münch. med. Woch. 1900. 17. sz.)

Tóvölgyi Elemér dr.

Typikus pachidermia laringisnél egy eset kapcsán *Fein* a 10%-os salicyl-alkohol oldattal való ecsetelést ajánlja. A pachydermia rövidesen eltünt, a hang visszanyerte tisztaságát és a subjectiv panaszok közül mindössze egy kis karczoló érzet maradt vissza a gégében. (Wien. med. Woch. 1900. 21. sz.)

Tóvölgyi Elemér dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Chlorosis olyan eseteiben, melyekben valami ok folytán a szájon át nem adhatók vaskészitmények, *Jolasse* a vasnak klysma alakjában alkalmazását ajánlja. Legjobbnak tartja a ferrum citricumot, melyből 0·1—0·6 grammot ad háromszor naponként keményitős klysmában a végbélbe. (Münchener medic. Wochenschrift, 1899. 37. sz.)

Csecsemők székszorulása ellen *Dörfler* friss édes vajat ad, és pedig 2—3 hónapos csecsemőknek reggel és este ½ 1 kávéskanálnyit, 4 hónaposoknak naponként 2—3 kávéskanálnyit, a későbbi életkorban a szükség szerint 1—3 evőkanálnyit 2—3 naponként. (Wiener mediz. Presse, 1900. 23. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. julius 20.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 26-dik hetében (1900. julius 1-jétől julius 7.-ig.) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Élveszületett 417 gyermek, elhalt 275 egyén, a születések tehát 142-vel multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 31·6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 20·8, az egy éven felüli lakosságnál: 15·1, az öt éven felüli lakosságnál: 13·4. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 0, morbili 10, scarlatina 5, variola —, cholera asiat —, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 2, meningitis 11, apoplexia 4, eclampsia 8, szervi szívbaj 13, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 22, tuberculosis pulmonum et phthisis 56, diarrhoea et enteritis 17, gastro-enteritis 21, rák és egyéb újképletek 9, ezek közül méhrák 1, morbus Brightii et nephritis 5, rachitis 0, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 16, atrophia et inanitio 3, marasmus senilis 9, erőszakos halált eset 15, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 4, baleset 7, kétséges 4 (—). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2558 beteg, szaporodás e héten 944, csökkenés 892, maradt e hét végén 2610 beteg. *B)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi julius 2-dikától julius 8.-áig terjedő 27. héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 21 (31), diphtheria, croup 10 (10), hagymáz (typhus) 4 (4), kanyaró (morbili) 108 (147), trachoma 10 (9), vérhas (dysenteria) 0 (1), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 16 (17), orbáncz (erysipelas) 12 (16), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1 (0), ezenfelül varicella 17 (18).

□ **A Fehér-Kereszt Országos Lelenczház-Egyesület** junius hónapban felvett a központban 502, fiókintézetében 227, összesen 729 lelencz, elhagyott és árva gyermeket. Nevelt a központban 2799, a fiókokban 1502, összesen 4301 gyermeket, mely 73,812 korona 31 fillérbe kerül.

○ **A német orvosok és a biztosító társaságok.** A 28. német „Aerztetag", mely f. év junius hóban Freiburg i. Br.-ban ülésezett, a következő határozatot fogadta el: „A német orvosegylet-szövetség és a német életbiztosito társaságok közötti állandó jó egyetértés érdekével ellenkezik, ha egyes orvosegyesületek tagjaikat határozatilag kötelezik, hogy magasabb díjakat követeljenek, mint a minők közösen megállapitva lettek."

× **Kinevezés.** Ő Felsége *Korányi Sándor* dr.-t, a budapesti tudomány-egyetemen a kisérleti és gyakorlati idegkór- és gyógytannak rendkivüli czimmel és jelleggel felruházott magántanárát és adjunktust ugyanezen tantárgy — és *Grósz Emil* dr.-t, a nevezett egyetemen az elméleti és gyakorlati szemtükrözés magántanárát és adjunktust a szemészeti kórtan és módszertan nyilvános rendkivüli tanáraivá, a szabályszerű illetményekkel, kinevezte.

♁ **Nyilatkozat.** A havonként csak egyszer megjelenő Országos Orvos-Szövetség f. évi 7-dik számában a hódmezővásárhelyi fiókszövetség titkári jelentése „sajnálattal emliti fel, hogy az elmult évben orvosi rendtartásuk fegyelmi szakaszait két izben is kénytelenek voltak alkalmazni". Azután nevek emlitése nélkül röviden ismerteti is a két esetet s az ismertetésből jól kiérthető, hogy az illető tagok kilépése a két esetben megtörtént. Majd egy közbe iktatott rövid pontban tett más irányú közlés után arról tudósit, milyen „kellemetlenül hatott" három itt már megnevezett kartársnak, kik közt épen az én nevem áll első helyen, a kilépése a szövetségből. Helyén valónak vélem kijelenteni, hogy az emlitett két sajnálatos eset egyike sem volt az én esetem; én a hódmezővásárhelyi fiókszövetségből épen a fiókszövetség titkárának bizonyos *tévedése* miatt, reám semmi tekintetben homályt nem vető okból léptem ki. *Koszorús István* dr.

△ **Fürdőink személyforgalma.** *Uj-Tátrafüred* VII/16. 422; *Iglófüred* VII/10. 349; *Csorbai tó* VII/10. 1861; *Szt.-Margitszigeti gyógyfürdő* VII/8. 373, ezen kivül látogatók és fürdővendégek a fővárosból és a vidékről 75,358.

⊙ **Megjelent.** A *Drasche*-féle Bibliothek der gesammten Wissenschaften 194/5, 196/7, 198/9 kettős füzetei; ára egy-egy kettős füzetnek 60 kr.

* * *

—i. —d. **Figyelmeztetés.** Lapunk hirdető rovatának vezetője a t. olvasók szives figyelmébe ajánlja a *Sedlitzky* dr. cs. és kir. udv. gyógyszerész fürdőtablettáira vonatkozó hirdetést.

= Jelen számunkhoz a *Chemische Fabrik von Heyden Radebeul-Dresden* czég melléklete van csatolva.

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencéiben az ásványviz 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 gyógyitására) a dr. Grünwald-féle sanatoriumban (VII., Városligeti fasor 13—15).

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1899. juniusi szaküléS.) (1899. julius havi szaküléS.) 1899. szeptember havi szaküléS.) (1899. október havi szaküléS.) 455 l.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1899. juniusi szaküléS.)

(Folytatás.)

2. **Berkovits Miklós** dr. két beteget mutat be. Egyik egy 26 éves **gégegümókorban** szenvedő nő, a másik 65 éves férfi, a kinek **gégerákja** van.

3. **Baróthy Ákos** dr. **Nagyvárad város 1898. évi közegészségügyi viszonyait** ismerteti.

Ez ismertetés figyelemreméltó adatai:

Míg 1897-ben született 1496, meghalt 1108 egyén (szaporodás 388), addig 1898-ban 1501 születéssel szemben 1288 halálozás történt s így a szaporodás csak 213 volt. Míg tehát 1897-ben a születési arányszám 33·2‰, a halálozási 24·5‰ volt, addig 1898-ban az arányszám 32·7‰, illetőleg 28·0‰ volt.

1890-ben	született	1383	egyén,	meghalt	1218,	a szaporodás tehát	165 volt,
1891-ben	„	1444	„	„	1351,	„ „ „	93 „
1892-ban	„	1381	„	„	1427,	„ „ „	46 „
1893-ban	„	1476	„	„	1298,	„ „ „	178 „
1894-ben	„	1505	„	„	1271,	„ „ „	234 „
1895-ben	„	1615	„	„	1261,	„ „ „	354 „
1896-ban	„	1556	„	„	1313,	„ „ „	243 „
1897-ben	„	1496	„	„	1108,	„ „ „	388 „
1898-ban	„	1501	„	„	1288,	„ „ „	214 „

A születések száma tehát emelkedett, a halálozás, bár nem oly arányban, csökkent. A szaporodás is nagyobb lett.

1898-ban elhalt:

0—1 éves korig 368 gyermek, ebből törvénytelen 95 (7·3%), az összes elhaltaknak 28·6%-a; 1—5 éves korig 160, a melyből 26 törvénytelen (2·0%); az összes elhaltaknak 12·4%-a. Hét éven alól 528 gyermek halt el, az összes halálozásnak 40·9%-a.

A fertőző betegségek szempontjából fokozatos javulás mutatkozik.

	Roncsoló toroklobban megbetegedett					
1892-ben	313	egyén,	meghalt	154,	tehát a betegeknek	49·0%-a.
1893-ban	337	„	„	113,	„ „ „	33·0 „
1894-ben	146	„	„	64,	„ „ „	43·0 „
1895-ben	99	„	„	28,	„ „ „	28·0 „
1896-ban	54	„	„	11,	„ „ „	20·0 „
1897-ben	30	„	„	9,	„ „ „	30·0 „
1898-ban	42	„	„	12,	„ „ „	28·5 „

Vörhenyben	1894-ben	megbetegedett	39	egyén, meghalt	12.
	1895-ben	„	238	„ „	53.
	1896-ban	„	149	„ „	32.
	1897-ben	„	32	„ „	9.
	1898-ban	„	160	„ „	31.
Typhusban	1895-ben	megbetegedett	93	egyén, meghalt	18.
	1896-ban	„	34	„ „	9.
	1897-ben	„	27	„ „	8.
	1898-ban	„	122	„ „	18.

Hólyagos himlő az 1886-iki járvány óta alig fordult elő, a legtöbb évben egy eset sem. A kanyaró főkép 1894., 1897. és 1898-ban lépett fel járványszerűen, a mely években a megbetegedések száma 3—500 közt váltakozott, 9—25 halálozással.

A bélhurutban történő megbetegedések száma nem tudható, de a halálozás a következő volt: 1892-ben elhalt 168 egyén, 1893-ban 144, 1894-ben 163, 1895-ben 177, 1896-ban 173, 1897-ben 133, 1898-ban 174.

Tüdőgümőkórban 1894-ben elhalt 163 egyén, 1895-ben 132, 1896-ban 157, 1897-ben 137 és 1898-ban 116.

4. **Baróthy Ákos** dr. **Nagyvárad város 1899. május havi népmozgalmi statistikáját** terjeszti a szaküléS elé.

E jelentés adataiból kiemelendők, hogy a jelzett hóban élve született 133 gyermek (ebből törvénytelen 31), halva 3. Az évi születési arányszám 45,860 lélekre számítva 34·8‰, a halálozási arányszám 25·1‰, csak a helybelieké 17·2‰. 0—1 éves korig elhalt 29 gyermek (ebből törvénytelen 12), 1—5 éves korig 10 (törvénytelen 3). Vörhenyben megbetegedett 14 egyén, elhalt 1, roncsoló toroklobban 3, halálozás nélkül, kanyaróban 25, halálozás nélkül, typhusban 3, halálozás nélkül, hökhurutban 7, halálozás nélkül. Tüdőgümőkórban elhalt 16 egyén, bélhurutban 8, tüdőlob és hörghurutban 15.

A két jelentés után elsőnek *Konrád Márk* dr. szólal fel, hangsúlyozva, hogy a közegészségügynek oly javulása, a minőt az első jelentés feltüntet, nagyrészben a tiszti orvosok érdeme, a kik a fertőző betegségek elleni óvintézkedéseket nagy buzgalommal foganatosítják.

Grósz Menyhért dr. nem hallgathatja el, hogy a tiszti orvosoknak nagy buzgalma és szigorúsága nem egyszer igen nagy terhet ró a magángyakorló orvosokra és sok elégedetlenségnek okozója. Az általuk követett eljárással szemben megemlíti, hogy például a porosz egészségügyi ministeri rendelet nem követeli, hogy a megbetegedettel egy házban lakó gyermekek az iskola látogatásától eltiltassanak. A városi hely. t. főorvosnak újabban illetékes helyre beterjesztett tervezetét a fertőző betegségben szenvedő és velök egy házban lakó gyermekeknek az iskola látogatásától való eltiltása targyában túlszigorúnak tartja.

Többek hozzászólása után *Berkovits Miklós* dr. inditványozza, hogy a tervezettel, a melyet fontosnak tart, egy következő szaküléS foglalkozzék.

(1899. julius havi szaküléS.)

1. **Baróthy Ákos** dr., városi t. főorvos, a szaküléssel megismerteti a szabályrendelet-tervezetet, a melyet a **fertőző betegekkel egy lakásban lakó iskolás gyermekeknek az iskola látogatásától való eltiltása** tárgyában a polgármester elé terjesztett, s a melyet a városi közegészségügyi bizottság legközelebb tárgyalás alá vesz.

A tervezet szerint a ragályos betegségben megbetegedettek testvéreinek vagy lakótársainak az iskolából való kitiltása időtartamát, a szerint, a mint a beteg otthon vagy a fertőző betegek kórházában kezeltetik, a következőkben állapítja meg:

typhusnál	a lakásban kezelve	6	hét,	kórházban kezelve	3 hét,
vörhenynél	„ „ „	6	„	„ „	3 „
diphtheria és croupnál	„ „ „	6	„	„ „	3 „
himlő esetén	„ „ „	6	„	„ „	3 „
kanyarónál	„ „ „	3	„	„ „	2 „
hökhurutnál	„ „ „	6	„	„ „	3 „
ál- és bárány-himlőnél	„ „ „	2	„	„ „	1 „
vérhasnál	„ „ „	3	„	„ „	2 „

A tervezet ismertetése után *Edelmann Menyhért* dr. szólal fel. Azt a meggyőződését hangsúlyozza, hogy a közegészségügyi szempontok mellett, a melyeknek kiváló jelentőségét méltányolni tudja, a társadalom egyéb érdekeitől sem szabad eltekintenünk. Ha első helyet juttatunk is a közegészségügy követelményeinek, a paedagogiai, kereskedelmi és egyéb érdekekre is tekintettel kell lennünk, a midőn közegészségügyi óvrendszabályokat foganatosítunk. A családokat, a társadalmat felesleges zaklatásoktól minden esetre meg kell kimélnünk.

Az ismertetett tervezet, szerinte, ezekre nincs tekintettel és az egészséges gyermekeket kelleténél nagyobb időre tiltja el az iskola látogatásától, és eltiltja oly betegségek esetén is, a melyeknél ily szigorú rendszabályt feleslegesnek tart.

Nem hallgathatja el azt a meggyőződését sem, hogy az iskolalátogatástól eltiltott gyermekek felügyelete hiányosabb és hogy egész napon át folyton érintkezhetnek — ha nem is az iskolában — akárhány gyermekkel.

Felsorolja Leube, Jürgensen és Klemperer művei alapján a szóban levő fertőző betegségek incubatios idejét és prodromalis időszakát, így megemlíti, hogy e szerzők adatai szerint a typhus lappangási időszaka 7—21 nap közt váltakozik, a vörhenyé 2 és 6 nap közt, hozzávéve az 1—2 napi prodromalis időszakot, ez összesen 8 nap (Jürgensen szerint az első 1—28 nap, a második 7—9 nap közt váltakozik). A himlő incub. ideje 5—14 nap, más szerző szerint 10—13 nap, prodromalis időszaka 3—4 nap, összesen ez 17 nap. A diphtheria és croupnál 2—3, maximaliter 14 nap, pertussisnál legfeljebb 7 nap, kanyarónál az incub. 10 nap, a prodrom. szak 2—3 nap, összesen 13 nap, bárányhimlőnél legfeljebb 10 nap, vérhasnál 7 nap.

Az iskola látogatásától való eltiltás szempontjából szerinte a typhust, pertussist, a bárányhimlőt és vérhast teljesen mellőzni kellene s ezt a következőkkel indokolja. A typhus szerinte nem veszélyes a környezetre, s a ragályozás szempontjából sem sorolható egy kategoriába pl. a vörhenynyel. Csupán csak a beteg ürüléke útjan terjedhet, és ezért a tisztaság elemi szabályainak figyelembe vétele mellett már kikerülhető a ragályozás. Ugyanez áll szerinte a vérhasról is. A pertussisról meg tudjuk, hogy gyógytényezői közt a friss levegőn való tartózkodást az első hely illeti meg s így a szabadon tartózkodó beteg úgy sem isolálható az egészségesektől. A bárányhimlő meg enyhe és gyors lefolyása miatt nem követel szigorú óvintézkedéseket.

A többire (kanyaró, vörheny, diphtheria, croup, himlő) nézve elegendőnek tartja, ha az egészségest az incubatios szaknak megfelelő időre tiltják el az iskola látogatásától, nagyobb óvatosság kedvéért még megtoldva ez időt a prodromalis időszak tartamával is.

Egyébként azt tartja, hogy az eltiltás idejének megállapítását esetről esetre a gyakorló orvosokra lehet bizni, a kik a hygiene követelményeit bizonyára nem fogják szem elől téveszteni, a midőn az iskolalátogatás megengedését fogják ajánlani.

Felszólaló szavaira *Berkovits Miklós* dr. reflectál. Emlékeztet arra, hogy előtte szóló adatai az incubationalis és prodromalis időszakokra vonatkozólag a különböző szerzők szerint lényeges eltéréseket mutatnak és széles határok közt ingadoznak s már ezért sem vehetők alapul az óvszabályok foganatosításánál. Ő is összeállította az idevonatkozó adatokat, véletlenül más szerzők nyomán és más határidőket nyert. Ez megerősíti abban a véleményében, hogy ily bizonytalan alapon közegész-

ségügyi óvrendszabályokat foganatosítani nem lehet. Az óvrendszabályok sikere érdekében ajánlja, hogy az elkülönítés időtartama inkább hosszabbra állaptitassék meg.

A tervezetben foglalt rendszabályokat ő még azzal egészítené ki, hogy lehetőleg megállapítaná, hogy a ragályos betegségből felépült gyermekeknek mikor engedhető meg az iskola látogatása, azaz mikor tekinthetők azok teljesen gyógyultaknak, s erre nézve utal arra, hogy például a diphtheriás beteg még a reconvalescentia idejében is fertőzhet; a typhusra vonatkozólag azonban kiemeli, hogy a láztalan szakban a typhus-beteg megszünt oly anyagok hordozója lenni, a melyek fertőzhetnek.

A maga részéről két lehetőséget tart elfogadhatónak. Az első az, hogy az iskola látogatásától való eltiltás szempontjából csak a typhus, vörheny, himlő, kanyaró és diphtheria vétessenek figyelembe vagy az, hogy valamennyi betegségnél foganatosítsuk az óvrendszabályokat, így pl. cholera esetén is.

A részletekre vonatkozólag megjegyzi, hogy a pertussisban szenvedő beteg családjabelijét addig tiltaná el az iskola látogatásától, a míg a görcsös jelenségek mutatkoznak. Variola és variolois közt különbséget nem tesz, a bárányhimlőt azonban teljesen figyelmen kivül lehet hagyni.

Baróthy Ákos dr. a cholerára nézve feleslegesnek tart külön intézkedést, mert a cholerára nézve külön szabályzat mérvadó.

Berkovits Miklós dr. ezt még sem tartja feleslegesnek, mert a külön szabályzat járvány esetére vonatkozik, holott nincs kizárva az az eset, hogy csak elszórtan egyes cholera-esetek lépnek fel.

Gerő Sándor dr. utalva arra, hogy ragályos betegségek egyes esetei igen enyhén folynak le, és a diagnosis helyessége iránt csaknem kételyt támasztanak, azt tartja, hogy ily esetekben nem volna helyes mereven a tervezetben ajánlott rendszabályokat alkalmazni.

Berkovits Miklós dr. az előtte szólót arra emlékezteti, hogy ily esetekben a szokásos eljárás az, hogy a kezelő orvos érintkezésbe lép a hatósági orvossal és a tilalom feloldását kéri.

2. **Gerő Sándor** dr. **„A fertőző betegségek kórtanának haladása“** czimen tart előadást.

A fertőző betegségek csoportjának különválasztása a többi kórformától alig több mint négy évtizede történt. Virchow használta legelőször, 1854-ben, az „Infectionskrankheiten“ elnevezést. Ő azonban még nem jelölte meg az összes, e csoportba sorozható kórformákat. Még Behring is egyik újabb munkájában azt tartja, hogy a fertőző betegségek csoportja nincs élesen elhatárolva és nem végleges.

Virchow a fertőző betegségeket három csoportba osztotta: *a*) csoportba azokat sorolta, a melyek egyik egyénről a másikra való átvitel útján terjednek, mint a syphilis s a heveny kiütéses bántalmak, *b*) csoportba azokat, a melyeknél az egyénről egyénre való átvitel állat vagy növény által történik, mint pl. a féregbántalmaknál, rühnél, soornál s *c*) csoportba azokat sorolta, a melyek bizonyos feltételek mellett az állati szervezetben fejlődnek.

E beosztást sokan megtámadták s bár később Virchow nézetét módosította, a vita meg nem szünt.

Előadó ezután a fertőző betegségek újabb beosztását és magyarázatait ismerteti. Ezután áttér a microorganismusok szerepének vázolására, főkép Virchownak még ma is elfogadható theoriája alapján. Megemlíti, hogy Behring is ugyanez alapon toxikus és parasitikus fertőzést különböztet meg, a szerint, a mint a parasita maga okozza a fertőzést, vagy ennek közreműködésével termelődött méreg eszközli azt.

Virchownak alapvető elmélete volt kiinduló pontja azoknak a kutatásoknak, melyeknek czélja a különböző bakteriumok által termelt méreg előállítása volt.

Koch R. volt az első, a ki 1878-ban egy bizonyos microorganismust nevezett meg a tuberculosis kórokozójaként. Ekkor még azt hitték, hogy a bakterium mennyisége és a szervezetben való elszaporodása okozza a betegség tüneteit. Csak 1884-ben, a mikor a cholera-bacillust felfedezte, jött arra a meggyőződésre Koch, hogy nem maga a bacillus okozza a szervezet pusztulását, hanem az általa termelt, s a véráramba jutott méreg. Ugyanezt állították a diphtheriára vonatkozólag 1888-ban Roux és Jersin.

Ők oly pontosan állapították meg a diphtheria virus vegyi és physikai tulajdonságait, hogy a megjelölt nyomon haladva felfedezhették az antitoxint.

Ezután a tetanus-méreg előállításáról és a tuberculosis bacillusok által termelt, Koch által előállított méregről szól, s áttér az immunizálás tanára s annak a megismertetésére, mily módon változott ez az újabb és újabb kutatások eredményeihez képest.

3. **Baróthy Ákos** dr. **Nagyvárad város 1899. junius havi népmozgalmi statistikáját** ismerteti.

Az ismertetés fontosabb adatai:

Élve született 125 gyermek (32 törvénytelen), halva 2 (1 törvénytelen). Az évi születési arányszám 37·7‰, halálozási arányszám 24·5‰ (csak helybelieket számítva, 16·4‰).

Vörhenyben megbetegedett 10 egyén, elhalt 1, diphtheriában megbetegedett 2, kanyaróban 68, egy halálozással, typhusban egy egyén.

(1899. szeptember havi szaküléseb.)

1. **Edelmann Menyhért** dr. **„Lipomatosis universalis, hugysavas diatesis és diabetes mellitus“** czimen tart előadást, egy család kórtani ismertetését adva.

Előadásában főkép Ebstein közleményeire utal, a ki e három kóros állapottal sokat foglalkozott. E három betegség összetartozása az újabb felfogás szerint kétségtelen, s akárhány egyén került már észlelés alá, a kinél mindhárom egyidejűleg volt kimutatható.

A leggyakoribb közülök a lipomatosis, a mely egyes családoknál nemzedékeken át öröklődik s a melyre veleszületett dispositioja van az egyes egyénnek is.

Ezzel kapcsolatban gyakran jelentkezik a húgysavas diathesis, a köszvény, a melyre egyes családoknak szintén veleszületett dispositiojuk van.

Hasonló áll a diabetes mellitusra vonatkozólag is.

E trias mindhárom tagjára nézve kétségtelen az egyéni dispositio és az örökölhetőség.

Ujabban akadtak buvárok, a kik e betegségeknek, főkép a czukorbetegségnek bakterialis eredete után kutattak, s a ragályozás szempontjából mérlegelték az eseteket.

Ezután a mondottak illustrálására egy nagyszámú család tagjairól emlékezett meg, a kiknek körében e kóros állapotok észlelhetők voltak.

Az atyja 76 éves egyén volt, a kinél lipomatosis universalis, abdominalis plethora, haemorrhoidalis végbélbántalom és prolapsus ani volt kimutatható. Egy évek után ismétlődő apoplectikus roham okozta halálát.

Az anya, a ki szintén kövér nő volt, diabetes mellitusban halt el.

Az atya 80 éves fivére szintén igen kövér egyén volt.

A gyermekek közül egyik 42 éves korában halt el. Lipomatosis universalis volt nála is, élete utolsó éveiben vesehomok, diabetes mellitus, a melyhez végül tüdőgümőkór csatlakozott, a mely halálát okozta.

A szülők második gyermeke 40 éves férfi, a kinek vizeletében állandóan sok a húgysavas só, s a kinél később transitorius glycosuria mutatkozott. Szintén igen hájas, kövér egyén.

Harmadik gyermek 118 kg. súlyú nő, a kinél diabetes mellitus volt kórismézhető. Vizeletében 3—4% volt a czukor. Ennél is abdominalis plethora jelenségei voltak észlelhetők.

Negyedik gyermek 34 éves férfiú, universalis lipomatosissal, haemorrhoidalis végbélbántalommal. Hosszú ideig tartó kedélyi izgalmak következtében transitorius albuminuria jelentkezett nála, a mely hidegvízgyógymód alkalmazása után elmult.

Egy ötödik testvér, egy két évvel idősebb nő és még egy fitestvér szintén igen hájas egyének. Az előbbi orvosi rendeletre szigorú diaetát és karlsbadi kúrát tartott. Előadó csak annyit tudhatott még meg róla, hogy orvosa szükségesnek tartotta vizeletét ismételten megvizsgálni s e vizsgálat után rendelte el a szigorú étrendet s ajánlotta Karlsbad felkeresését.

Az unokák legtöbbje, tehát a harmadik generatio is, szintén elhizott.

2. **Edelmann Menyhért** dr. **primaer hugycsőepitheliomára** gyanús esetet ismertet.

A 45 éves férfibeteg, a kinek neje hosszabb idő óta beteg és a kinél uterus-carcinoma (cervix-carcinoma) találtatott, előadónál jelentkezve, annak az aggodalmának adott kifejezést, hogy nejétől, a kivel kezdetben közösült, a bajt megkapta. A beteg, a kinek baja 3—4 hónapja tart, s a kinél néhány hét előtt húgycsőfolyás volt észlelhető, a mostani vizsgálatnál a következő jelenállapotot mutatta: a húgycsőből váladék már nem ürült, a húgycső mellső részében, a külső nyilástól a fossa navicularisig, jelentékenyen szűkült volt. A heges, szűkült helyen az urethra felhámja igen vastag, fehér réteget képezett. A beteg húgycsövében fájdalmat érzett és jelentékeny vizelési nehézségei voltak.

Az anamnesisre vonatkozólag a beteg előadó tudomására hozta, hogy a mult hó folyamán a biharmegyei közkórházban kezeltetett, a hol a kezelő orvos a húgycsőben levő lágyfekélyt kórismézett, s azt erős edzésekkel, pálczikák bevezetésével kezelte.

Két lehetőség van tehát: vagy az, hogy a beteg méhrákos, eves váladékot ürítő nejével közösülve, urethritist kapott, vagy az, hogy más nővel közösülve, fekélyt szerzett.

Ezt erősítette meg Feleki Hugó egyetemi magántanár is, a ki a hatalmas epithelfelrakódásnak szövettani vizsgálatát végezve, kizárta annak a lehetőségét, hogy primaer epithelialis húgycsőcarcinoma esete forogna fenn és azt tartotta, hogy az előbbi bajok bármelyikének tartós edzőszerekkel való kezelése okozta a heges szűkületet s a szűkült helyen a nyákhártyának mechanikai és vegyi szerekkel való izgatása okozta a felhámtúltengést, a mely górcső alatt lapos felhámtömegnek bizonyult.

A további kezelés és észlelés ezt igazolta is. Fokozatos, fémsondákkal való tágításra a húgycső mindjobban tágult, a subjectiv kellemetlenségek s a vizelési nehézség eltüntek. A szűkült hely nyákhártyájának jodglycerinnel s később jodvasogennel való helyi kezelésére a túltengett felhám levált, s a nyákhártya visszanyerte normalis alkotását.

Valamely kiújulás a hónapok után újraészlelt betegnél nem mutatkozott.

Lőte Lajos dr. az utóbbi esethez hozzászólva kijelenti, hogy a beteget a biharmegyei kórházban ő kezelte. Kétségtelen, úgymond, hogy a beteg húgycsövében lágyfekély volt, a melyet lapisszal égetett. Lehetségesnek tartja, hogy az erélyes kezelés okozta a heges szűkületet és esetleg az epithelfelhalmozódást is.

Berkovits Miklós dr. az első esethez fűz megjegyzéseket. Neki is tudomása van arról, hogy diabetes mellitus aránylag gyakran észleltetett már egyidőben férj és feleségnél, de ezt nem lehet ragályozás eredményének tekinteni, hanem csak az egyenlő életkörülmények, egyforma életmód következményének.

Előadó is hasonló véleményen van és ismeri Senatornak idevágó vizsgálatait. Azt is tudja, mily szerepe van a diabetes mellitus fellépé-

nél a hereditásnak és az életmódnak. Emlékeztet Ebsteinnak egy újabb közleményére, a melyben ezekre tekintettel, oly egyéneknél, a kiknél öröklött dispositio feltételezhető, már praeventive ajánlja a szigorú étrendet, sőt a házi orvosoknak feladatává teszi, hogy ily családok körében már a gyermekeknél rendeljék el a megfelelő diaetát.

(1899. október havi szaküléS.)

1. **Berkovits Miklós** dr. egy **endaortitisben** szenvedő beteget mutat be.

A beteg 46 éves vasúti pályaőr. Betegségének kórelőzményi adataiként megemlíti, hogy igen terhes szolgálatában nehéz physikai munkát kellett végeznie. Jelentkezésekor étvágytalanságról és nehéz lélegzésről panaszkodott, a mely tüneteknek okát a régebben megejtett vizsgálat nem deríthette ki. Néhány hét előtt történt jelentkezésekor azonban azt észlelte, hogy a beteg szívműködése igen felmagasztalt, s a látható véredények erősen lüktetnek. Erős lüktetés volt észlelhető az a. subclavian, az a. brachialison, a. radialison és az a. cruralison s a jugulumban is érezhető volt a lüktetés, a mely a szívcsúcslökéssel volt synchron. A két a. radialis lüktetése közt s a szívcsúcs és a carotis lüktetése közt időbeli eltérés nem volt.

A szívtompulat fenn a IV. bordánál kezdődött, alófelé a VI-dik bordáig ért, kifelé valamivel haladja túl a bimbóvonalat, befelé a szegycsont bal szélét nem haladja túl. Tehát a szívnek egy ürege sem tágult, csupán a bal szívgyomrocsnak csekély hypertrophiája van jelen. A hallgatózásnál a szívcsúcs hangjait kissé tompábbaknak, az első hangot kissé zörejesnek, a második hangot tisztának találta; az aorta felé haladva, mindkét momentumban, főkép diastolenál, éles zörej hallható. Ugyanez hallható a sternum felett is, annak jobb szélén, s a pulmonalis felett is. A punctum maximum az aorta szájadékánál volt A sternum jobb szélén, a II. bordaközben, a systole volt erősebb. A carotis felett az első hang zörejes, az a. subclavian is. Az a. cruralis felett csak egy hang volt hallható.

A vizelet fehérjementes volt. Megemlítendő még a csekélyfokú májintumescentia, bronchitis és a járásnál jelentkező dyspnoe.

A vizsgálat adataiból kiderült, hogy a szív auscultatiojánál hallott zörejek organikus és nem accidentalis zörejek s a jobb szív nem volt tágult, nem volt beteg. A pulmonalis második hangja nem volt ékelt. Az ütér feszülése jelentékeny volt. E tünetekből itélve, a hibát a balszívben, a nagy vérkörben vagy esetleg a vesében lehetett keresni. De hogy a vizeletben fehérje nem volt, nephritist, nephritis interstitialist ki lehetett zárni. Aorta-billentyű primaer elégtelensége is ki volt zárható, mert hiányzott a bal gyomrocs dilatatioja. Másrészt ismeretes, hogy az aorta-ív kiterjedt érdességénél előbb balszív hypertrophia lép fel, csak később dilatatio.

Azt kell eldönteni, hogy az aortaív nyult-e meg in toto s tágult-e, azaz aneurysma van-e jelen vagy pedig endaortitis asperitasokkal. Az első felvételére tünet nincs. Hiányzik a tompulat a szegycsont felett és a szívcsúcslökés isochron a környi üterek lüktetésével.

Endaortitis mellett szól a bal szív hypertrophiája, az aorta felett hallott zörej. Az aorta szájadékánál ugyan a diastole zöreje élesebb, de systolikus zörej is van. Feltehető, hogy az endarteritikus folyamat az aorta-billentyűkre is átterjedt s ily módon kisfokú insufficientia jött létre. Hogy a betegség nem aortabillentyű-elégtelenség első sorban, mutatja a sphygmographikus felvétel s a peczkelő ütérlökésnek a hiánya.

A betegnek jodkali vételét rendelte és nyugalmat ajánlott.

Grósz Menyhért dr. az előadáshoz azt a megjegyzést fűzi, hogy a betegség szerinte még kezdeti szakában van, de a tünetek után itélve inkább aorta-insufficientia felvételére hajlandó.

2. **Konrád Márk** dr. boncztani készítményt mutatott be: egy terhes méhet, a mely a **placentát in situ** tüntette fel.

A készítmény a helybeli bábaképezdében elhalt nő hullájából vétetett. A nephritisben szenvedő terhes nőnek már az intézeten kívül voltak eklamptikus rohamai, a melyek behozatala után ismétlődtek és két órával később halálhoz vezettek. Betegsége vesezsugorodásra vezető nephritis interstitialis volt. A készítményen igen jól tanulmányozható a placenta helyzete a méhűrben, s előadó magyarázatát adja az odatapadt méhlepény legczélszerűbb leválasztási módjának, azután áttér a placenta praevia keletkezésének magyarázatára is.

3. **Konrád Béla** dr. öngyilkossági kisérletnél történt **gerinczvelősérülés** esetéről tart előadást, egy Röntgen-felvétel bemutatásával.

A beteg 20 éves leány, a ki 8—9 év óta gyakori hányással és heves gyomortáji fájdalmakkal járó gyomorbajban szenved. Állítólag többször hányt feketés, kávéaljszerű anyagot. E baja miatti elkeseredésében f. évi április 5-dikén 9 mm. kaliberű revolverrel mellbe lőtte magát.

A lövési csatornának mintegy fillérnyi bemeneti nyilását a bal VI. bordaközben, a bimbóvonalban találta, körülbelül 3 cm.-nyi felületes égési seb közepén.

A vizsgálat az alsó végtagok teljes hűdését, a lábszárak és lábak teljes érzéstelenségét mutatta. A czombok mellső felszinének a legkisebb érintése nagy fájdalmat (hyperaesthesia) okozott. Az alsó végtagokban fellépő heves spontan, nyilaló fájdalmakról is panaszkodott a beteg. Melltáji fájdalmak, köhögés és légzési nehézség nem mutatkoztak.

A seb lobos reactio nélkül, egyszerű fedőkötés alatt 10—14 nap alatt gyógyult. Csak 2—3 napon át mutatkozott csekély hőemelkedés.

Hányás és felböfögés, a melyek már a sérülés előtt is többször napjában jelentkeztek, most is felléptek. A hányadék zöldes, híg, vízszerű, a sérülés utáni harmadik napon véresen festett volt. A következő napokon sok, részint véresen festett folyadékot, részint alvadt friss vért hányt, mintegy 5 napon át, azután a vérzés megszünt, a hányás mérséklődött, időnkint kellő étrend és bismuth adagolása mellett teljesen elmaradt, de a legkisebb étrendi hiba mellett megújult.

A vizelet kiürítése fennakadt s a hólyagnak mesterséges kiürítése vált szükségessé. Nagy óvatosság daczára, már a 4-dik napon a vizelet alkalikus, büzös, zavaros lett. Hosszas kezelés után ez megszünt. Junius 1-étől kezdve a hasprés erőteljes igénybevételével önként vizel. A vizelési ingert nem érzi, csak a hólyag feszülésénél a hasban diffus, fájdalmas érzése van. A vizelet kiürülését a húgycsövön át sem érzi.

A sérülés után nagy székrekedés állt fenn, a mely fokozódó meteorismushoz vezetett. Az utóbbi hónapokban a székletét másod-, harmadnaponkint rendesen megy végbe, de a székletét szükségét és a bélsár eltávolodását az anuson keresztül nem érzi.

A sérülés után, a 3-dik napon, időelőtti havi vérzés jelentkezett, a mely egyhétig tartott, s azóta teljesen kimaradt.

Május 8-dikán a keresztcsont alsó felének megfelelően, a középvonaltól kissé balra, krajczárnyi felületes decubitus fejlődött, a mely később tallérnyi lett. Mintegy $4^1/_2$ havi fennállás után teljesen gyógyult.

A lövés után közvetlenül tehát előadó tökéletes paraplegiát észlelt, mindkét alsó végtag teljes bénaságát; a térdektől lefelé mindkét alsó végtag teljesen érzéstelen (paraanaesthesia), érzéstelen a far, gát, a szeméremtáj, az anus és környéke. A reflexek (talpi, patellaris) hiányoznak, a hólyag és végbél hűdött. A czombok mellső felszinén hyperaesthesia, az alsó végtagokban, sőt később az anus táján is heves neuralgiformis fájdalmak.

E tünetek alapján felvehető, hogy a lövésokozta sérülés a gerinczvelőben, annak alsó, ú. n. lumbo-sacralis részében van.

A mozgási és érzési bénaság kiterjedésének congruentiája, meglehetős symmetrikus elhelyezkedése, a sértésnek a gerinczvelő teljes keresztmetszetére való kiterjedésére mutatnak. Erre mutat az izgalmi tünetek (görcsök) hiánya és a hűdéseknek fennmaradása.

A leirt érzéketlen terület megfelel a plexus finalis trunci elágazásának, a mely névvel a II. keresztcsonti ideg feléből s a III. és IV. keresztcsonti idegből összeszedődő plexus pudendo-haemorrhoidalist s az V. keresztcsonti és a farkcsonti idegből alakult pl. coccygacust foglalják össze. A czomb hátsó felszinén leirt érzéketlen bőrterületet a n. cut. fem. post. idegzi be; ez a II., kevésbbé a III. sacralis szelvény projectioját képezi. Az oldalsó érzéketlen területek a czomb mellső felszinét ellátó 2-dik és 3-dik ágyékideg projectiojához, a lábon és a lábszár egy részén észlelhető érzéketlenség területe az 5-dik ágyék és az I. és II. sacralis ideg projectiojához tartoznak.

Az érzési zavarok tehát arra mutatnak, hogy a sértés a gerinczvelőnek inclusive 5-dik lumbalis szelvényeig terjed felfelé, talán még a 4-dik lumbalis szelvényt is körébe vonva. A neuralgiás fájdalmak is jórészt e szelvényből kilépő hátsó gyökerek kisebbmérvű bántalmazottságára utalnak.

A mozgási zavarokat tekintve, a láb- és lábszárizmok teljes hűdése arra mutat, hogy a bántalom a gerinczvelő motorikus részében is felterjed a 4-dik lumbalis szelvényre is. A lancináló fájdalmakat a n. cruralis területén gyökérsérülésre vezethetjük vissza.

E localisatio csak hypothetikus, mert ugyane kórkép nemcsak gerinczvelősérülésnél, hanem a cauda equina sértésénél is létrejöhet.

A Röntgen-felvétel a következő felvilágositást adta:

A képen látható golyó a XII. hátcsigolyának felel meg, de mert a fényforrás a has közepén volt, az árnyék felfelé eltolódik s e szerint a golyó körülbelül az I. ágyékcsigolya szintján foglal helyet. A 3-dik lumbalis ideggyökér a XII. hát- és I. ágyékcsigolya közti porczkorongnak megfelelőleg, míg a 4., 5. lumbalis, 1—5. sacralis gyökök az I. lumbalis csigolyának megfelelőleg ered.

4. **Mayer László** dr. **„Helykórosan fellépő golyvaesetekről"** értekezik.

Nagyvárad egyik fiú-tápintézetében f. évi augusztus hó elején 19 gyermek közül 8-nál egy időben észlelte a pajzsmirigynek feltünő megnagyobbodását.

Valamennyinél egész terimjében megnagyobbodott a pajzsmirigy, sima, kemény, de e mellett elastikus volt (struma parenchymatosa). Csak egy esetben voltak benne rögök kitapinthatók (str. fibrosa).

A gyöngén táplált 7—11 éves fiúk egyébként jól érezték magukat, a betegséget csak az árulta el, hogy ingeiket a nyaknál nem tudták begombolni. Egyéb szerveik épek voltak, csak érlökésük volt a rendesnél lassubb. Láztalanok voltak.

A kórelőzményi adatok közt csak a váltóláz szerepel, a melyben csaknem valamennyi szenvedett.

Az egyidejű fellépését e heveny strumának tekintve, arra kell gondolni, hogy infectio forog fenn s az irodalom újabb adatai is a golyva epidemiák és endemiák fellépését még eddig ismeretlen microorganismusra, miasmára vezetik vissza, a melyek bizonyos geologiai földalakulatokhoz volnának kötve, és egyes golyvavidékeken az ivóviz útján kerülnének az emberi szervezetbe.

Az ismertetett esetek érdekessége abban van, hogy oly helyen léptek fel endemikusan, a hol a golyva azelőtt ismeretlen volt. Hasonló eseteket, mint az irodalmi adatokból kitünik, többször észleltek már kaszárnyákban, tápintézetekben és iskolákban. E struma-epidemiák többnyire oly helyeken léptek fel, a melyeken azelőtt a struma ismeretlen volt, és mindig bizonyos helyiségekhez voltak kötve.

Ez eseteket ismerve, arra a következtetésre kell jutni, hogy bizonyos mikroorganismusok nemcsak a kútvíz útján okozhatnak golyvaepidemiát, hanem az is lehetséges, hogy egyes helyiségek a golyvát okozó mikroorganismusokkal már fertőzve vannak s ezekben átterjed a fertőzés az egyénekre is.

Negyvennegyedik évfolyam. 30. szám. *Budapest, 1900. julius 29.*

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.

Herczel Manó: Közlemény Herczel dr. egyetemi m. tanár szt. István-kórházi sebészi osztályáról. A tüdőüszök műtéti kezeléséről. 460. l.

Pándy Kálmán: Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.) Neuritis multiplex és az ataxia. 461. l.

Kollarits Jenő: Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.) Idült izületi csúz és a spondylose rizomélique. 463. l.

Fialowski Béla: Törvényszéki orvosi casuistica. 465. l.

Tárcza. A gyógyhelyekről, ásványvizekről, üdülőhelyekről. 466. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Guhr Mihály*: A légfürdő. 467. l. — *Könyvismertetés. H. Hallopeau et Leredde*: Traité pratique de dermatologie. 468. l. *Lapszemle. Belgyógyászat. Simmonds*: A gyomor gümőkórjáról. (Lengyel Loránd.) — *Sebészet. Bass*: A gelatinának mint haemostaticumnak alkalmazása. (Pólya Jenő.) — *Bőr- és bujakórtan. Bailey*: Extragenitalis syphilisinfectiok. (Schik Károly.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Tanago*: Cystitis tuberculosa gyógyítása. — *Jaboulay*: Rák gyógyítása. — *Kohnstamm*: Tüdővészesek éjjeli izzadása. — A jodoform szagának eltüntetése. *Richet* és *Toulouse*: A bromsók adagolásaa. — *Christian*: Epididymitis gyógyítása. — *Bock*: A chloroformos víz gyomorbajoknál. 468—469. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — A „Biharmegyei orvos-gyógyszerész és természettudományi egylet". — Fürdőink személyforgalma. — Váli Ernő. — Megjelent. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. 469. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet. Szemészet. 4. sz.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Herczel dr. egyetemi m. tanár szt. István-kórházi sebészi osztályáról.

A tüdőüszök műtéti kezeléséről.[1]

Közli: *Herczel Manó* dr.

Ámbár kétségtelen hogy már ősrégi időkben törekedtek orvosok a tüdő egyes megbetegedéseinek sebészi úton való gyógyítására, az első sikerről szóló adatok csak 200 évre vezetnek vissza.

Baglivi volt ugyanis az első, a ki egy a tüdőig hatoló mellsebnél bordák közötti metszéssel a tüdőben képződött tályogot felkereste s az üreget charpie-val kitömte; két hónap mulva gyógyulást ért el. Pár évvel később, 1726-ban, *Barry* ajánlotta a cavernák megnyitását. 1800-ban *Richter* — tankönyvében — már a tüdőtályogok energikus bemetszése mellett tör lándzsát, s mint *Bell, Zang, Breschet, Claffeus, Hastings* és *Storks*-nak a lefolyt század közepéig terjedő közleményei mutatják, követőkre is talált.

Ujabb, s sikeres lendületet a tüdősebészet azonban az utolsó két évtized alatt nyert, különösen az antiseptikus s aseptikus aera beálltával, nevezetesen midőn *Gluck, Biondi* és *Schmidt* kisérletei 1882 körül kimutatták, hogy a tüdőn nemcsak bemetszéseket lehet sikeresen végezni, hanem nagyobb részeit resectioval s exstirpatioval (Pneumectomia) el is lehet távolítani. Nagy volt ekkor az optimismus, mely tetőpontját érte el 1891-ben, a midőn is, mint sokan közülünk emlékezni fognak, a tuberculin aera mámorában gümős cavernákat láttunk nyakra-főre Berlinben megnyitni.

Ha ezen kisérletek túl is lépték a megengedett határt, s a tüdősebészet létjogosultságába helyezett hitet majdnem megingatták, mégis áldásosak voltak más irányban. Meghúzták a határvonalat, melyen belül be szabad avatkoznunk, s megjelölték az útirányt melyben haladnunk kell, úgy hogy a túlbuzgó optimismust egészséges realismus váltotta fel.

Valóban az 1897-ben Moszkvában tartott nemzetközi congressus alkalmával *Tuffier* nagynevű párisi sebész összefoglaló referatumában már tisztázta az irodalomból összekeresett 306 eset alapján a tüdősebészet eddig elért eredményeit s mai állását.

E referatumból örömmel constatálhatjuk, hogy míg a műtétek száma az utolsó években hatalmasan gyarapszik, a halálozási arány lényegesen csökken.

Az összmortalitás csupán 29%, de a halandóság a megbetegedés egyes formáinál különböző. Míg az aseptikus műtéteknél csak 24%, echinococcusoknál pedig csak 10%, addig 216 septikus műtétnél 35% a halálozás. A septikus műtétek közé sorolja *Tuffier* az idegen test körül 11 ízben fellépett genyedéseket s 36 caverna, 49 tályog, 45 bronchiectasia, 77 gangraena s 1 aktinomycosis műtétét.

A mi ezen számadatoknál mindenekelőtt feltünik, az azon körülmény, hogy tisztán *tüdőgangraena* miatt az összesetek egy negyed részében, *tüdőtályog* miatt egy hatod részében operáltak, hogy tehát a tüdőüszök azon megbetegedés, a mely leggyakrabban igényli a műtéti beavatkozást, aránylag ritkán a *bronchiectasia* s még ritkábban a *caverna*. Ez természetes is, mert a *gümős cavernák* műtéti indicatiora csak a legritkább esetekben adnak okot, akkor, midőn a constatált, *isolált*, üregben pangó váladék súlyos jelenségeket okoz.

Bronchiectasiák csak akkor operálandók, ha nem cylindrikusak, hanem zsákszerűek, ha egyesek s körülirt helyen adják a charakteristikus symptomákat; mert a mint a megbetegedés többszörös s a hörgtágulat általános, a műtét sikertelen marad. Éppen ez a gyakori sikertelenség oka annak, hogy kevés sebész szeret ezen megbetegedésnél active beavatkozni.

Ellenben a *tüdőgangraena* s a *tüdőtályog* ma már általánosan elismert vitalis indicatiot képeznek a műtéti beavatkozásra.

[1] Betegbemutatással előadatott a budapesti kir. orvosegyesület 1900. márczius hó 10-diki ülésén.

Tályog esetében még elképzelhető hogy kedvező körülmények között, a beteg erős constitutioja mellett, spontan gyógyulás következhetik be; de *gangraena* eseteiben ez mindig csak a ritkaságok közé fog tartozni. Mert mit lehet várni 5%-os carbolsav, terpentin vagy alkoholos-carbolsav inhalatioktól, avagy creosot belső adagolásától akkor, midőn a tüdő üszkösödése, büzös, bacteriumdús váladék felszívódása folytán, a beteg hektikus lázakban szenved, csontvázzá leaszott, végleg kimerül, s midőn félő, hogy az eredeti megbetegedési gócz complicatioiként a septikus geny leszívása által aspiratios pneumonia, a hosszantartó genyedés folytán a vesék és máj keményes elfajulása (Tuffier), eves pleuritis, mediastinitis, pyaemia vagy agytályogok léphetnek fel minden perczben?

Tényleg azt hiszem, hogy *Villiere*[1] nagyon optimistikusan itéli meg a belső kezelés eredményeit midőn a mortalitást csak 75—80%-kal állapítja meg, mert még abban az esetben is, ha elképzeljük, hogy a tüdőtályog teljesen kiürül a bronchusokon át, vagy hogy az üszkös tüdőrészletek teljesen szétmálva expectoráltatnak, az esetek túlnyomó részében merev falzatú secernáló üreg marad vissza, mely spontan véglegesen alig gyógyulhat.

A pleura összenövései által ugyanis az üreg szélei a rigid mellkashoz vannak rögzítve s így tátongva maradnak.

Ehhez járul még, mint *Wiener* kiemelte, az elastikus vongálás, a mely inspirationál centrifugalis irányban működve, az üreg heges összehúzódása ellenében érvényesül.

Különösen kedvezőtlenek ezek a viszonyok a thorax rigiditása miatt a mellkas felső kúpjában, míg az alsó lebenyekben a tüdő üregei a bordaív és rekeszizom nagyobb engedékenysége folytán könnyebben összelapulhatnak, noha itt meg a lefolyási viszonyok a bronchusok mélyebb fekvése miatt lényegesen megnehezítvék, mint azt már *Quincke* is kiemelte.

Ezért azt hiszem, hogy semmi esetre sem jogosult a várakozó álláspont a *tüdőtályognál* sem, de még kevésbbé a *tüdőgangraenánál*; én azt tartom, hogy a mint a gangraena- vagy circumscript-tályog diagnostizálva van, okvetlen mütétileg kell be avatkozni. Hogy hol, és sürgősen-e, azt esetről esetre kell eldönteni.

Hangsúlyoznom kell azonban, hogy tüdőüszök eseteiben az eves gócz megnyitása s kiürítése csak akkor ajánlatos, ha a gangraena *circumscript*, mert a diffus gangraena absolut rossz prognosist nyújt; meningitis avagy metastatikus tályogok jelenléte is többnyire contraindicálja az operativ beavatkozást.

Ellenben a *circumscript gangraená*-nak megnyitása a legáldásosabb mütétek egyike, mert a büzös, eves, üszkös váladékot leggyorsabb úton eltávolítja a beteg testből, egy csapásra megszünteti a hektikus, felszívódási lázakat, meg a büzös köpettel járó kellemetlen ízt s undort, s elejét veszi a beteg kimerülésének.

Hogy a *pneumotomia* tüdőüszöknél tényleg fényes eredményeket ér el, mutatják *Schwalbe, Villiere, Tuffier, Pomeranzew* s *Fabricant* közleményei, melyek jóformán egybehangzólag a teljes gyógyulási arányt 60—61%-kal állapítják meg. Természetesen itt is az alapbántalom jellege dönt a mütét sikere fölött, a mennyiben legjobb prognosist a pneumonia után fellépő gangraenák adnak; Villiere szerint 31 eset közül 22 gyógyult, 2 javult s csak 7 halt el. Az influenzás pneumoniák után fellépő üszkösödések már rosszabb kilátást nyujtanak, az oesophagus perforatioja folytán fellépett tüdőgangraena pedig a legrosszabb prognosist nyújtja.

A kérdés most már csak az, hogy *lehet-e* a tüdőszövet circumscript necrosisát, azaz a tüdőüszköt biztosan *kórismézni*?

Typikus klinikai esetekben igenis lehet, és pedig minden nagyobb nehézség nélkül; bajosabb a kórisme szövődményekkel járó casusokban, a hol egyes fontos jellegzetes tünetek hiányozhatnak. Így látunk pl. typhus, puerperalis láz és más septikus folyamatok folyamán tüdőüszköt fellépni köpet nélkül.

Általában azonban azt lehet mondani, hogy bizonyos, jellegzetesnek ismert tünetek fenforgása mellett a kórisme felállítása nem képez nagy feladatot.

Eme tünetek sorába tartozik legelőbb is a *köpet*, mely dögbüzű, savanykás szagú, zöldes-barna színű, rendkivüli bőséges (fél litert is elér naponta), a köpőcsészében 3-rétüen ülepedik, alul zöldes-szürke összeálló geny és detritus, fölötte széles híg, vizes-folyékony vagy tejfelszerű, míg a legfelsőbb réteg habos, nyákos-genyes, zöldes-barna.

Ugyanez a köpet előfordulhat putrid bronchiectatikus cavernáknál, sértetlen bronchusoknál is, a differentialis diagnosist azonban megadja a górcső, a mennyiben tüdőüszöknél ruganyos rostok mutathatók ki (a melyeknek összetétele gyakran a tüdő gyurmájára emlékeztet) vagy elhalt tüdőszövet, taplószerűleg szétmálló, szövetczafatban bőséges fekete pigment, zsíros detritus, zsírjegeczek, zsírcseppek lelhetők fel.

Ezzel szemben *tüdőtályognál* a sputum tisztán genyes, tejfelszerű, *szagtalan*, tüdőszövet, rugalmas rostok azonban ép úgy találhatók, mint a gangraenánál, ezenkivül haematoidin kristályok nagyobb mennyiségben, melyek a gangraenánál ritkábbak.

Ehhez járul mint legfontosabb tünetcsoport a physikalis vizsgálat eredménye, mely a tüdőben helytfoglaló üregre és tömülésre utal.

Nagyobb góczok, még ha szélesebb, egészséges tüdőréteg fedi is őket, tompult kopogtatási hangot adnak, s felettük rendesen csengő, nagyhólyagú szörtyzörejek mellett amphorikus légzés is hallható; ha a tüdőüregből hirtelen nagyobb mennyiségű szövetczafattal kevert geny ürül, a kopogtatási hang circumscript helyen tympanikus lesz, azonban pár óra mulva, ha az ür újra genynyel telődik meg, ismét tompultnak mutatkozik.

A láz gangraenánál soha sem hiányzik, erősen remittáló, rázóhidegek által megszakított, erős izzadással s hasmenéssel jár.

Tüdőüszök hasonló esetét, mely a felsorolt jellegzetes tünetekkel járt, volt nemrég alkalmam Hochhalt tanárral egyetemben megfigyelni. Az esetnek, melyet a tisztelt orvosegyesületnek ezennel bemutatok, kórrajza a következő:

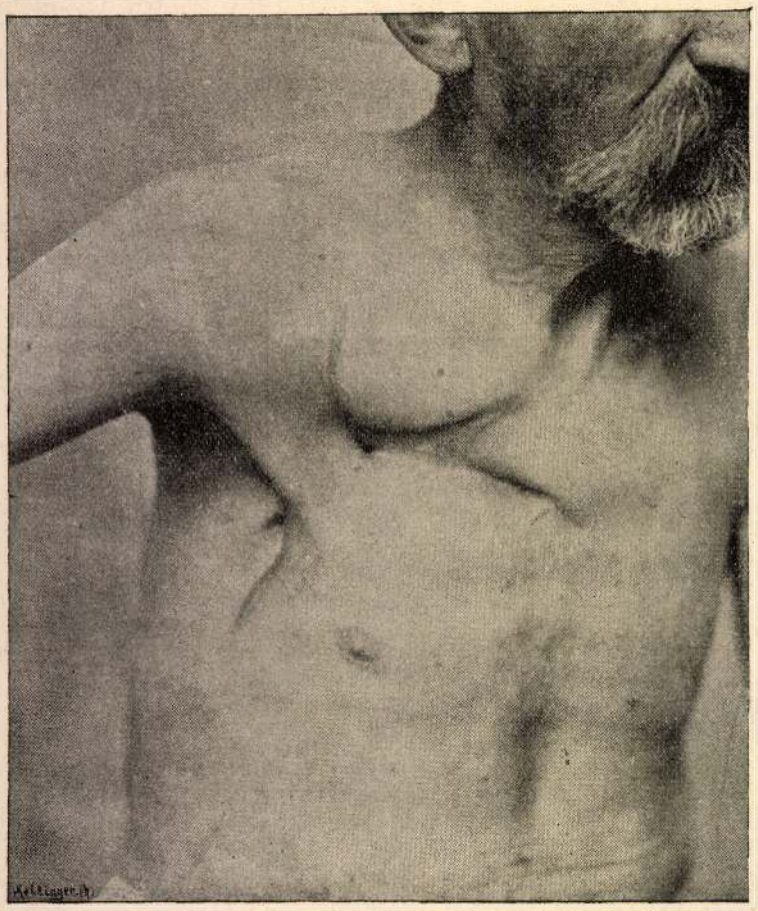
W. A. 55 éves, dévaványai házaló. Szülei aggkorukban, egy fitestvére hirtelenül haemoptoe következtében halt el. Egy nőtestvérét csipőizületi lob miatt megoperálták és 4 évvel később meghalt. Öt testvére él és egészséges. Gyermekkori betegségekre nem emlékszik. 20 év előtt luese volt, 15 év előtt typhusban, majd tüdőgyuladásban szenvedett. Jelen betegsége 1899. szeptember hó elején kezdődött. Erősebb meghülés után köhögni kezdett, mellkasa jobb felében szúró fájdalmai voltak, két napig feküdt. Láza akkor állítólag nem volt, de a köhögés nem szünt, étvágyát elveszítette. Három hét mulva észrevette, hogy köpete barna, de bűzt nem érzett, mert szaglási érzéke különben sincs. Beteg mindinkább gyengült, egyre lázas volt, sokat izzadt, de azért fenn járt és utazgatott. Állapota mindinkább rosszabbodván, 1899. október 19-dikén *Hochhalt* tanár osztályára vétette fel magát, midőn a következőket találtuk:

Sovány, gyengén fejlett, végleg elgyengült férfibeteg. Mellkas keskeny, kulcscsont fölötti és alatti árok jobboldalt besüppedt, légzésnél visszamarad. A kopogtatási hang jobboldalt a kulcscsont fölötti árokban tompult, a kulcscsont alatti árokban lefelé a 3. borda széléig, közép felé a szegycsont jobb széléig teljesen tompa. Ugyancsak absolut tompa kopogtatási hangot nyerünk a jobb hónaljkúp felső részén, gyermektenyérnyi helyen. Ezen tompulatot adó részek felett a légzés legnagyobbrészt hörgi, alól sok csengő zörejjel; a hónaljkúpban pedig erősebb köhögés után amphorikus légzés és nagyobb hólyagú csengő zörejek hallhatók. Hátul a jobb tövis feletti árokban a kopogtatási hang tompult, a légzés hangosabb és érdes. A tüdő többi részein, valamint baloldalt rendellenesség nem mutatható ki. Szívhangok tiszták, de gyengék. A beteg nagy mennyiségű (naponta 500—600 cm³) büzös, eves köpetet ürít, mely eleinte csokoládébarna, később zöldesbarna. E köpetben Hochhalt tanár osztályán végzett többszöri vizsgálatnál sem tudtunk tuberculosis bacillusokat kimutatni, hanem csak sok zsírjegeczet, myelincseppeket, rugalmas rostokat, igen sok, egész lánczokat képező bakteriumot és számos coccust. Szövetczafatokat és pigmentet nem találtunk. Mindezeket tekintetbe véve, Hochhalt tanárral egyetemben a *kórismét gangraena pulmonis* (*apicis dextri*)-re *tettük* és mivel a beteg állapota folyton rosszabbodott, a septikus lázak a beteget a végkimerülés felé vezették, mütéti beavatkozásra szántuk el magunkat, *melyet 1899. október 27-dikén chloroform-narkosisban végre is hajtottam.*

Mivel a legerősebb tompulat a hónaljárokban a nagy mellizom széle mögött mutatkozott, legvalószinübbnek tetszett, hogy a genyűr itt legközelebb ér a felszinhez, hogy tehát e helyen aránylag csekélyebb vastagságú tüdőrétegen kell majd áthatolni, és hogy itt van a pleura costalis a pleura pulmonalissal minden valószinűség szerint legbiztosabban összenőve. E miatt egy nagy félköralakú izombőrlebenyt képeztem oly módon, hogy a metszést a jobb sternoclavicularis izület tájékáról lefelé domború ívben a jobb processus coracoideusig vezetve, visszapraeparáltam a gyengén fejlett pectorialis majort és minort annyira, hogy az előbbiből csak egy 2 ujjnyi vastag köteg nem lett keresztülvágva, miután így a felső 3 bordát szabaddá tettem, következett a második és harmadik borda a mellső hónalj és parasternalis vonal közötti részletének 10—12 cm. hosszban való resecálása. Előttem feküdt a megvastagodott,

[1] De l'intervention chirurgicale dans la gangréne pulmonaire. Paris 1898.

sárgásbarnán elszínesedett, kérges tapintatú, resistens pleura, mely alatt a tüdő légzési mozgásokat nem mutat, tehát minden valószinűség szerint vele össze van nőve. Próbapunctioval a hónaljkúp felől 3 cm.-nyi mélységből barnás evet kapunk. Ezek után Pacquelinnel körülbelül 2 cm.-nyi tüdőrétegen áthatolva, a 2. és 3. bordának megfelelőleg 4—5 cm. hosszú verticalis bemetszést eszközlünk, mire a nyiláson át sisteregve nagy mennyiségű barnás, rendkivül putrid ev ürül. A nyiláson át 2 ujjal behatolva, czafatos falú, ökölnyi üregbe jutok, mely felfelé a tüdő kúpjáig ér és lefelé ujjnyi vastag recessussal a 4. borda alá húzódik. Az ujjak visszahúzása után erős köhögési rohammal, diónyi, barnásfekete, elhalt tüdő-sequester ürül. A csekély vérzés jodoformgaze-tamponádra szűnik. Öblítést nem alkalmazunk.



Lefolyás: Közvetlenül a műtét után a köpet erősen véres, de teljesen szagtalan, a beteg nehezen expectorál, pulsusa 80—100, a respiratio 24—30 között váltakozik. A láztalan állapot csak 2 napig tartott, a 3. naptól kezdve három héten át erősebb hőemelkedések léptek fel, közben 2—3 napi afebrilis állapottal felváltva. Nézetünk az volt, hogy a hőmérsékemelkedések részben váladékretentiora vezethetők vissza, mert a tüdőben fekvő tamponok eltávolitása után mindig világosan látni lehetett, hogy három nagyobb bronchusból, melyek közül kettő az üreg alsó falába nyilt, geny bőven ömlik elő, azonkivül az űr alsó recessusában a 4. borda alatt a geny folyton stagnált. Szorgos s gyakori kötésváltoztatásokra tényleg november hó közepe körül a beteg teljesen láztalan lett, de az üreg csak igen lassan kisebbedett. Összeesését látszólag gátolta a 4. borda mögé húzódó recessus. Hogy a gyógyulást lehetővé tegyük, 1899. november hó 27-dikén, a mint a beteg kissé összeszedte magát, Schleich-féle anaesthesiában a 4. bordát is resecáltam 10 cm.-nyi hosszban, és ennek utána Paquelinnel a tüdőben levő verticalis metszést 3—4 cm.-rel lefelé hosszabbitva, teljesen feltártam a tüdő üregeinek alsó részletét is, biztositva ez által a geny akadálytalan lefolyását.

Ezen második beavatkozásra a beteg gyorsan összeszedte magát, az expectoratio a minimumra redukálódott, az üreg kisebbedett, granulálni kezdett, úgy hogy karácsony táján a két kisebb bronchus nyilása teljesen bezáródott, az üreg szilvanagyságig összeesett, azóta megint lényegesen kisebbedett, úgy hogy jelenleg csak kisujjnyi hosszú és vastagságú űrjárat maradt hátra, mely a bőr felszinével az első és második műtéti beavatkozás helyének megfelelőleg sipolyosan communicál, mely communicatio helyéről naponta kötésváltoztatásnál pár csepp nyákos geny ürül. A nagyobb bronchus, mint azt a beteg köhögtetésénél constatálni lehet, még mindig szabadon nyilik az üregbe. A beteg jól összeszedte magát, súlya 6 kg.-mal gyarapodott, könnyen végezheti munkáját, a mennyiben jobb karját jól használhatja, akadálytalanul emelheti feje búbjára. A nagy üreg összeesése és a bordák hiánya folytán hatalmas besüppedést látunk a jobb mellkas felső részén; ezen besüppedés legmélyebb részén látjuk az ívalakú, széles hegvonalat, melyhez a pectoralis izomzatának kettéválasztott lapjai oda vannak nőve. A megbetegedés helyén jelenleg vesicularis, kissé érdes légzést hallunk.

A leirt esetben a megbetegedés classikus tünetei alapján világos volt előttünk, hogy a jobb felső tüdőlebeny előrehaladt üszkös szétroncsolásával (gangraena pulmonum) van dolgunk, s hogy a beteg a naponta óriási quantitásokban expectorált geny, a rázóhideggel párosult magas hektikus lázak, s végső elesettség mellett csakis gyors sebészi beavatkozás útján menthető meg.

A prognosis kedvező volt, mert a jobb tüdő csúcsában elhelyezedő, igaz hogy nagy kiterjedésű, de minden látszat szerint *egyedül álló üszkös ürrel* állottunk szemben, a mennyiben különben kopogtatásra és hallgatódzásra úgy a jobb, mint a bal egész tüdőfél, valamint a többi belső szervek is épeknek bizonyultak.

Kérdéses lehetett csupán, hogy mily beavatkozást végezzünk a betegen?

Mivel *aspirativ punctio* s utólagos *desinficiens*-nek (pl. jodoform-glycerin, thymol) *befecskendése*, mint később még jelezni fogom, legkevésbbé sem veszélytelen, s ez esetben ezektől amúgy is alig várhattunk sikert, csak a *bordaresectio* és a *radikális beavatkozás* között lehetett választani.

Quincke volt az, ki a tapasztalati tények alapján ajánlotta tályogoknál a *bordák resectioját*, a mi által a tüdők üregei könnyebben összeeshetnek s hegesedhetnek.

A lehetőség erre tényleg megvan, és a dolog kétségtelenül itt-ott elő is fordul kisebb góczoknál, de nagyobb üszkös üregeknél alig hiszem hogy az eljárás az alapbántalmat lényegében befolyásolná. Egyébként pedig, ha csak bordacsonkolást végzünk, bátran megtoldhatjuk azt a tüdő bemetszésével is. Magam is tapasztaltam ennek a szükségességét *Korányi Sándor* tanárral egyetemben, kinek egy tüdőgangraenás betegénél, tekintettel végső elesettségére, néhány borda bő resectiojára szorítkoztam. Rövid időre reá a beteg meghalt, s a *Genersich* tanár által végzett autopsia kimutatta, hogy tényleg hatalmas üszkös gócz feküdt közel a pleura felszinéhez, melynek radikális feltárása sem okozott volna lényeges technikai nehézségeket.

A mi egyébként a bemutatott esetben különösen jó eredménynyel kecsegtetett, az az üszökgócznak a jobb felső tüdőlebenyben való fekvése volt. A tüdő fenn természetszerűleg nem túlságosan vastag, a physikalis tünetek arra vallottak, hogy az üszkös gócz majdnem teljesen tönkretette itt a tüdő gyurmáját; a hónaljban teljes tompa kopogtatási hang mutatkozott, tehát valószinű volt, hogy a destructiv folyamat e helyen egész a felszínig ért, hogy a pleura pulmonalis és costalis ugyanitt minden valószinüség szerint össze vannak tapadva, s hogy késsel vagy paquelin-nel csak aránylag csekély vastagságú tüdőrétegen át kell majd behatolni.

Ehhez járult még azon körülmény, hogy az anamnesis szerint az üszők a jelen esetben valószinüleg *fibrinosus pneumoniához* társult, s hogy mindenek szerint előbb a májasodási szakban levő tüdőrészlet necrotizált, s a sequester körül képződött a reactiv genyedés.

Tudvalevőleg ezen esetek prognosisa a legkedvezőbb, míg azon gangraenák, melyek influenza után keletkeznek, sokkal rosszabb jellegűek, a mennyiben rendesen többszörösek, mint arra Fraenkel a berlini belgyógyászati egyesületben a lefolyt év egyik ülésén utalt is.

Hasonlókép rossz prognosist adnak, mint már a bevezetésben is jeleztem, az idegen test körül keletkezett gangraenák, épúgy mint az emboliás necrosis alapján fellépett üszkösödések.

Végre műtétre kedvezőnek lehetett esetünket már azért is tekinteni, mert a baj heveny módon keletkezett, s mégis valószinű volt, hogy a folyamat eléggé el van tokolva, s hogy a természet a *reparatio* s *eliminatio* munkáját már megkezdte, mint azt *Tuffier* a körülirt gangraenák műtétjének véghezviteléhez megkivánja.

A *lefolyás* eleinte nem volt olyan kitünő, mint azt a simán lefolyó műtét után eleve reméltük; az expectoratio ugyan mérsékelt s szagtalan lett, de a lázak mint jeleztem fennállottak. Ennek okát részben a beágazó hörgök putrid bronchitisében, részben az üreg mélyében képződő váladék visszatartásában kellett keresnem; e miatt körülbelül 1 hónappal az első műtét után, midőn a beteg közérzete kissé javult, utólag a 4-dik bordát is csonkoltam, a tüdőüreget lefelé bőven feltártam s ez által tényleg, mint látni méltóztattak, zavartalan s aránylag gyors gyógyulást biztosítottam.

Szabadjon még néhány megjegyzést koczkáztatnom a *pneumotomia technikáját* illetőleg.

Hangsúlyozni akarom mindenekelőtt azt, hogy tüdőtályog vagy tüdőgangraena gyanuja esetén a diagnosis biztosítása czéljából *próbapunctiot* nem tartok megengedhetőnek.

Nem pedig 3 okból: 1. Mert punctio alkalmával, ha a pleuralapok összenöve nincsenek, a mellkasür könnyen inficiálva lesz, eves geny juthat a pleuraürbe, a mi putrid pleuritisre vezethet, mint erre *Karewski* is rámutatott.

2. Mert a piszkos tű visszahúzása alkalmával az ép tüdőszöveten keresztül hatoló szúrcsatornát septikusan inficiálhatja.

3. Mert nagyobb szakadékony véredények megszúrása által halálos kimenetelü vérzést is okozhatunk.

Ezzel ellentétben a műtét alkalmával a diagnosticai punctiokat nemcsak megengedhetőnek, de szükségesnek tartom, feltéve, hogy a próbaszúrásokat rögtön a pneumotomia követi, mely alkalommal a beszúrt genyre bukkanó tű szolgál legjobban s legbiztosabban útmutató gyanánt.

A műtétet *thoracotomiá*-val kell bevezetni. A bordák *csonkolásával* véleményem szerint nem szabad takarékoskodni; mennél több bordát és mennél hosszabb bordarészleteket távolítunk el, annál bővebb betekintést nyerünk, annál könnyebben tágíthatjuk tetszés szerinti irányban a tüdőben ejtett bemetszéseket, annál gyorsabban fog a tüdő ürege összeesni s gyógyulni. Egy vagy két borda eltávolítását közönséges ismert módon végezzük. 3—4 borda tervbe vett resectiojánál czélszerűen alkalmazunk lebenymetszéseket, melyek esetleg nagyon kiterjedt resectioknál a bordákat is magukba foglalhatják.

A bordák eltávolítása után felmerül a kérdés, *vajjon a pleura lapjai össze vannak e nőve vagy sem?*

Ez annál inkább fontos, mert fennálló pleuraösszenövésnél a műtét aránytalanul könnyebb s veszélytelenebb.

Már a műtét előtt a borda közötti ürök inspiratorikus beesése, és esetleg az alsó tüdőszél hiányos lejebb szállása mély belégzésnél az összenövések mellett szól. A bordacsonkolás után az összenövések hiányát az áttetsző pleura costalison át gyakran könnyen lehet megállapítani, mert látjuk a mint a tüdő felszine belégzésnél fel- és lefelé járó excursiokat végez, ellenkező esetben a pleura costalis szürkés-sárga, hájas, kinézése, megvastagodottsága, töménysége és kérges tapintata az összenövések mellett bizonyít.

Esetleg egy vékony tü beszúrása nyujthat felvilágosítást, a mennyiben összenövéseknél a tü légzés alkalmával nyugodt marad, míg az összenövések híján élénken követi a tüdők mozgásait. Ez azonban nem veszélytelen eljárás, ép oly kevéssé mint *Shapiciko* 1897-ben ajánlotta manometerrel ellátott ürös tüjének alkalmazása, melynél a manometer állítólag akkor esik, ha a tü beszúrásnál szabad pleuraürre bukkan. Ezen műszer már azért sem lehet megbizható, mert hisz szabad mellhártyaür csak az esetben létezhetik, ha a tü a tüdőt maga előtt letolja.

Csak mellesleg akarom megjegyezni, hogy a *diagnosis lehető biztosítása* czéljából *Tuffier* a *thoracotomie extrapleurale*-t ajánlja, a mi abban áll, hogy bordaresectio után a pleura parietalis a mellkas belső lapjáról, de a pleuraüreg megnyitása nélkül szélesen le lesz hámozva s ezután a tüdő szorgosan végig tapintva. Ezen eljárás azonban gyakran ép oly kevéssé vezet czélhoz, mint a pleuraür megnyitása után a tüdőnek direct végig tapintása, mert *Monod* pl. közöl egy esetet, a melynek közvetlen végig tapintásánál sem érzett góczot, s az utólagos próbapunctio mégis adott genyet.

Bármiként álljon a dolog, ha a tüdőüszök kórisméje körülbelül bizonyos, s a műtét eredménynyel kecsegtet, nem szabad a további beavatkozástól visszariadni még akkor sem, ha pleuralis összenövések nem constatálhatók.

Mesterséges összenövések létesítése a pleuraür között, ignipunctura-, electrolysis-, cauterisatio-, vagy chlorzink-pastá-val (Quincke, König) jelenleg már alig vannak alkalmazásban.

Ujabban határozottan valamennyi modern sebész a pleura lapok 1892-ben *Roux* által ajánlott directe összevarrása mellett foglal állást azon esetre, ha műtét alkalmával a mellhártyaüreg még szabad. Ügyes és gyors beavatkozásnál sikerülni fog — különösen akkor, hogy ha a beteg köhög, s a köhögésnél a tüdőt kiszorítja — a tüdőt elővigyázattal megfogni s a sebbe bevonni, ez által egy nagyobb pneumothoraxnak elejét venni, s a tüdő collapsusát meggátolni. A kivarrásnak megvan továbbá azon óriási előnye, hogy a műtétet sürgős esetekben egy tempoban gyorsan lehet befejezni.

A mi magát a tüdőszövetbe való bemetszést, a *pneumotomiát*, illeti, úgy indurált, infiltrált, vérszegény szövetekben kétségtelenül késsel is lehet nyugodtan dolgozni. De mivel a metszésnél esetleg puhább, épebb tüdőszövetbe is juthatunk, s másrészt evesgenyes folyamatokkal van dolgunk, czélszerűbb thermocautherrel dolgozni, hogy a metszés helyét infectiotól megóvjuk.

Igy jártam el a jelen esetben is.

Daczára a *narcosis* veszélyeinek, különösen ily elgyengült betegeknél, még sem ajánlatos a műtétet localis anaesthesiával végezni, mert a kivánt praecis munkához a beteg absolut nyugalma szükséges.

Hogy a hörgutaknak erős izgatottsági állapota miatt aetherrel nem, hanem csupán chloroformmal szabad altatni, az természetes.

Legyen szabad még felemlítenem, hogy a bevezetésül felemlített *Tuffier*-féle gyüjtőmunkában 1897-ig 77 tüdőüszök-eset van felsorolva. Ez idő óta az irodalomban 14 eset lett közölve (*Tubenthal, Clarke et Morton, Wiemer, Lejars, Starr, Körte, Pomeranzew, Israel*) *8 esetben gyógyulással*, úgy hogy esetünket, mint 15-diket beszámítva jelenleg *91 esettel rendelkezünk körülbelül 60—61% gyógyulással*, a mi minden esetre elég fényes eredmény, s elég biztató ahhoz, hogy ez irányban tovább működjünk.

Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.)

Neuritis multiplex és az ataxia.

Irta: *Pándy Kálmán* dr.

1894-ben a II-dik belgyógyászati klinikán egy beteget észleltem, kinél majdnem 4 héten át kórtörténetünk czimén a diagnosis kérdőjel alakjában szerepelt, s még a makroskopikus bonczolás sem igazolta azon állításomat, hogy *ataxiával, Romberg-, Argyl-Robertson-, Westphal-tünettel, övérzéssel s vizelési nehézségekkel társult neuritis multiplex* volt előttünk. Csak a kórszövettani vizsgálat mutatta ki, hogy tényleg a peripheriás idegek s gerinczvelői gyökerek súlyosan degeneráltak, a gerinczvelőnek aránytalanul csekély diffus degeneratioja mellett.

Ezen esethez fűződnek az ataxiáról szóló fejtegetéseim, melyekkel ezen meglehetősen elhanyagolt kérdést érthetőbbé tenni megkisértem. Mielőtt esetem tárgyalásához kezdenék, hálás köszönetemet nyilvánítom volt főnökömnek *Kétly* tanár úrnak, ki a klinikáján feldolgozott anyagot távozásom után is átengedte. Az ataxiáról szóló tanulmányom nagyrészt külföldi utam alatt készült; más irányú elfoglaltságom ez ideig nem engedte meg, hogy azt közöljem.

H. N. 29 éves czukrászt 1894 május 18-dikán vettük fel a klinikára. 18 éves korában torokfájással társult scarlatinája (?) volt, ezelőtt 8 évvel kankóban s heregyuladásban szenvedett, 4 évvel később 3 hétig typhusban feküdt, 2 év előtt pár nap alatt nyom nélkül gyógyult sebje volt a himtagján. Egy éve körülbelül egy napig rendkivül erősen fájt a feje. 3 hónappal felvétele előtt tánczmulatságban meghűlt s köhögéssel, forróséggal ágyba dőlt. Betegsége alatt véreset nem köpött, oldalszúrása, nehéz légzése, szívdobogása nem volt. Alig kezdett ezen bajából felépülni, midőn lábaiban, különösen az öregujjakban hangyamászás érzése jelentkezett, mely utóbb tovább terjedt felfelé, *egyidejűleg* lábai el is gyengültek, éjjeli fejfájásai voltak, nem tudott aludni. Ez idő óta székrekedése van, beszédje megromlott, pár nap óta nehezebben vizel, egész testében gyenge, gerincze fáj. Látható nyákhártyák halványak, szájíze nincs, nyelv kissé bevont, étvágy kevés.

Tapintás az alsó végtagokon, főleg baloldalt a lábszáron és lábakon erősebben csökkent, fájdalomérzés is főleg a bal alsó végtagon rendesnél gyengébb, lábszárakon a hőérzés zavart, izomérzés jó. A mi a beteg subjectiv érzéseit illeti, végtagjait nehezeknek érzi, szúró fájdalmakról panaszkodik a bal felső és alsó végtagban, ugyanitt s a jobb felső végtagban is hangyamászást érez. Idegtörzsek nyomásra fájdalmasak.

Alsó végtagjait háton fekve csak mintegy 45°-ra birja felemelni, ennyire is csak úgy, hogy ha azokat térdben behajlítja. A balkéz nyomó ereje csökkent, a facialis felső ága paretikus (homlok csak igen gyengén redőzhető), középső s alsó ág mozgása jó. Nyelv kissé remeg, vizelésnél némi erőltetés, 3 napban egyszer szék. Álló s fekvő helyzet-

ben kifejezett *ataxia*, sarokkal nem talál a lábujjhegyre, ügyetlenül jár, felemelt karjai a vállizületben ingadoznak, oldalt, fel és le szabálytalanul kitérnek.

Patellaris reflex hiányzik, talpreflex baloldalt gyenge, jobboldalt jó, cremaster-reflex mindkét oldalt megvan, hasreflex nincs, pupillák jó középtágak, *fényre nem*, alkalmazkodásra reagálnak, szemmozgások jók.

Elfajulási reactio a n. facialis izmain.

V/31. Beteg gyengesége mindinkább fokozódik, már csak gyámolítással tud lábain állani, ha feláll úgy érzi, mintha lábai fából lennének, a talajról csak annyit érez, hogy hideg, de hogy milyen a felszine, miből van, nem érzi.

VI/2. Pulsus 104. Légzés 36. Homlokát ránczolni nem tudja, lábai fokonként gyengülnek, kezeinek nyomóereje sokat csökkent, igen halvány, lábaiban szaggató fájdalmak.

VI/4. Rosszul alszik, fűzőérzése van, tüdei felett érdes légzés, tompulat nincs.

VI/5. Hangja gyenge, beszéde orrhangú.

VI/6. Éjjel sokat köhög. A tüdők felett mindenütt érdes légzés, hátul, alól, jobboldalt kétujjnyi szélességben rövidebb a kopogtatási hang, itt, valamint baloldalt is apró szörtyzörejek. Pulsusa szabálytalan, 150-en felül.

VI/7. Hőmérsék 38·3—38·6. Exitus.

Bonczolás. Dura erősen feszült, szederjes, kékesen áttetsző, lágyagyburok felszine homályos, a kemény agyburok belső felszinével lazán összetapadt. Lágy agyburkok igen vér és nedvdúsak, bő savógyülemtől felemelvék. *Májasodási szakban levő tüdőgyuladás, hevenyés, rostos mellhártyagyuladás, hevenyés gyomorhurut, hevenyés tüszős gyuladás a vastagbélben. Az idegeken s gerinczvelőben makroscopice semmmi abnormitás nem észlelhető.*

Szövettani vizsgálat: Ennek anyaga volt: Jobb n. medianus, jobb n. cutaneus med., bal n. tibialis, bal n. ischiadikus a térdároktól fölfelé, bal musc. tibialis posticus, gerinczvelő és agykéreg. Az idegeket 0·1% felosmium-savval kezelve czafatolással s hosszvalamint harántmetszeteken vizsgáltam, Weigert szerint, Marchi, s combinált Marchi-Weigert-methodussal, — Rosin szerint haematoxilin-eosinnal —, a gerinczvelőt ezen methodusokon kivül Nissl szerint. Ugyanezen methodussal vizsgáltam a kis és a nagy agyvelő kérgét.

A vizsgálat eredménye a következő:

Izmok. Feltünőbb degeneratio nem látható, csupán itt-ott pár harántcsikolatnak kiterjedésében vesztette el a rost áttünőségét s csikolt szerkezetét; egy pár széteső rostot is találni.

Idegek. Weigert szerint festve az idegek hosszmetszete igen nagyfokú degeneratiot mutat, alig látni rostot, melynek velős hüvelye jól felvenné a haematoxylint; míg az ép idegek csekély nagyítással szép kék rostozatú képet adnak, itt ez halványkékes, sárgásbarna csíkokkal és foltokkal megszakitott. Erősebb nagyítással igen jól látni, hogy e hiányos festődésnek oka első sorban a velőshüvely felbomlása.

Néha, úgy látszik a Lantermann-féle velőtölcséreknek, máskor a Ranvier-féle befűződéseknek megfelelőleg a velő megduzzad, gömbökbe húzódik össze, csupán keskeny burkot hagyva a tengelyszálon, vagy arról teljesen lehúzódva. Előbbre haladt degenerationál alaktalan tömeggé vagy finom szemcsékké lesz a myelin, itt-ott eredeti térfogatának 3—4-szeresére megduzzad, de nem festődik, legfeljebb szélein vagy csak egyes elmosódó foltokban; ez a duzzadás még ugyanabban a látótérben gömbszerű összehúzódásba vagy szemcsés szétesésbe megy át. Második oka az ideg hiányos festődésének a kötőszövet felhalmozódása, ez nem festődvén, sárgás csíkokat képez (kis nagyítás) a velős rostok között. *Marchi* szerint kezelve az idegeket, igen sok myelin-törmeléket lehet kimutatni, s nagy zsírsejteket az interfibrillaris szövetben. Még jobban feltünnek az elváltozások, ha a Marchi methodussal kezelt anyagot Weigert szerint utánfestjük. Igy nemcsak a myelin szétesését s a kötőszövet felhalmozódását, hanem a myelinhüvely nagyfokú globolosus elváltozását is látjuk. Ugyanczen metszeteket *Rosin* szerint festve, kitűnik, hogy a Schwann-féle hüvelyek magvai felszaporodtak. Míg normalis idegeknél 5—6 sejtmagtávolságnyira állanak a magvak egymástól, itt alig 1—2-szeres távolságra vannak. Harántmetszeten már kis nagyításnál is szembetünik, hogy a perineurium vastag rostos kötőszövetből álló gyűrűt képez, a mely Rosin szerint halvány rózsaszínűvé festődik. Igy kezelt harántmetszeteken látni, hogy az interfascicularis s interfibrillaris kötőszövet is felszaporodott, 4—5-szörte több mint normalis idegekben, s helyenként teljesen kiszorítja a rostokat. (A kötőszövet ezen felszaporodása az egyes idegekben intensitásra nézve változik.) Ugyanezen metszetek mutatják, hogy a velőhüvely helyenként elvékonyodott, máshol körfogata 4—5-szörösére megduzzadt, mindig szennyes, elmosódó színre festődik, a tengelyfonal a velőshüvelytől nem válik el élesen s a rostok egy részéből hiányzik. A tengelyfonalak degeneratioja változó, helyenként jobban megtartottak; általában úgy látszik, hogy a tengelyfonal kevésbbé változott el, mint a velőshüvely, s míg ép velőshüvelyű rostot alig látni, a tengelyfonalak nagyobb száma feltünő degeneratiot nem mutat. Felosmium-savval kezelt s czafatolt idegrostok szintén az előbb leirt elfajulást mutatják; különösen jól látni a myelin duzzadását, gömbökbe, alaktalan tömegekbe való felhalmozódását, mintegy lehúzódva a tengelyfonalról; néhol velőshüvely nélkül üresen maradtak a Schwann-féle burkok, hiányzik a tengelyfonal is belőlük, s az idegrost helyét kötőszövet foglalja el. (Ezen készítmények ellenőrzésére egy szintén a II. belklinikán súlyos trophikus zavarokkal járt meningomyelitis syphilitica esetét vizsgáltam.)

Rosin-methodussal igen jól látni egyszersmind, hogy az idegek *capillarisai* s apróbb *erei* duzzadásig teltek vérrel, s épen a hajszálerek nagyobb számúak, mint a controll-készítményekben. Helyenként egyes erek intima-endothelja az ér űrterébe beburjánzik.

Gerinczvelői gyökerek. Ugy a mellső, mint a hátulsó gyökerek ép oly súlyos degeneratiot mutatnak, mint a peripheriás idegek. (Marchi, Marchi-Weiger, Rosin.) Az erek itt is duzzadásig teltek, sőt itt-ott capillaris haemorrhagiákat is látni a rostok között. A gerinczvelőbe behatoló s a metszés síkjában folytatódó rostokon igen jól látni, hogy bár a myelinszétesés az intramedullaris gyökérrészletben is folytatódik (Marchi meth.), de már nem oly nagyfokú, mint a gyökerek extramedullaris részén. (Marchi-Weigert meth.)[1]

Gerinczvelői dúczok sajnálatomra Nissl szerint vizsgálva nem lettek s így ezekről semmit sem szólhatok.

Gerinczvelő. Marchi szerint festve a Goll és Burdach-féle köteg dorsalis részében halványabb a makroskopikus kép, olyan formán, de csekélyebb fokban, mint a hydropikus degeneratioknál, de Rosin szerint vizsgálva a metszetet, nem találtam indokoltnak, hogy a jelzett képnek pathologikus, legalább is symptomatologiai jelentőséget tulajdonítsak. Marchi methodusa számos fekete szemcsét mutat diffuse az egész metszetben, de nem többet, mint a mennyit cahaexiás agyvelőkben találunk. (Az idegeket tabeses s cahaexiás egyének idegeivel hasonlítva össze, a különbség szembetünő volt.) *Weigert* szerint festve, a gerinczvelő teljesen normalisnak látszik, Rosin-methodussal sem a velőben, sem a tengelyszálakon, kötőszövetben, ereken abnormitást nem találtam. *Nissl*-methodussal a *gerinczvelő sejtjei* kifejezett elváltozást mutatnak. 1894-ben külföldi tanulmányútam alatt oly szerencsés voltam, hogy az akkor még előttem is jóformán ismeretlen, behatóbban nem vizsgált, készítményeket Nisslnek magának bemutattam, a nélkül, hogy N. sejthette volna, honnét származnak a praeparatumok. S a módszer mestere nemcsak azt jelentette ki, hogy ezek igen is elváltozott sejtek, hanem azt is mondta, hogy e sejtek idegnyúlványaiktól el vannak választva. Ezzel úgyszólván a sejtdegeneratioból felállította a peripheriás idegmegbetegedés diagnosisát. Ezen specialis sejtdegeneratiot azóta többen is leirták (Marinesco, Sadowsky stb.), s kisérletes idegátmetszéssel is többen beigazolták. Jellemző ezen elváltozásra, hogy a mag, mintha kilépni készülne a sejtből, annak peripheriájára húzódik (igen szép ilyen sejtet rajzol *Lugaro*),[2] a sejtmag éles körvonala s a magcsa elvész. A Nissl-féle testecskék felbomlása esetemben a sejt centralis részében vagy a pigmenttel szomszédosan kezdődött; nagy fokban degenerált sejtekben csupán a peripherián maradt N.-féle testek hálója, vagy ilyen szétesett szemcsékből álló gyűrű.

Kevésbbé elváltozott sejtekben a paraplasma-hálózat éles fonottsága megszünik, széteső festett szemcsék eltörülik a sejtszerkezetet. Az elváltozás súlyos fokán könnyedén kékre festődik még a sejt, vagy halvány, homogen üvegszerű foltot képez a met-

[1] Minden neurohistologus tudja azt, hogy a gerinczvelői metszettel összefüggő gyökerek igen gyakran jobban decolorálódnak, semmint a spinalis rostok; a tévedést biztosan kizárhatónak tartom a Marchi-methodussal, sokféle anyag összehasonlításával s gondos festéssel, mely a rostok degeneratioját világosan feltünteti.

[2] Rivista di pat. nerv. e ment. 1896.

*

szetben. Sorozatos eljárással egy-egy ilyen sejtet több készítményen át követni tudtam. A sejtek legnagyobb száma elváltozott, mégis súlyosabb, a functio mélyebb megzavarását sejtető degeneratiot ritkábban láttam. (Ilyennek csak a magját elveszitett, homogen, teljesen szétesett Nissl-szemcséjü, contourjaiban is hibás sejtet tartom!) A sejtdegeneratiot illetőleg megjegyzem, hogy ezt a szürke állomány minden részében constatáltam, de természetes, hogy a degeneratio legjobban a mellső szarvak nagy sejtjein volt látható.

Az *agykéreg* s kisagyvelő több részéből is készítettem *Nissl* szerint metszeteket, de ezek normalis vagy anormalis állapotát részint készítményeim kisebb száma, részint a miatt nem tudtam eldönteni, mert az emberi agykéreg sejtjeinek topographiai sokfélesége az összehasonlítást egyelőre illusoriussá teszi.

Szövettani diagnosis.

A peripheriás idegek, gerinczvelői hátulsó s mellső gyökerek nagyfokú degeneratioja, számbavehető agyvelői elváltozás nélkül; agyvelői idegsejtek kifejezett, de a functioképtelenséget csak elszórtan jelentő elváltozása.

A leirt mikroskopiai változásokat illetőleg első sorban is magamnak kellett kritikát gyakorolnom abban a mit láttam, s vigyáznom arra, nehogy subtilis differentiákban a pathologikusat normalisnak vagy megfordítva véljem. Épen ezért nemcsak egy módszert alkalmaztam, hanem lehetőleg minden értékesíthető eljárást igénybe vettem. Igy felosminiumsavat, Weigert-, Marchi-methodust s mindezek hiányai pótlására a Rosin-festést. Másodszor, de mindig az összes methodusokat használva összehasonlítottam készítményeimet különböző cahaexiákban elhalt idegbajos s nem idegbajos egyének idegrendszerével. Igy vizsgáltam arteriosklerosis, szivincompensatio több esetét, uraemia, diabetes, meningomyelitis syphilitica, tuberculosis, meningitis tuberculosa, tabes és carcinoma medullae spin. eseteit, melyeket mind a II. belklinikán gyüjtöttem; mindezen esetekben az idegek s gerinczvelői gyökerek degeneratioja vagy teljesen hiányzott, vagy pedig jóval kisebb volt mint a leirt esetben. Alkalmam volt a diagnosis megjelölése nélkül Prof. Dejerine-nek is bemutatni készítményeimet, ki az idegek nagyfokú degeneratioját szintén constatálta.

Feltünő esetemben, hogy úgy a mellső, mint a hátulsó gyökerek nagyfokú elfajulása volt jelen a gerinczvelő megfelelő elváltozása nélkül. Ezen tény meglepő voltát csak úgy tudom magyarázni, hogy az *extramedullaris idegrostok táplálkozását a Schwann-féle burok megváltoztatja s az idegrost extramedullaris részének más az anyagcseréje, mint az intramedullaris résznek.* (*Jendrássik* szintén ilyen okból magyarázza azon tételt, hogy az extramedullaris rost regenerálódik, az intramedullaris állítólag nem.)

Esetem ritkaságát az igazolja, hogy ataxiás neuritis multiplexnek csak igen kevés esete lett histologice feldolgozva (*Hönig* gondos irodalmi összeállítása szerint csupán 8 eset), s akkor is a vizsgálók vagy nem használták az újabb módszereket, vagy a Waller-féle paradigma zavarta őket. Különben esetem nem unicum, tudjuk, hogy tabesnél az intramedullaris gyökérrostok legtöbbször aránytalanul jobban degenerálnak, mint ugyanazon rostok extramedullaris részei. (*Marie* ezt kisérletekkel is beigazolta, kár, hogy rövid közlésében csupán a Marchi-methodusról referál.)[1] *Babinski* szép czikkében a neuritisekről *Paltól* idéz egy esetet, hol neuritis alkoholika folytán a peripheriás idegek s a gerinczvelői gyökerek degeneráltak, a gerinczvelői idegrostok jelentősebb elváltozása nélkül.[2]

Ilyen incongruentiát — hogy a *Marie* kifejezésével éljek — a neuropathologiában máshelyt is találunk, ugyanazon méreg, pl. a lues, egyszer az agykérget, másszor a hátulsó köteleket, harmadszor a peripheriás idegeket támadja meg különösen. Lehet, hogy nemcsak a méregnek magának van ilyen electiv hatása, hanem maga a szervezet szerzett vagy született localis gyengesége disponál az electiv degeneratiora.

(Folytatása következik.)

[1] Érdekes Tooth esete (ref. N. Cblatt 1897, 127.), melyben a periph. idegek elfajultak, de a gyökerek épek voltak; *Dejerine* (u. o. 21.) az idegek degeneratioja mellett a gyökereket s gv. sejteket épeknek találja.

[2] Traité de la médecine. 1894.

Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.)

Idült izületi csúz és a spondylose rizomélique.

Irta: *Kollarits Jenő* dr. klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

Marie a maga eseteihez közelállónak tartja *Koehler*,[1] *Beer*,[2] *Bäumler*,[3] *Strümpell* közléseit. *Marie*-nak tanítványa *Leri*, két újabb esetet ir le, és *Hilton, Fagge*,[4] *Leyden*,[5] *Lanceraux*,[6] *Phanassesco*,[7] *Feindel* és *Froussard*,[8] *Teixidor Sunol*,[9] *Mutterer*,[10] *Spillmann* és *Etienne*,[11] *De Amaral*[12] közléseit, *Schatalow*-nak[13] egy *Bechterew*-nek[14] két esetét ismeri el, mint ide tartozót, ellenben több ugyanezen czím alatt közölt munkában ismertetett esetet nem tart ezen betegséghez számitandónak, így pl. *Schatalow* két kórtörténetét. *Ascoli*[15] közlése asszonyra vonatkozik, azonkivül ideges természetü, kétségtelenül luesben szenvedő egyénről van szó, a kinek baja a luesszal összefüggeni látszik; e beteg fájdalmai kénesőkezelésre csökkentek, apró nódosításai pedig gummákhoz hasonlitottak. Ezen okoknál fogva *Leri* ezen esetben bár spondylosis és rhizomeliás izületelváltozások jelen vannak, inkább lueses malum Pottiit lát, a melyhez hasonlót *Fournier* és *Loeper*[17] közölt. *Gasne*[18] betege is asszony. E szerző maga említi, hogy ez eset több vonásban tér el *Marie* kórképétől, különösen azon tekintetben, hogy a tünetek egy ízben teljesen visszafejlődtek, azután újra támadtak, és a lefolyás teljesen fájdalmatlan volt, a czombok a rendes kórképtől eltérőleg abductioban voltak.

Úgy látszik, *Popoff*[19] esete sem egészen világos, a mennyiben e szerző előbb izomspasmusból magyarázta az elferdülést, és csak később jutott azon gondolatra, hogy az izületekben is lehet elváltozás. A *Strümpel-Marie* csoportba számíthatók még a *Mutterer*,[17] *Jacobi* és *Wiardi*,[20] *Valentini*,[21] *Mery*,[22] *Schultze*,[23] *A. Hoffmann*,[24] *Hoffa*[25] közléseiben foglalt kórtörténetek. Ezek egy részében (*Mutterer, Jacobi* és *Wiardi*) a kis izületek is a baj körébe vannak vonva.

Legutóbb *Laignel-Lavartine*,[26] továbbá *Achard és Clerc*,[27] közöltek idevágó eseteket. Utóbbiak esetükben kifejezett izomatrophiák és nem jól meghatározható érzés dissociatiok alapján a spondylose rhizomélique mellet syringomyeliára gondolnak, bár a pachymeningitis cervicalis eshetőséget sem zárják ki. *Raymond*[28]

[1] Ein seltener Fall von Spondylitis deformans. Charitée Annalen XII., 1887, 619. l.

[2] Über Rigidität der Wirbelsäule. Wien. med. Blätter. 1897. 8. és 9. sz.

[3] Über chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule. Deutsche Zeitschrift f. Nervenhk. 1898.

[4] l. Leri munkájában.

[5] Leyden Rückenmarkkrankheiten 1877.

[6] l. Leri munkájában.

[7] Rheumatisme chronique de la colonne vertébrale. Thèse de Paris, 1892.

[8] Iconographie de la Salpêtrière, 1898.

[9] l. Leri czikkében idézve. Independencia medica. 1898. márcz. 31.

[10] Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. 1898. szept.

[11] Revue de médecine. 1898. szept. 10.

[12] Thèse de Paris, 1891.

[13] Leri munkájában idézve: a moszkvai idegorvosok társasága. 1898. május 8.

[14] D. Zeitschr. f. Nervenhk. 1899. junius.

[15] Il policlinico. 1898. decz. 1. l. Presse médicale 1899. jan. 28

[16] Soc. de Dermat. 1899. febr.

[17] Spondylose rhizomélique. Soc. méd. des hôp. de Paris. 1899. márczius 9. Meg kell jegyeznünk, hogy *Markuszewski* thézisében *Gasne* esete „Rapport d'une autopsie de Spondylose rhizomélique" czím alatt van emlitve, pedig a közleményben bonczolás-leletről egyáltalában nincs szó és e szerző máshol sem közölt ilyet.

[18] Neurol. Centralbl. 1899. ápr. 1.

[19] Zur Casuistik der chron. ank. Entzündung der Wirbelsäule u. der Hüftengelenke. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1899. XIV. k.

[20] Ref. Neurol. Centrbl. 1898.

[21] Über Spondylose rhizomélique. D. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1899.

[22] Soc. med. des hopit. de Paris 1899. Semaine méd. (Ref.)

[23] D. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1898. 14. k. Über Combination von familiärer progressiver Knochenatrophie mit der Spondylose rhizomélique bei 2 Geschwistern.

[24] Über chr. Steifigkeit der Wirbelsäule. U. o. 15. k.

[25] l. c.

[26] Un cas de spondylose rhizomélique. Revue neur. 1900. 112. l.

[27] Ankylose rhizomélique de la région cervico dorsale et des épaules, avec Amyotrophie Syréngomiélique. Revue neur. 1900. 137. l.

[28] Soc. méd. des hôp. 1899. márczius 2. (2 eset. M. A.)

esetéről csak rövid ismertetésünk van, *Oulmont* esetét *Markuszewski*[1] közölte.

Ezen csoportba számítjuk egy saját esetünket is, míg egy második az *Achard* és *Clerc*-éhez áll közel, a mennyiben pachymeningitis cervicalissal társult.

Ez különben átmenetnek is tekinthető a *Bechterew*-féle typus felé (Sz. Zs. 1 eset).

Egynéhány kórbonczolástani adatunk is van, melyeket ezen *Marie-Strümpell* typusú klinikai képpel összefüggésbe óhajtanak hozni egyes szerzők.

Az első idevonatkozó adatot is *Marie* szolgáltatta, a kis bár fentartással, a spondylose rhizomélique klinikai képével akarja összefüggésbe hozni a *Musée Dupuytreu* egy csontvázát, melyen a csigolyák összenövésén s csontos tuberositásokon kivül a szalagok csontosodása tünik fel leginkább. Ujabb anatomiai vizsgálatot röviden *Marie* és *Leri*[2] közöltek. Ennek összefoglalásából kitünik, hogy „a ligamentumok csontosodása, a szalagok rostjainak csontos degeneratioja" volna egyik lényege az anatomiai képnek. E csont osodás a hosszabb, valamint a periarticularos szalagokat is érheti, a mi által az izületek körül csontos tok képződik. A másik lényeges mozzanat volna az izületi végek túltengése, mely azok érintkezésére és összenövésére vezet mi alatt az izületporczok eltünnek.

Egy néhány klinikailag kétes eset megitélésében a később történt bonczolás vetett világosságot. Igy *Milian*[3] közlésében a végtagok eredő izületeiben nem lévén semmi összenövés, ez eset nem volna ideszámítható, ha a sectio[4] nem derítette volna ki, hogy úgy a gerinczoszlop ligamentumai, valamint a sternoclavicularis ligamentumok is csontosodtak. Azon hiányt, hogy mindkét alkalommal a nagy izületek nem voltak vizsgálhatók, *Hilton Flagge* egy régi közleményéből lehet pótolni, a mennyiben bennük ugyanolyan elváltozások vannak leirva, mint a minőket a gerinczoszlop részeről említettünk.

A második csoport a *Bechterew*-féle csoport, a melynek jellemző vonásait következőkben foglalhatjuk össze. A gerinczoszlop mozgékonysága korlátozott vagy megszünt, leginkább felső részében előhajlott, kopogtatáskor nem fájdalmas. A törzs, nyak, végtagizmok paresisban vannak, a hát és vállöv izmai kissé sorvadtak, néha contracturákat is találni. Az érzés a gerinczvelő idegeinek leginkább a nyaki és háti részében csökkent. Területükön izgalmi tünetek, paraesthesiák és fájdalmak mutatkoznak, néha a gerinczoszlopban magában is spontan fájdalmak támadnak. A mellkas lapos, a lélegzés hasi.

Első pillanatra is szembetünő, hogy a *Bechterew* és a *Marie-Strümpell*-féle kórforma mennyire hasonló egymáshoz. Már felemlítettük azon választó falakat, melyeket a kettő között *Marie* állított fel. *Bechterew*[5] két újabb munkájában is igyekszik kidomborítani a különbséget: az ő eseteiben t. i. a végtagok nagyizületei épek, a kyphosis görbülete a gerinczoszlop felső részében van, és fájdalom és izomatrophia is mutatkozik. Itt a baj a gerinczoszlop felső részében kezdődik, a kórok öröklékenység, trauma, talán syphilis, míg ott rheumás momentumok szerepelnek és alulról felfelé halad az ankylosis.

Egy esetben alkalma volt bonczolást[6] végezni, a mikor is azt találta, hogy a porczok összevoltak nyomva és részben eltüntek, a csigolyák így egymást érintő csontvégei összenőttek, azonkivül a gerinczvelő lágy burkaiban idült gyuladásos folyamat állott fenn, a dura ép volt, a spinalis gyökerekben és ennek megfelelőleg a gerinczvelő fehér állományaiban degeneratiok, és a spindganglion sejtek elváltozásai derültek ki. A gyökérdegeneratio oka szerinte a meningitises megvastagodásból származó összenyomásban kell keresni.

Az előbb említetteken kivül több szerző gazdagitotta ezen *Bechterew*-féle csoport casuistikáját is (*Schatalow*,[1] *Sänger*[2]). Közülök a legtöbben foglalkoznak azon kérdéssel, hogy a leirt kóralakok mennyiben önállóak.

A különféle arthritises folyamatok között felmerülő kórjelzési nehézségekkel eléggé foglalkoztunk. Ezek alapján azon eredményre jutottunk, hogy az arthritisek egyes fajait klinikailag megkülönböztetni nem sikerül. Még sokkal kevésbbé látszik előttünk lehetségesnek, hogy a gerinczoszlop merevségének említett alakjait az arthritistől megkülönböztessük, sőt azon sem csodálkozunk, ha klinikailag teljesen hasonló külsejü esetek valamelyikében az esetleges anatomiai vizsgálatok az arthritises elváltozások mellett köszvényes lerakódásokat is derítenének ki, mint azt *Heiligenthal*[3] egy esete mutatja. Alig hisszük, hogy jogunk van különböző kórfolyamatnak tartani olyan két esetet, melyeknek mindegyikében ankylosis fejlődött ki a gerinczoszlopban, a váll- és csipőizületben, de a kettő közül az egyikben az apró izületek közül egy vagy több bántalmazott, vagy ha az egyik esetben a gerinczoszlopban kezdődött a folyamat és később terjed a többi izületekre és a másikban megfordítva áll a dolog.

Ez irányban az összetartozást bizonyítják azon esetek, a hol mint a *Thanassesco*[4] thésisében említett 14 idült izületgyuladásnál (kettő közülök saját, egy-egy *Lancereaux, Pélissé, Raynand, Cotilleau, Bellangé, Potain, Trouseau, Chantemesse,* kettő *Vergelles,* kettő *Leyden* észlelete, a melyek közül egyet *Leri* utólag a spondyloseok közé akar számítani) a gerinczoszlop mozgékonysága is csökkent. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy *Thanassesco* szerint „az idült rheumatismus sohasem éri kizárólag a gerinczoszlopot, mindig egyúttal a felső és alsó végtagok izületei is érdekelve vannak".

Ezzel szemben *Weisz Ede*[5] 53 röviden ismertetett beteg kórtörténete között egy csoportot találunk, melyben a folyamat csak a gerinczoszlopra szorítkozik. Ilyen átmeneti eset az, melyet a „Chronikus polyarthritis ritka esete" czimmel *Lévy Lajos*[6] mutatott be a közkórházi orvosegyesületben, és *Heiligenthal* 5 esete is.

Egy ehhez hasonló beteg kórtörténetét (4 eset. M. A.) alább közlöm.[7]

Egy másik esetünkben a gerinczoszlopon vette kezdetét az arthritis, a mely a gerinczoszlop mozgékonyságát nagyobb kiterjedésben korlátozta. Ez utóbbit (3. eset. H. J.) annyiban tartottuk érdekesnek, mert egyrészt kezdete lehet egy olyan folyamatnak mely a spondylose képében végződhetik, másrészt, mert első megtekintésre a myelitishez igen hasonló benyomást tesz.

Ha már a gerinczoszlop arthritisei és a spondylose rhizomélique klinikai képének külön választása túlságosan mesterkéltnek látszik előttünk, még kevésbbé gondolhatunk arra, hogy a *Bechterew*-féle gerinczoszlopmerevséget külön válaszszuk, a hol a megkülönböztető jelek még subtilisebbek. Azon kevés eddig közölt dolgozat nem elég támasztó pont, hogy a kórokul említett trauma, hereditás, talán lues mint megkülönböztető szerepelhetne, s azon körülmény sem jogosít fel önálló kórforma felállítására. hogy itt a kyphosis nagyobb sugarú és hogy a végtagok épek maradtak. E mellett bizonyít, hogy a *Strümpell-Marie* és *Bechterew*-féle typusok között átmeneti alakok is vannak, mint egyik saját esetünk (1. eset. Sz. Zs.) is.

Senator[8] volt az első, a ki teljes határozottsággal foglalt állást ez új betegségek önállóságával szemben és különösen a közölt bonczolás leleteket tette birálata tárgyává. Szerinte *Bechterew* lelete alig különbözik azon leirástól, melyet *Virchow* adott a spondylitis deformansról, a melyet fentebb *Hoffa* mint e betegség első csoportját osztályoz, a mennyiben mind a kettőben a csigolyák összenövése és a csigolya közötti porczok sorva-

[1] l. c.
[2] Examen du rachis dans un cas de spondylose rhizomélique Soc. méd. des hôp. 1899. február 4.
[3] Deux cas de spondylose. Soc. méd. des hôp. 1898. nov. 25.
[4] Soc. anatomique 1899. febr. 3.
[5] Über ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule und der grossen Extremitätsgelenke. Zeitschrift f. Nervenheilk. XV. 37. l.
[6] Neue Beobachtungen u. pathologisch-anatomische Untersuchungen über Steifigkeit der Wirbelsäule. U. o. 45. l.

[1] Ref. Neurol. Centralbl. 1898. 828. l.
[2] Ref. Neurol. Centralbl. 1898. 1144.
[3] l. c.
[4] l. c.
[5] Klinikai füzetek 1892. és Wiener med. Presse 1898. 25—33.
[6] Közkórházi orvostársulat évkönyve 1899.
[7] Beitrag zur chron. ankylosirenden Entzündung d. Wirbelsäule. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. XVI. k. 291. l.
[8] Berliner klin. Wochenschrift 1899.

dása, azonkivül osteophyták szerepelnek. *Senator* szerint *Marie* és *Leri* bonczolás-lelete pedig a spondylitis deformans második csoportjába tartozik, melyet a szalagok csontosodása és a csigolyák összeköttetése csonthidakkal jellemez.

A bonczolás-leletek e birálatakor figyelembe kell azonban venni azok csekély számát, a mely miatt még egyáltalában nem is állíthatjuk biztosan, hogy azok az egyes typusoknak tényleg meg is felelnének.

Tény minden esetre az, hogy e leletek nem különböznek lényegesen azon leirásoktól, melyeket úgy az arthritis deformansról, mint annak a gerinczoszlopon található változatáról, az úgynevezett spondylitis deformansról olvasni, de meg kell gondolnunk azt is, hogy az idült arthritisek egyes alakjai közt is vannak különbségek, és ezért, ha az újabb bonczolás-leletek az eddigiektől kissé eltérő eredménynyel járnának is, akkor sem volna még bebizonyítva az, hogy ezen újabb alakok nem tartoznak szintén az idült arthritisek körébe.

Ha tehát úgy az idült izületi csúzok különféle alakjait, mint a spondylitis deformans alakot a *Strümpell-Marie* és *Bechterew*-féle egy betegség változatainak tartjuk, arra a kérdésre kell felelnünk, hogy mi okozza azon különbségeket, melyek ez egyes alakok között fennállanak?

Itt három dologra lehet gondolni. Vagy a kórokban rejlik a különbség, vagy pedig más momentumok játszanak közre az egyénben magában akár az egyéni dispositio útján, akár az által, hogy az eredeti kórokon kivül más belegségek is segítő és módosító befolyással birnak.

A kóroktanról a pathologiában általában más betegségek terén is az a felfogásunk, hogy mindazon bajok, a melyek egy meghatározott betegségi individuumot alkotnak, csak egy és mindig ugyanazon aetiologiával birhatnak. Az idült izületi csúzt is ilyen önálló betegségi egyednek tartjuk, és ép ezért itt is csak egy egységes kóroktani tényező szerepelhet, mint a hogy mindazon localisatio tekintetében eltérő kórformák, melyeket a tuberculosis bacillus támaszt, a tuberculosishoz tartoznak. Ezen kórok azonban még ismeretlen.

A praedisponáltságnak ellenben nagy szerepet tulajdonítunk. Nem a betegség, sem a kórok különböző volta, hanem az egészséges ember izületeiben levő egyéni különbségek játszanak itt szerepet. A mint valami praedisponáltság az oka annak, hogy a tuberculosis-bacillus befolyása alatt egyik ember csont-, a másik tüdő-tuberculosisba esik, a harmadiknak nyaki mirigyei betegednek meg, épen igy a praedispositiotól függ, hogy az egyik ember kis izületeiben támad egy elváltozás és a gerinczoszlop ép marad, a másiknak csak gerinczoszlopa vagy a gerinczoszlopa és végtagok eredő izületei betegednek meg, míg a kis izületek épek maradnak; ugyancsak a praedispositio dolga, hogy az egyik ember izületében a szalagok csontosodnak, a másikban exostosisok támadnak, vagy a synoviák burjánoznak. Bizonyos eltéréseket a kórbonczolástani képben, a különböző izületek szerkezete és a beteg izület élettani működésének eltérő volta is okozhat. Igy ha a gerinczoszlop-izületek egyes elváltozásai kissé el is térnének a többi izületben talált lelettől, azon körülményt is meg kell fontolnunk, a mely *Bäumler* munkáján kivül csak itt-ott van röviden érintve. Az izület elváltozásaiban ugyanis két tényezőnek van része. Az első az elsődleges arthritises folyamat, a második azon mehanikai behatás, melyet a statikai viszonyok megváltozása hoz létre és a melyek épen a gerinczoszlopban érvényesülnek leginkább. E mechanikai viszonyok behatásának példája az említett kóresetekben a mellkas lelapulása, a medencze megváltozott állása és laposssága.

(Folytatása következik.)

Törvényszéki orvosi casuistica.

Közli: *Fialowski Béla* dr. kir. törvényszéki orvos és Torontál vármegye tb. főorvosa Nagybecskereken.

(Folytatás.)

Magzatelhajtás büntette. Az eljárás megszüntetése.

A n . . b . . i kórház 189 . . évi október hó 14-dikén azt jelentette a n . . b . . i rendőrkapitányságnak, hogy G. J.-né hashártyalob tüneteivel vétetett fel a kórházba. A kórházi orvos vizsgálata szerint „a méhszáj lazult, a méhből kisfokú véres kifolyás van, a hátsó laqueákban (fornix?) kendernagyságú nyilás látható, melyből véres savó folyik ki“.

A megvizsgált H. L. dr. kórházi igazgató előtt bevallotta, hogy 11 hónapos gyermeke szopik, mindazonáltal terhesnek hitte magát s lúdtollszárával magzatelhajtás czéljából méhébe szúrt.

G. J.-né 189 . . évi október hó 17-dikén előzetes kihallgatás nélkül elhalt.

A 189 . . évi október hó 18-dikán vezetésem alatt eszközölt bonczolás jegyzőkönyve a következőkről számol el:

1. A 28 éves nő hullája 150 cm. hosszú, mérsékelten táplált, jól fejlett csont- és izom-rendszerrel, bőre mindenütt czitromsárga, csakis a háta és a végtagok hátsó felületén szederjes hullafoltokkal ellátott.

2. Hajzata hosszú, szőke, sűrű, kontyba fonott. Szem kötőhártyái czitromsárgák, a láták középtágak, egyenlők.

3. A nyak részarányos, a mellkas dombordad, az emlők férfiökölnyiek, tömöttek, nyomásra tejet ürítők, a csecsbimbók jól kiállók.

4. A has erősen puffadt, feszes, rajta régi terhességi hegek.

5. A szeméremrésből kifolyás nincsen, belőle egy hosszú dupla pamutszál lóg ki.

6. A végtagok hajlékonyak.

7. A hulla a kezdődő rothadás tüneteit mutatja.

B) Belvizsgálat. 8. A fejbőr kiterjedten czitromsárga, sehol vérömlenyt vagy egyéb sérülést nem mutat. A koponyaboltozat középvastag, tömör. A kemény agykér czitromsárga, mérsékelten feszült.

9. A lágy agyburkok czitromsárgák, vérszegények, nedvdúsak, az agy, a kisagy és nyúltagy czitromsárga, vérszegé ny nedvdús, kissé ellágyult, szakadékony. Az agygyomrocsokban kevés verhenyes savó.

10. A pajzsmirigy kicsiny, tömött, barna vörös.

11. A gége és légcső nyákhártyája halvány, habzó savóval fedett.

12. Mindkét tüdő szabad, barnavörös, sok habzó savóval beszürődött, csakis az alsó lebenyek vérdúsabbak, sötétbarna vörösek.

13. A szívburokban kevés tiszta sárga savó, a szív férfiökölnyi, petyhüdt, izomzata szürkésbarna, szakadékony, a billentyűk épek, a szív ürében kevés lazán alvadt vér.

14. Az egész bőr alatti kötőszövet, úgyszintén a zsírszövet mindenütt czitromsárga.

15. A hasürben mintegy 3 liternyi szürkésbarna, zavaros büzös folyadék, mely a has megnyitásakor kiömlött.

16. A hashártyának úgy zsigeri, mint fali lemeze mindenütt élénken belövelt, vérdús, barnavörös, fénytelen, könnyen bevonható szürkés ruganyos álhártyákkal borított. A belek kacsai egymással szakadékony, rostonyás álhártyákkal összetapasztottak.

17. A máj petyhüdt, barnavörös, középvértartalmú, az epehólyagban kevés zöldes híg epe.

18. A lép nagy, burka feszes, állománya feketés vörös ellágyult, szakadékony.

19. A gyomor és belek puffadtak, nyákhártyájuk halavány, a gyomor ürében kevés szürkés folyadék, a belekében híg bélsár.

20. A jobb vese teljesen hiányzik, valamint az oda- és a visszavezető edények is, úgyszinte a húgyvezér is, annak megfelelőleg a bal vese nagyobb a rendes vese kétszeresénél, egyébként petyhüdt, halavány, barnavörös, sárgásba játszó, burka könnyen levonható, felülete síma, számos véredényecsillagzatot mutató, a kéregállomány megszélesbedett, a lobrok belöveltek vérdúsak.

21. A kis medencze jobb oldalán van körülbelül egy liternyi a 15. pont alatt leirt folyadékból, mely a méhet bal felé tolta.

22. A belső nemi szervek először helyzetükben s azután a hullából kivéve részletesen megvizsgáltattak. A méh kicsiny, tömött, hossza a méhszájból kezdődőleg 8 cm.-nyinél nem nagyobb, körtealakú, tömött, vastagsága 4 cm., a medencze bal oldalára van dőlve.

A méh szarvai közül a baloldali rendes és szabályszerűleg a petevezetékbe folytatódik A bal petevezeték nyilása belövelt, vérdús. A méh jobb szarva teljesen át van metszve s ott egy borsónyi, piszkos, szürkés, sárgás eves genyes csapadékkal fedett kerek czafatos szélü, folytonossághiányt mutat, a melyen keresztül a hasürből a méh üregébe juthatni. A jobboldali petevezeték nincs összefüggésben a méhvel, hanem attól teljesen különválva, mintegy 3 cm.-nyi távolban a széles szalagban összekunkorodva fekszik. A leszakitott petevezetéknek méhi vége czafatos, piszkos, szennyes lepedékkel fedett és a jobb méhszarv fent leirt sérüléséhez hasonló. Egyébként a petevezeték megvastagodott, belőle eves genyes folyadék nyomható ki. A jobb petevezeték szabad hasüri végén a fimbriák belöveltek, vérdúsak.

23. Mindkét petefészek a rendesnél valamivel nagyobb, petyhüdt, igen belövelt, vérdús.

24. A húgyhólyag összehúzódott, nyákhártyája halvány, ürében kevés sárga zavaros vizelet.

25. A kivett nemi szervek további vizsgálatánál kitünt, hogy a hüvelybemenet ép, annak környékén sérülési nyomok nincsenek.

26. A hátsó hüvelyboltozatban van egy kerek, elég ép szélü, egy cm.-nyire a nyákhártya alatti kötőszövetbe hatoló és vakon végződő folytonossághiány, melynek környéke kissé belövelt.

27. A méhszáj felpuhult lúdtoll számára átjárható. Egyébként a méh falazata tömött, kisujjnyi vastag. A méh nyákhártyája szürkés-barna, száraz, erősen odatapadós réteggé átalakult, a méh üre kicsiny, sehol lepény odatapadási helyét nem mutatja.

28. A méh nyakán hátul van egy lencsényi ovalis alakú a méh szövetébe $1^1/_2$ cm.-nyire hatoló és vakon végződő folytonossághiány, ugyanilyen van a méh teste közepének hátsó falán, mintegy $^1/_2$ cm.-nyire a méhfal szövetébe hatolólag. A méh jobb szarva táján a 22. pont alatt leirt helyen teljesen át van lyukasztva s egy lúdtoll számára átjárható kerek czafatos szélü, csapadékkal fedett nyilást mutat, a melyen keresztül a hasürbe hatolni.

Kórisme. Szúrt seb a hüvely hátsó boltozatán, a méhnyakon és a méh testén; átható szúrt seb a jobb méhszarvon, a jobb petevezeték teljes beszakitásával. A méh nyákhártyájának elhalása, a jobb petevezeték eves genyes lobja. A jobb vese veleszületett hiánya, a bal vese következményes túltengése. Általános eves genyes hashártyalob. Általános sárgaság.

Vélemény. A megvizsgált nő halála a boncz jegyzőkönyv 15., 16. és 21. p. alatt leirt elváltozások szerint sárgasággal párosult általános eves genyes hashártyalob következtében állott be, mely eves genyes hashártyalob a méhnek jobb szarva táján történt (boncz jegyzőkönyv 22. p. a. leirt) műleges átlyukasztása és a jobb petevezetéknek teljes leszakitása által támadt, a midőn a méh átfúrásakor beállott sebfertőzés a méh nyákhártya elhalását okozta (diphtheria) a mely nyákhártyaelhalás az átlyukasztott méhnyiláson át a hasűrbe hatolt s ott a jobb petevezeték genyes lobját s a halálhoz vezető általános eves hashártyalobot idézett elő.

Hogy pedig a méhnek ezen átfúrása nem spontan kórfolyamat eredménye, mutatja azon körülmény, hogy a sebfertőzésből eredő méhnyákhártya elhalásától eltekintve, a méh falzata férfiujjnyi vastag, szövete ép, tömött volt és kórfolyamat nyomait nem mutatta, de főleg, hogy úgy a méhtesten, mint a méhnyakon, valamint a hátsó hüvelyboltozaton, hasonló, élőn ejtett, de nem átható szúrási sebek voltak.

Ezen szúrási sebek egy kerek, körülbelül lúdtollvastagságú hegyes eszközzel ejtettek, s nyilvánvalólag ezen szúrások magzatelhajtási czélból történtek s azon erőből itélve, melyet az ép méh és környezetének többszörös átfúrása igényelt, ezen szúrások idegen kéz által ejtethettek.

A megvizsgált nő jelenleg terhes nem volt, s így ezen valószinűleg magzatelhajtást czélzó eljárás téves feltevésből indul ki.

A jobb vesének hiánya veleszületett fejlődési rendellenességet képez s ezen jobb vese hiányának megfelelőleg a bal vese pótlólag kétszerte nagyobb volt a rendesnél s így a bal megnagyobbodott vese egyúttal a hiányzó jobb vesének működését pótolta, minél fogva az életben a jobb vese hiányt nem okozott.

A vizsgálat során ki lettek hallgatva elhaltnak férje, anyja és a vele egy házban lakó asszonyok is, kik G. J.-né állítólagos terhességéről semmit sem tudtak, s kik előtt elhunyt betegségét úgy értelmezték, hogy a kútnál vízmerítés közben elcsúszott és megsérült. A kezelő orvos előttük az elhunyt bajáról nem nyilatkozott, hanem a kórházba utasította G. J.-nét gyógykezelés végett, a mit meg is tettek hozzátartozói. A kihallgatottak azon gyanúnak adnak kifejezést, hogy talán az elhunyt „bevett valamit magzatelhajtási czélból".

A kir. törvényszék 189 . . évi deczember hó 1-én tartott zárt ülésében 4332. btsz. sz. a. kelt határozatával a további eljárást megszüntette, mert „a boncz oló orvosok megállapitották, hogy G. J.-né halálát sárgasággal párosult eves genyes hashártyalob idézte elő, a mely hashártyalob a méh jobb szarva táján történt müleges átlyukasztása s a jobb petefészek teljes leszakitása által támadt, és mert G. J.-né önként bevallotta dr. H. L. előtt, hogy terhesnek hitte magát s lúdtollal szúrt méhébe."

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A gyógyhelyekről, ásványvizekről, üdülőhelyekről.

A következőkben közöljük több olvasónk kivánságára és a tárgy fontosságánál fogva a törvényjavaslat-tervezetet a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. t.-cz. a gyógyfürdők és ásványvizekről szóló XIV. fejezetének módosításáról és kiegészitéséről.

I. Fejezet. *Gyógyhelyek.*

I. czim. *Általános határozatok.*

1. §. Gyógyhelyeknek tekintetnek:

a) Ásványos vizű fürdők, melyeknek ásványos forrása megbizható hazai vegyelemzésre alapitott szakértői vélemény szerint gyógyczélokra alkalmas;

b) vizfürdőtelepek, melyek kellő mennyiségű tiszta és üde forrásvizzel birnak és melyeknek vizét tényleg gyógyczélokra használják;

c) oly helyek, melyeknek éghajlatát gyógyczélokra használják.

Minden gyógyhelynek a következő kellékekkel kell birnia:

a) Az egészség és kényelem igényeinek megfelelő épületekkel;

b) a belügyminister által jóváhagyott gyógyhelyi szabályrendelettel;

c) az évad alatt állandó, illetve rendszeresitett gyógyhelyi orvossal és

d) önálló, fiók-, házi vagy kézi gyógyszertárral.

Szükséges továbbá, hogy

e) a gyógyhely igénybe vett forrásai a légköri kártékony befolyásoktól és mindennemű tisztátalanitástól védve, kellőleg foglalva és fedve legyenek;

f) gondoskodva legyen a betegeknek egészséges eledellel való ellátásáról, valamint nyugalmuk és kényelmük megóvásáról;

g) a fertőző betegek számára szükséges különálló, más czélra nem használható épületről;

h) éghajlati gyógyhelyeken a meteorologiai viszonyok az évad alatt pontosan feljegyeztessenek és az évi jelentéssel a belügyministerhez felterjesztessenek.

2. §. A „gyógyhely" elnevezés használatára az engedélyt, ha okmányilag igazoltatik hogy az 1. §-ban felsorolt kellékek tényleg meg vannak, a törvényhatósági közigazgatási bizottság meghallgatásával s az ezen törvény végrehajtásával megbizott ministerekkel egyetértőleg a belügyminister adja meg.

3. §. A gyógyhelyek azon törvényhatóság felügyelete alá tartoznak, a melynek területén fekszenek.

Az állandó, illetve rendszeresitett helyi orvos kinevezése a főispánnak, Budapesten a főpolgármesternek bejelentendő, a ki csak a törvényes képesités hiánya vagy erkölcsi kifogás alapján tehet az ellen kifogást, a mely esetben végérvényesen a belügyminister dönt.

A közrend, a közcsend és a közbiztonság fentartása felett a belügyminister a gyógyhelytulajdonos és a törvényhatóság meghallgatásával s a helyi viszonyok figyelembe vételével rendeleti úton intézkedik.

A gyógyhelybiztosi teendőkkel minden gyógyhelyen egy, az elsőfokú közigazgatási hatóság intézkedési és biráskodási jogával felruházott hatósági közeg bizandó meg. Ezen biztosok hatáskörét a belügyminister rendeleti úton szabályozza.

A törvényhatóság gondoskodik arról, hogy a gyógyhelylátogatók kellő bejelentését, a gyógyhely emelését czélzó, esetleg a gyógyhelybizottságot illető kérdések, végre a szegények számára nyujtandó kedvezmények pontos és könnyen végrehajtható, a gyógyhely tulajdonosának meghallgatásával alkotott fürdőszabályrendeletben állapittassanak meg, mely jóváhagyás végett a belügyministernek bemutatandó.

4. §. Gyógyhely, söt az ilyennek még el nem ismert minden fürdővállat is tartozik évente az évad befejezte után két héttel a lefolyt fürdőidényről szóló jelentését, a mennyiben pedig egész éven át nyitva van, a lefolyt naptári évről szóló jelentését a következő év január 15-dikéig a belügyminister által megállapitandó minta szerint az illetékes törvényhatósághoz beterjeszteni.

Szintúgy köteles a gyógyhely felügyeletével megbizott biztos és a gyógyhely viszonyairól s különösen az egészségügyi követelmények pontos teljesitéséről a törvényhatósághoz évenkint jelentést tenni.

A törvényhatóság úgy a fürdőigazgatóság, mint a fürdőbiztos évi jelentését a belügyministerhez — a netalán szükséges intézkedésekre nézve teendő javaslata kiséretében — évente legkésőbb január 15-dikéig felterjeszteni köteles.

A minister a tapasztalt hiányok pótlására a gyógyhely igazgatóságát záros határidő kitűzése mellett felhivja, s mulasztás esetén a szükséges intézkedéseket a gyógyhelytulajdonos költségére végrehajtja.

II. czím. *A gyógyterületek védelme.*

5. §. Minden gyógyhelyen a fürdőházak, a lak- és mellékhelyiségek, valamint az ilyen telepek egész környezete, a fürdővendégek befogadására használt magánházak, és a fertőző betegek elkülönítésére szükséges helyiségek a közegészségi követelményeknek megfelelő karban tartandók.

E czélból a hatóságoknak különös gondoskodása tárgyát kell hogy képezze, hogy a közegészség előmozdítására és megőrzésére szolgáló minden törvényes kivánalomnak, esetleg kényszer útján is érvény szereztessék. A mennyiben ezen rendelkezések ellen valamely gyógyhelyvállalat ismételten is vétene, a belügyminister a törvényhatóság meghallgatása után a „gyógyhely" elnevezés használatát megtiltja, sőt a gyógyintézet bezáratását is elrendelheti.

Oly lakhelyiségek, melyek a közegészségi feltételeknek nem felelnek meg, gyógyvendégeknek magánházakban sem adhatók bérbe.

6. §. Gyógydijaknak, esetleg egyéb díjaknak (zene, kórház stb. díj) szedését és gyógydijalapok létesítését a törvényhatóság meghallgatása mellett a belügyminister engedélyezi. Az e czímen befolyt összeg a gyógyhelyszabályzatban körülirt módon kizárólag a gyógyhely emelésére fordítandó. (Park, utak, világítás, zene, esetleg sanatoriumok vagy kórházak létesítésére.)

Gyógydíj fizetésére azon fürdővendégek is kötelezve vannak, a kik a gyógyhelytelepen levő magánházakban laknak, az ezektől beszedendő gyógydíjakért az illető magánházak tulajdonosai, illetve kezelői felelősek.

A gyógy- és zenedíjak közigazgatási úton behajthatók.

III. czím. *A gyógyhelyek védelme.*

7. §. Minden gyógyhely számára védőöv állapittatik meg.

Hogy a védőövön belül fennálló művelésmódok önkényes megváltozása következtében a gyógyhely hatása ne veszélyeztessék, a hatóság az érdekelt gyógyhelytulajdonosok kérelmére egyes művelésmódok változatlan fenntartását elrendelheti, úgyszintén elrendelheti a művelésmódok oly változását is, mely a gyógyhely érdekében szükséges.

Tényleges állapotoknak az emlitett szempontból szükséges megváltoztatása, úgyszintén a tényleges állapotnak másokra kárral járó változatlan fentartása csakis a megváltoztatás vagy a fentartás által károsítottaknak a teleptulajdonosok által teendő teljes kártalanítása mellett foglalhat helyt. Kivételt képeznek ezen szabály alól azon állapotok, melyek a közegészségügyre általában véve is káros hatásúak s a közegészségügy rendezéséről szóló törvény alapján minden kártalanítás nélkül eltávolithatók, úgyszintén azon állapotok, melyek fentartása más törvényes intézkedésekből folyik.

8. §. A gyógyhely körül meghatározandó védőövön belül oly iparágak gyakorlása s gazdasági berendezések, üzlettelepek létesítése s általában oly munkálatok foganatosítása, melyek a gyógyhely természetétől folyólag a telep nyugalmának vagy egészségügyi hatásának ártalmára lennének, nem engedélyezhetők.

Már fennálló üzlettelepek, gazdasági berendezések és más műveletek csak kisajátitás útján, a tulajdon szabad használatából folyó, de a gyógyhely közérdekű czéljaival ellentétes ténykedések, úgyszintén a jelen törvény hatálybalépte alkalmával már gyakorolt szabad ipar, ha ezen közérdekű czéllal ellentétben áll, csakis teljes és előleges kártalanítás mellett szüntethetők meg.

9. §. A védőöv határát az érdekeltek kérelmére esetleg hivatalból a belügyminister a földmivelésügyi ministerrel egyetértőleg állapitja meg.

10. §. A védőöv kijelölése iránt hozandó határozatban a hatóság a művelésmódok megváltoztatása, illetve a tényleges állapot fenntartása folytán a tulajdon kihasználásában vagy a tényleges jogok gyakorlásában korlátolt telektulajdonosok, illetve iparosok kártalanítása iránt is intézkedik.

Ha a határozatnak a kártalanítási összegre vonatkozó intézkedéseiben az érdekelt felek meg nem nyugodnának, részükre a birói út nyitva tartatik s a további eljárásra nézve a kisajátitási törvénynek a kártalanítás tekintetében érvényes határozmányai nyernek alkalmazást.

11. §. Gyógyhelyeken a meglevő forrásokra, tekintet nélkül azok vegytartalmára, az 1885. évi XXIII. t.-cz 16. §-ában biztositott jogkedvezmény igényelhető, ha a gyógykezelés ezen forrásra vagy forrásokra van alapitva, illetve, ha azok gyógyczélokra használtatnak.

A védőterület kijelölése az e részben fennálló szabályok szerint a földmivelésügyi m. kir. ministernél kérhető, ki ily esetekben a m. kir. belügyministerrel egyetértőleg intézkedik.

12. §. A védőöv kijelölése iránt a kérvény a belügyministerhez intézendő, ki azt további eljárás végett az illetékes törvényhatóság alispánjához (polgármesterhez) küldi le.

Az alispán (polgármester) a kérvény tartalmáról tájékozást nyújtó hirdetményt a kérvény mellékleteinek másolati példányaival együtt 30 napi közszemlére teszi ki, s annak letelte után helyszini tárgyalást tart, melyre az összes érdekelteket ugyancsak e hirdetmény útján meghivja.

13. §. A ki védőöv kijelölése iránt folyamodik, tartozik igazolni, hogy a gyógyhely, melynek számára a védőöv igényeltetik, a belügyminister által ilyenül elismertetett, tartozik továbbá orvosszakértői véleményt csatolni a védőöv szükségességének s kiterjedésének igazolásául, úgyszintén köteles egy térrajzot s leirást is mellékelni, mely a terület viszonyait (emelkedések, befásitások, épületek, ipartelepek stb.) pontosan feltünteti.

Ezen adatokra vonatkozó okmányok azonkivül annyi másolati példányban csatolandók, a hány község területére a védőöv kiterjeszése tervezve van.

14. §. Ha a gyógyhelytulajdonosok a védőöv kijelölésével egyidejűleg a tényleges állapotok megváltoztatását vagy változatlan fenntartását is kérik, az ez által közvetlen érdekeltek úgy a közszemlére, kitételről, valamint a tárgyalás helyéről és idejéről egyénileg is értesitendők.

Azon esetre, ha az egyénileg értesitendő érdekeltek között olyanok vannak, kiknek tartózkodási s lakhelye ismeretlen, ezek részére az eljáró hatóság ügygondnokot rendel.

15. §. A megejtett tárgyalás eredménye alapján az alispán (polgármester) határozatot hoz, s azt az előző szakaszban jelzett módon közhirré teszi s megerősités végett a beérkezett felszólalásokkal együtt a belügyministerhez felterjeszti.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A légfürdő.

Közli: **Guhr Mihály** dr. Tátra-Széplakról.

A vízgyógyászatban elsajátitott gondolatmenet adott impulsust a légfürdők rationalis igénybevételére. Az eljárás gyakorlati értékét a sokoldalú javallat mellett az alkalmazási módnak egyszerűsége és a mi égövünk alatt bárhol kivihető volta csak öregbithette.

A légfürdő eszméje nem új. *Angelo Mosso* turini tanár mondja egyik munkájában: „a hűvös hegyi levegő az ő gyenge fuvalmaival a bőrre az edző vízkúrához hasonló hatást gyakorol". Ebben már benne van a légfürdő jelentőségének egyik characteristikonja.

A légfürdők alkalmazásának hasznát évtizedek óta hirdeti a „természetes gyógyerőkkel" dolgozó kuruzslók egyike-másika, s ők persze mint panaceumot sorolják ezt is egyéb műveleteik közé.

Mint therapiás eszköz, megfelelő alakot azonban csak újabban nyert *Langendorff* bádeni orvos megfigyelései alapján, kinek az eljárás helyes alkalmazását és dosirozását köszönhetjük. Értekezése nyomán[1] adjuk az alábbi összefoglalást.

A légfürdő abban áll, hogy a beteg a neki megszabott reggeli órában bizonyos ideig mezitelenül tartózkodik, testmozgást végezve, a szabadban. A hűvös, szabad levegő a testre főkép hőingerként foly be. A thermikus inger mellett a szünetlenül mozgó levegőrészecskék mechanikai ingere elenyésző.

A hatás módja hasonlit a hideg teljes fürdőéhez. A bőrerek a hűvös levegő ingerére kezdetben összehuzódnak, majd rugalmas feszülésük megtartása mellett tágulnak, (tonikus tágulás = helyes *reactio*) csak úgy, mint azt más hideg alkalmazásoknál látjuk. Ezen erek viselkedésével szemben ellentétes kaliberváltozást mutatnak bizonyos mélyebb fekvésű ércsövek (pl. az izomzat vérerei). Az értónus általános gyarapodása révén emelkedik a vérnyomás, gyorsul a vér- és nedvkeringés sőt maga az anyagforgalom, s a reactio beálltával kiválóan kellemes a beteg közérzete. Erélyes és hosszú reactiot teremtenünk, mint minden beavatkozásnál azonképen itt is, kardinalis fontosságú követelmény.

Szabály az, hogy minél intensivebb a physiologiai határon belül a hőinger, annál élénkebb a reactio, és minél hosszabb ideig hat be a hő ingere, annál későbben áll elő és hosszasabban tart az erek tonikus, reactiv tágulása.

A levegő tudvalevőleg rosszabb hővezető a viznél. A hőinger is, mit a hűvös levegő kifejt, kisebb mint az ugyanoly hőmérsékű viznek ingere. 18° C. hőfokú levegőt melegnek, 18° C. hőfokú vizet hidegnek találunk; 28° C.-nyi hőmérsékű levegő igen meleg, míg ugyanily hőmérsékű víz langyos. A két közeg ezen egymástól eltérő physikai sajátságainál fogva a légfürdőt *jóval alacsonyabb hőmérsékkel alkalmazhatjuk mint a vízfürdőt, illetőleg mindkettőnél ugyan azon hőfokot feltételezve, a légfürdőben jóval hosszabb ideig tartózkodhatik a beteg a contemplált élettani hatás veszélyeztetése nélkül.*

Az alacsony temperaturájú légfürdőt a beteg korántsem fogja oly hidegnek érezni mint az ugyanoly hőmérsékű vízfürdőt, előbbi a kóros idegrendszerre is kevésbbé izgatólag fog hatni. Viszont azzal, hogy a levegő az időegységben sokkal kisebb hő-quantumot bir a szervezettől elvonni, mint a hasonló hőmérsékű víz, a szervezet hőveszteségе is jelentékenyen kisebb lesz, a mi anaemiás egyéneknél méltán esik latba.

Indicatiok: a légfürdő specifikus javalatait képezik a functionalis idegbántalmaknak épen ezen alakjai, melyeknél a szervezet nagyobb hőveszteséget rosszul tűr el, s a hol mechanikai behatások mint túlerős idegizgatók szintén kerülendők, ellenben a hőingert mint erélyes tonicumot felhasználni kivánjuk. Ide tartoznak a *neurasthenia kimerüléses, ingerlékeny alakjai*, továbbá *chlorotikus* és *anaemiás állapotok.*

A test *edzését* a bőrerek izomzatának tornáztatása által a legidealisabban mozditja elő a légfürdő. A bőr elhalványodása, initialis

[1] Robert Langendorff, Über das Luftbad. Wiener med. Wochenschrift, 1900.

libabőr képződése, a hideg behatására csakhamar megszünik, s vele együtt a dispositio is a meghülésre.

Alkalmazás. A légfürdő kiviteléhez a mi égövünk középmagasságú helyein (300—600 méter magasság) mindössze tiszta levegő és egy hőmérő kell. A férfiak úszónadrágban, a nők ezenkivül a mellre hajtható kötényükben használhatják a légfürdőt egy gyeppel benőtt, fakerítéssel vagy ponyvával körülvett téren, melyen csupán egy hőmérő-állvány és a fedett öltöző-kamra teszi a felszerelést.

A fürdő helyétől azonban megkivánjuk, hogy nagyobb légáramlatok ellen védve legyen, és ne birjon túlnagy reggeli ködképződéssel, mivel e két faktor emelné a levegő hőelvonó képességét. Absolut rossz időben a fürdőt elhagyjuk.

Az alkalmazásba vecndő fürdő hőmérsékének megállapitásánál mértékadó a *beteg bőrének vértartalma*, valamint az egész constitutioja és táplálkozásának foka. A tapasztalat azt mutatja, hogy gyenge szervezetű ember normalisan hyperaemizált bőrrel, jó vasomotorikus reactio mellett alacsonyabb hőmérsékű légfürdőt tűr el, mint a testben jól táplált, de vérszegény köztakaróval biró egyén.

A kúrát anaemiás bőrű betegek 17—20° C. hőmérsékkel, a többiek 14—15° C. hőmérsékkel kezdik.

Az első fürdő tartama 10—20 percz, 2-od vagy harmadnaponként azután meghosszabbitják 5—5 perczczel. A mint a fürdő tartóssaga 1 órát elért, a hőmérséket szállitják lassacskán alá: nyolczad- vagy ötödnaponként 1—1 fokkal. A beteggel egyszerűen koraibb hajnali időpontban kezdhetjük a levegőzést.

Négy hét mulva a légfürdő kezdeti temperaturája átlag már csak 12—15° C., a fürdés tartama pedig körülbelül 2 óra, mit a beteg annál inkább jól tűr, mivel a levegő a fürdő hosszán mindjobban felmelegszik. 10° C. hőfok és 3—4 órai tartósság a fürdő alkalmazásának extrém határai.

A fürdőt a beteg az ágy melegétől vagy séta által fölmelegitett bőrrel kezdi.

A fürdő alatt esetleg fellépő divergis ellen száraz bedörzsölést veszünk igénybe.

A fürdő után a beteg ½—1 órai sétára indul.

Könyvismertetés.

H. Hallopeau et Leredde. Traité pratique de dermatologie. Paris. J. B. Baillère et fils 1900. 24 szines ábrával.

A franczia dermatologusok lázas versengést fejtenek ki e kiállitásos és congressusban dús esztendőben és e versengés a tan- és kézikönyvirásra is kiterjedt. Két nagy dermatologiai munka jelent meg most csaknem egyidejűleg: a czímben jelzett Hallopeautól ca 1000 oldallal, és a „*La Pratique Dermatologique*" (első kötete) *Besnier* vezetése alatt az egész mostani franczia iskolától, de Hallopeau közreműködése nélkül.

H. professor, az óriási anyaggal rendelkező St. Louis-kórház egyik osztályának főorvosa, a franczia dermatologusok egyik legtevékenyebbike — több mint 500 közleménye látott napvilágot — *Leredde*-el, a St. Louis-kórház laboratoriumi assistensével egyetemben irta az előttünk fekvő munkát, a melyről e néhány sorban azon összbenyomást adom közre, melyet az reám gyakorolt.

E műben a társszerzők a dermatologia jelen állását rögzitik saját megvilágításukban.

A munka minden részében önálló itélettel találkozunk és az egész munkára rá van sütve a társszerzők tudományos individualitásának bélyege.

Mindez nem is volt másképen várható, ha tudjuk, hogy *Hallopeau* számos és *Leredde* is több specialis kérdésben az első sorban áll. E mellett elismerést érdemel a külföldi irodalomnak oly nagy fokban való figyelembe vétele, mint az e műben történik. Mindegyik fejezet a modern kutatás szellemében van megirva, valamennyi leköti a figyelmet, és az elmét kritikára, utángondolásra és továbbkutatásra ösztönzi.

Az egyes fejezetek minden része nagy gonddal készült. És ha számos fejezet *klinikai* része mégis kiválik a többi közül, úgy ez a műnek csak előnyére válik, mert a dermatologiában ez a legfontosabb rész. (A klinikai leirás 400,000 beteg észleletére és a hirneves Baretta moulage-jaira támaszkodik.) Egyes fejezetekben azonban, mint az ú. n. „Toxituberculoides", a „Dermatitis herpeti formis Duhring", „Pemphigos" fejezetekben a szerzők az aetiologiát és pathogenesist teljesen saját felfogásuk tükrében mutatván be, azt hiszem, miszerint itt egy kissé túlmentek azon a határon, melyet mai ismereteink alapján megvonhatunk.

Egy szóval, a munka becses és a szakdermatologust, valamint a haladni szerető gyakorló orvost egyaránt kiválóan érdekelheti; e mellett igen szépen van kiállitva, az ábrák legtöbbje kitünő. *Róna.*

Lapszemle.

Belgyógyászat.

A gyomor gümőkórjáról közöl tanulmányt *Simmonds. Petruschky* a primaer ulcus ventriculi tuberculosum diagnosisáról és therapiájáról értekezett. Két esetet közölt, melyeknél positiv tuberculinreactiora támaszkodva, a különben egészséges egyéneknél a tuberculosus gyomorfekély diagnosisát felállitotta. Megjegyzi ezután, hogy több esetet látott, hol több-kevesebb valószinűséggel az ulcus tuberculosus ventriculi felvehető volt. Ezen állitásokkal szemben szerző kiemeli, hogy a pathologiai-anatomiai tapasztalat a fentebbiekkel élénk ellentmondásban van. Ugyanis sok száz sectiot lehet végezni a nélkül, hogy tuberculosus gyomorfekélylyel találkoznánk; isolált vagy primaer gyomortuberculosist pedig ugyan ritkán látott pathologus. Hogy secundaer tuberculosus fekély a gyomorban milyen ritka, mutatja szerző statistikája, ki közel 2000 gümőkóros egyén sectiojánál mindössze 8 esetben talált tuberculosus gyomorfekélyt. Egyébként a fennálló tuberculosus gyomorfekélyek nem is hoznak létre jellemző klinikai tüneteket, a mit legjobban szerzőnek egy esete illustrál, hol autopsiánál szokatlan nagy gyomorfekély találtatott, a nélkül, hogy az életben a legcsekélyebb tüneteket hozta volna létre. Ezért a tuberculosus gyomorfekély diagnosisa intra vitam szerző szerint lehetetlen. Phthisisben szenvedőknél is — ha megfelelő gyomortünetek lépnek fel — inkább ulcus rotundumra kell gondolnunk, mint tuberculosus fekélyre, mert az előbbi phthisikusoknál is gyakoribb, és másrészről pregnánsabb tünetekkel jár. Az eddig mondottakkal ellentétben kiemeli ezután a szerző, hogy igenis a haematogen miliartuberculosisnak a gyomorfalban való képződése gyakori jelenség, melyet azonban csak rövid idő óta ismernek. A gyomorfal mindhárom rétege (mucosa, muscularis, serosa) helye lehet a haematogen miliaris tuberculosisnak. (Münchener med. Wochenschrift. 1900. 10. sz.) *Lengyel Loránd*

Sebészet.

A gelatinának mint haemostaticumnak alkalmazásáról közöl összefoglaló referatumot *Bass.* A gelatinának a vérmegalvadást siettető hatását *Dastre* és *Floresco* ismerték fel 1896-ban. Ha kutyának intravenosusán 5%-os gelatina-oldatot fecskendeztek be, a femoralisból vett vér ⅙—1 percz alatt megalvadt, míg különben 2—3 percz szükséges a kutya vérének megalvadására; kisérleteik kimutatták azt is, hogy a gelatinának véralvadást siettető hatása nem magának a gelatinának megszilárdulása, hanem a vérplasmára gyakorolt befolyásán mulik, továbbá, hogy a gelatina két annyi propepton alvadásgátló hatását képes megszüntetni. *Lancereaux* és *Paulesco* kimutatták, hogy az intraperitonealisan vagy subcutan alkalmazott gelatina szintén növeli a vér alvadékonyságát. *Camus* és *Gley* a gelatina vérmegalvadást siettető hatásának okául az árúbeli gelatina savanyú vegyhatását vették fel; *Floresco* ellenben kimutatta, hogy a közömbösitett gelatinának is megvan haemostatikus képessége. *Bauermeister* szerint a vér alvadékonyságának fokozódása oly módon jő létre, hogy a gelatina phagocytosis útján a fehér vérsejtekbe kerül, s ezeknek a sérült edényfalhoz való tapadását vagy vitalitásuk befolyásolása által, vagy olyképen, hogy a gelatinával megterhelt fehér vértestecsek mechanice tapadékonyabbá válnak, előmozditja. Még nagyobb a controversia a búvárok közt az iránt, vajjon a bőr alá fecskendezett gelatina, mint ilyen (*Lancereaux* és *Paulesco*) vagy peptonizálva (*Camus* és *Gley, Laborde*) kerül a vérpályába.

Therapeutice először *Carnot* alkalmazta a gelatinát 1896. juliusában egy haemophil egyén epistaxisánál 5% oldatnak az orrba való fecskendése és ilyennel átitatott tamponnal való ellátás által. *Freudenthal* szintén epistaxisnál, *Gaudier* orroperatiok után, *Frey* fogextractionál, *Sirdey, Martin, Manicatide* és *Christodulo* metrorrhagiáknál alkalmazták a gelatinát jó eredménynyel. Az utóbbi két szerző különösen ott ajánlja a gelatinát, hol az ergotin ellenjavalt, így terhesség alatti vérzéseknél, azonfelül tartósabbnak mondják a hatást mint az ergotinét; eljárásuk 5%-os gelatintamponnak az orificium uterire való alkalmazásában állott. *Poliakow* ulcus rotundumnál, *Bauermeister* gyomor- és bélrészletcknél a per os nyújtott, *Guttmann* melaena neonatorumnál a klysma alakjában használt gelatinától láttak jó eredményt. *Nouges* hólyagvérzéseknél tapasztalt localisan használt 5%-os oldattól jó sikert.

Subcutan injectiok alakjában aneurysmáknál használják (erről *Sorgo* közölt összeállitást); *Davezac, Curschmann, Huchard* haemoptoënál, *Curschmann* gyomor- és bélvérzéseknél, *Arcangeli, Costinesco* purpura haemorrhagicanál, *Kehr* cholaemiás vérzésnél, *Pensuti* és *Costinesco* dysenteriform és ulcerosus enteritiseknél láttak a subcutan alkalmazástól jó sikert. *Heymann* haemophiliás egyénnél mandolakiirtás után fellépett vérzést kezelt jó sikerrel bőralatti befecskendéssel, *Krausenak* egy haemophiliás egyénnek térdizületi vérzését sikerült részint az izületbe, részint a bőr alá történő injectioval elállitani. *Bass* agyvérzéseknél tartaná az eljárást megkisérlendőnek. Ajánlották a gelatinának prophylactikus subcutan injectioját oly operatiok előtt, melyeknél nagyobb parenchymás vérzésre van kilátás. *Jaboulaynek* sikerült egy emlősarcomát és egy strumát ilyen injectio után úgy megoperálnia, hogy egy ligatura alkalmazására sem volt szükség. *Karchesy* 5 esetben próbálta ki a prophylactikus injectiot; a parenchymás vérzés csekély volt, de a nagyobb edények úgy véreztek mint egyébkor és 4 esetben utóvérzéseket kapott. Fontos lehet operativ szempontból azon *Carnot* által felderitett kisérleti tény, hogy kiterjedt májresectiok után is gelatina localis alkalmazása prompt elállitotta a vérzést *Besedettnoff* a máj és lép kisérleti úton előidézett parenchymás vérzéseinél hasonlót talált; a máj és lép nagyobb edényeinek vérzését azonban a gelatina nem csillapitotta.

A mi a gelatina alkalmazásának technikáját illeti, localisan 5—10%-os, subcutan 1—2%-os physiologikus konyhasó-oldatban feloldott, több alkalommal 100°-nál sterilizált (115°-ra való felmelegités az oldatot használhatatlanná teszi), 38°-ra felmelegített gelatinát használnak; czélszerű a gelatina sterilitásáról oly módon is meggyőződni, hogy több napon át 38° mellett költő szekrényben tartassék, s ebből direct kivéve használtassék fel. Az ily concentratiojú gelatina-oldatból 200 cm³-t szoktak többször is bőr alá fecskendeni. *Pensuti* e helyett 30%-os, néhány centigramm carbolt tartalmazó gelatinából (gelatina Merck) használ fel 3 cm³-t. (Centralblatt für die Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie, 1900. 6—8. füzet.) *Pólya Jenő* dr.

Bőr- és bujakórtan.

Extragenitalis syphilis-infectiok: *Bailey* (The Medical News Vol. LXXII. 12. szám, 1898.) egy 30 éves férfi esetét közli, kinél az oesophagus felső szélén egy indurált fekély volt, melynek fellépését pontos időben secundaer-tünetek követték. Patiens előadja, hogy egy barátjának szájdohányát használta, kinek torkában több luetikus plaque volt. Miután a primaer affectio a dohány élvezete után 3 hétre lépett fel, roseolák, mint már emlitve volt, pontosan jelentkeztek, s miután sem a genitaliákon, sem máshol a köztakarón semmi primaer affectiora gyanus található nem volt, B. azt hiszi, hogy az infectio a syphilitikus virussal telt szájnyák által keletkezett. *Ferro J.* (Thèse de Paris, 1897. 364. sz. 43. old.) a primaer extragenitalis infectiokról értekezve, ama nézetének ad kifejezést, hogy eme infectiok székhelye legtöbb esetben a tonsilla, jóllehet, hogy ezen sclerosisok fájdalmas volta nem egy izben szolgáltat alapot téves diagnosisok felvételére, s ezen tévedés néha még megerősítést nyer az általános tünetekkel és lázzal való együttes fellépése által. Mindenkor nagy súly helyezendő véleménye szerint az indolens kemény cervicalis mirigyek jelenlétére, s ezen lelet meg fogja dönteni a legtöbb esetben anginára tett diagnosist. *Taylor W.* (The Medic. News LXXI. 1897. 17. és 18. sz.) vizsgálatainak eredményeképen ama meggyőződést hangoztatja, hogy a luetikus virus inficiáló képessége minden esetben egy s ugyanaz, s hogy ugyanazon virus egy esetben könnyebb, más esetben nehezebb, súlyosabb kórnak okozója lehet. Igy tehát a lues gyengébb vagy súlyosabb volta az individuumtól függne, sem a chancer nagysága, sem localisatioja semminemű befolyással nincs, s így azon általános hit, hogy az extragenitalis infectiok mindenkor súlyosabb következmények alapja volna, téves. T. véleménye, hogy mai nap már a lues egy sokkal kevésbbé komoly baj, mint volt 3 évtizeddel ezelőtt, mit a sokkal jobb therapiának, a jobb közegészségügyi viszonyoknak, a nagyobb figyelemnek, a tisztaságnak és antisepsisnek tud be. Sőt T. azt hiszi, hogy sok egyén nagyobb ellenálló képességgel bir a luetikus virussal szemben, mint hajdan. Felteszi, hogy sok egyén bizonyos minimalis immunitással bir syphilissel szemben, minek okát a megváltozott szövet-, sőt vérrendszerben keresi, s mely változások létrejöttét az elődökben véli feltalálhatni! A mi a prognosist illeti, az egészséges egyéneknél mindenkor kedvezőbb, mint gyenge, beteges patienseknél. (Ez mindenben így van. Ref.) A gyógyulást illetőleg sokat tud be az intelligentiának, s azt hiszi, hogy nem igen complicált esetekben teljes gyógyulás érhető el (?). Therapiája: az általános secundaer tünetek első idejében oldhatlan higanysókat adagol pilulákban, de rövid idő elteltével az inunctios kúrára tér át, s hosszabb ideig rendeli. Jodot csak súlyosabb luesnél tart szükségesnek. Végül saját álláspontjának erősbitésére megjegyzi, hogy néha erős, egészséges egyénekkel volt dolga, kiknél a súlyos lues minden tünete jelen volt, s ép ezeknél véli feltalálhatónak az elődök által öröklött immunitás hiányát. A chronikus alkoholismus hátrányát a lues gyuladásánál erősen hangsúlyozza. *Gottheil* (Med. Journ. New-York LXVII. 1898.) egy syphilitikus családot mutat be, melynek 10 tagja közül a megfigyelés idején csak 3 ment a luestől, az apa és 2 gyermek, az anya pedig, valamint 3 leánygyermek, (14, 9, és 7 évesek) és 3 fiú (4, 2 és ½ évesek) a lues félreismerhetetlen tüneteivel kerülnek bemutatásra. A 2 éves fiúgyermeknél a II. tünetek az első oltás után közvetlen léptek fel, daczára ennek G. nem itt keresi a lues-infectio okát, hanem a 14 éves leányról megjegyzi, hogy gyakran rossz útra tévedve, valószinű, hogy ő acquirálta s terjesztő el a családban a luest. A lakás és a család életviszonyai elegendő magyarázatot nyujtanak a kór mikénti terjedésére, a nélkül, hogy az infectio megtörténtének biztos és félreismerhetetlen útját megjelölné; csak az anyánál és 9 éves leánynál volt primaer affectio kimutatható.

Schik Károly dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Cystitis tuberculosa gyógyitására *Tanago* a kreosotvasogent használja úgy belsőleg, mint befecskendések alakjában a hólyagba. Ezen kezelés mellett a hólyag izgalma gyorsan csökken, a vérzés és tenesmus csakhamar megszünik. (Monatsber. üb. d. Krankh. d. Harnu. Sexualapparates, 5. kötet, 4—5. füzet.)

Rák gyógyitása. Abból kiindulva, hogy a rák okozója valószinűleg a protozoák osztályába tartozik, a protozoákra pedig a chinin nagyon mérgező hatású: *Jaboulay*, lyoni kórházi sebész inoperabilis rák néhány esetében chinin bőr alá fecskendését kisérelte meg, és tényleg nagyfokú javulást (a daganat megkisebbedése, a beszűrődött nyirokmirigyek eltünése stb.) észlelt. Naponként ½—1 gm. chininum bichlorhydratot fecskendezett a bőr alá. (Semaine médicale, 1900. 25. sz.)

Tüdővészesek éjjeli izzadása ellen feltünő jó eredménynyel használja *Kohnstamm* a Heusner-féle lábizzadás ellen való szerrel bedörzsölést: Rp. Balsami peruv. 1·0; Acidi formic., Chloral. hydr. āā 5·0; Alcohol. absol. 100·0. Egy gramm trichloreczetsav hozzáadása még növeli a hatást. (Therapie der Gegenwart, 1900. 5. sz.)

A jodoform szagának eltüntetésére szappannal való alapos mosás után boreczettel bedörzsölést ajánlanak mint biztos eljárást. (Ref. Wien. med. Presse, 1900. 24. sz.)

A bromsók *Richet és Toulouse* szerint sokkal erélyesebben hatnak, ha adagolásukkal egyidejűleg lehetőleg elvonjuk a szervezettől a konyhasót. Ilyen módon olyan betegeknél, kiknél különben naponként 8—15 gramm bromsót kellett adni hatás elérése czéljából, 2—4 gramm pro die már teljesen elegendő. Ezen tapasztalat különösen a bromismus megelőzése szempontjából, de egyébként is, nagy fontosságú. (Bulletin de thérap. 1900. 7. sz.)

Epididymitis gyógyitására *Christian* a következő eljárást ajánlja: A here óvatos bedörzsölése 20%-os guajacol-kenőcscsel, azután befődés lisztre kent ugyanilyen kenőcscsel, vatta és suspensorium. A kötés kétnaponként változtatandó. Hat nap mulva a guajacol-kenőcs következő kenőcscsel helyettesitendő: Rp. Ungu. hydrargyri, Ungu. belladonnae, Ichthyoli, Lanolin āā 20·0. (Thérap. Gazette, 1900. márczius.)

A chloroformos víz, különösen bismuthummal együtt, sokszor jó szolgálatokat tesz főleg fermentativ eredetű gyomorbajoknál és kerek gyomorfekélynél. Sok beteg azonban nem szivesen veszi, állitólag benzin szaga miatt, a mely szag azonban *Bock* szerint eltüntethető néhány csepp mentha-olajjal. A rendelésmód tehát a következő: Rp. Chloroform 0·9; Aquae communis 194·0; Bismuthi subnitrici 5·0; Ol. menth. pip. guttas II. M. D. S. Óránként egy evőkanállal. (Therapeutische Monatshefte, 1900. junius.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. julius 27.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 28-dik hetében (1900. julius 8-dikától julius .14-ig.) köyetkező volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Élveszületett 382 gyermek, elhalt 273 egyén, a születések tehát 109-vel multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 29·0. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 20·7, az egy éven felüli lakosságnál: 15·1, az öt éven felüli lakosságnál: 13·2. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 0, morbili 4, scarlatina 3, variola —, cholera asiat —, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 1, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 4, meningitis 13, apoplexia 6, eclampsia 1, szervi szivbaj 12, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 36, tuberculosis pulmonum et phthisis 55, diarrhoea et enteritis 14, gastro-enteritis 22, rák és egyéb újképletek 10, ezek közül méhrák 2, morbus Brightii et nephritis 5, rachitis 2, scrophulosis 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 16, atrophia et inanitio 3, marasmus senilis 9, erőszakos halálset 11, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 4, balset 5, kétséges 2 (—). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2610 beteg, szaporodás e héten 796, csökkenés 844, maradt e hét végén 2562 beteg. *B)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi julius 9-dikétől julius 15.-éig terjedő 29. héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 25 (21), diphtheria, croup 15 (10), hagymáz (typhus) 3 (4), kanyaró (morbili) 84 (108), trachoma 7 (10), vérhas (dysenteria) 6 (0), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 26 (16), orbáncz (erysipelas) 0 (12), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1 (1), ezenfelül varicella 11 (17).

* * *

× **A „Biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természettudományi egylet“** a f. é. május hó 15-dikén tartott közgyülésén tartott emlékbeszédeket *(Nogáll Jánosról* Grósz Alberttől, *Korda Kálmánról* Fráter Imrétől és *Vadász Albertről* Edelmann Menyhérttől) kegyelete jeléül kinyomatta. A csinos kiállitású füzet nem régiben hagyta el a sajtót, úgyszintén azon füzet is, mely a fentnevezett egylet által *Kutiák Ágoston* dr. orvostudorrá avattatásának 50 éves évfordulója alkalmából szintén f. é. május hó 15-dikén tartott diszközgyülés lefolyását ismerteti.

△ **Fürdőink személyforgalma.** *Csorbai tó* VII/20. 2862; *Előpatak* (2. jegyzék) 436; *Herkulesfürdő* VII/8. 3335; *Igló-Füred* VII/15. 456; *Lipik* VII/18. 1595; *Lubló* VII/11. 428; *Tarcsa* VII/11. 466; *Tátrafüred* VII/20. 744; *Uj-Tátrafüred* VII/22. 558; *Vihnye* VII/5. 387.

✳ **Váli Ernő** dr. lakását augusztus hó 1-jén Eszterházy-utcza 2. szám alá helyezi át.

○ **Megjelent.** *Nagy Képes Világtörténet* 73-dik és 74-dik füzete, melyben a népvándorlás korának története van befejezve. Egy füzet ára 30 kr. — Dr. *Löw Sámuel.* A magyar szent korona országai balneologiai egyesületének 1900-diki évkönyve. Budapest. 1900. — *Prochnov József* dr. és *Nuricsán József* dr. A magyar orvosok és természetvizsgálók évkönyve 1899-ről. Budapest, 1900.

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedenczéiben az ásványvíz naponkint négyszer megújul, **locális iszapborogatások.** Minden nemü 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.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. (XX. ülés 1899. május 9-dikén.) 470. l. — Biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1899. október havi szaküléS.) (1899. november havi szaküléS.) (1899. deczember havi szaküléS.) 471. l.

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(XX. ülés 1899. május 9-dikén.)

Elnök: **Kézmárszky Tivadar**; jegyző: **Tóth István.**

Elnök megnyitja az ülést és a jegyzőkönyv hitelesítésére Király és Walla tagokat kéri fel.

I. Tóth István: Portio-amputatio után rejtett pyosalpinxből kiinduló peritonitis; halál.

K. B. 43 éves nőnél a portio mellső ajkában kifejlődött kis almányi fibroma miatt a portiot amputálják s a sebet sodronynyal varják. A műtét II. napján d. u. 37·7°, a III. napon r. 37·8, d. u. 37·7°, a IV. és V. nap láztalan; pulsus 76—96°. VI. napon r. 36·6°, d. u. 38·3°; feltárás, mely után rázóhideg, 40·6°. VII. napon r. 37·4°, délben 39·8°, varratokat kiveszik, sebfelület kissé nekrotikus. Lázak fennállanak, peritonitis lép fel s a XI. napon halál.

Sectionál: genyes peritonitis, mely legkifejezettebb a medenczében, a hol régi összenövések között kétoldali pyosalpinxet találnak. A folyamat kiindulása csak innen magyarázható; a sebben, a parametriumokban sehol semmi thrombotikus folyamat, úgy hogy egyáltalán sehol nem találnak összefüggést a sebzési terrenum s a peritonitis között; másrészt a j. o. pyosalpinx körüli abscessus képezi góczpontját a medenczebeli s az általános peritonitisnek.

Valószinű, hogy részint a műtét alatt, részint a jelzett feltárások idején történt mechanikus insultus inditotta meg a genyes tubák vongálása folytán az egész folyamatot.

Tuszkai Ödön: Az eset különösen a gyakorlatra nézve fontos. Négy év előtt egy 24 éves nő gonorrhoea tüneteivel kereste fel (urethritis, metritis, j. o. fluctuáló daganat). Főpanaszát nem a folyás, hanem j. o. székelő fájdalom képezte. Jobboldali salpingitis gonorrhoicát constatált és nyugalmat rendelt. Egy év mulva ismét hivták és ekkor a nőt legnagyobb fokú peritonitis tünetei között találta. A nő tudniillik időközben vérzés miatt orvoshoz fordult, a ki curettezni akarván, Hegar-féle tágitót alkalmazott, a mi igen fájdalmas volt. Három-négy óra mulva a nő rosszul lett és tiz óra mulva meghalt. Itt tehát a peritonitis egy régebbi lobfolyamat mellett kis beavatkozásra bekövetkezett.

Tauffer Vilmos: Az eset kapcsán behatóan kell foglalkozni azon kérdéssel, hogy a gynaekologus hüvelyműtéteknél mennyiben képes a műtét terrenumát sterillé tenni. A hüvelyt tökéletesen sterilizálni kivihetetlen dolog; a szóban forgó esetben hozzájárult még az is, hogy egy daganat nehezitette meg a hozzáférést. Még nagyobb a veszély, ha a szervezetben régi lobos góczok vannak jelen.

Épen ezért a hüvelyi operatiok indicatiojának felállításánál óvatosak legyünk.

A II. női klinikán hüvelyműtétek előtt következőképen sterilizálnak. A műtét előtt 1—2 nappal kezdik a mechanikus tisztitást szappannal és puha kefével; ezután kiöblités 1‰ sublimat-oldattal, jodoformgaze-tamponade; ezt az eljárást még egyszer ismétlik. Ezek után kerül a nő műtétre; természetesen a környezet kellő megtisztitása (borotválás stb.) után közvetlenül a műtét előtt újra öblitik a hüvelyt, esetleg újra kefélik. És ilyen előkészület daczára megesik, hogy a hüvelyseb nekrotizál és a varratokat idő előtt kell kiszedni.

Doktor Sándor: Azt hiszi, hogy a dolog azon fordul meg, hogy a sterilitást klinikai vagy bakteriologiai szempontból vesszük-e. Bakteriologiai szempontból sterillé tenni a hüvelyt vagy egyáltalában nem, vagy csak rövid időre lehet. A klinikusra tehát még az a nagy feladat is vár, hogy a hüvelyt sterilen megtartsa. Az I. női klinikán a hüvely sterilizálását közvetlenül a műtét előtt végzik narkosisban. A hüvelyt szappannal (kefe nélkül) kimossák és azután sublimáttal kiöblitik. Ilyen eljárás mellett jó eredményeket értek el. Hogy a műtét után milyen a sterilitás, mutatja az, hogy pl. kolporrhaphia után az első 24 órában rendesen kis hőemelkedés észlelhető, mely azonban öblitésekre megszünik. A varratokat már évek óta nem voltak kénytelenek felbontani. Nézete szerint az operatio egyes részleteinek is befolyása van a gyógyulásra, pl. a varrat minősége, mennyire sikerül a holt üregek képződését elkerülni stb. Manapság nagyobb gondot fordítunk a bakteriumokra mint a seb ellátására, s ezzel kis fontosságúnak látszó, de a gyógyulást lényegesen befolyásoló körülmények kerülik ki figyelmünket.

A bemutatott esetben sem tudunk kellő magyarázatot adni. Az operatio sebével a sepsist összefüggésbe hozni nem lehet. Annyi bizonyos, hogy a negyedik napon, midőn a gazetampon már bűzös volt, nem volt már meg a hüvely sterilitása. Nagy figyelmet kell forditani arra, hogy mikor távolitsuk el a tampont. Némely esetben 8—10 napig is benmaradhat, máskor már 48 óra mulva el kell azt távolitani. Az I. női klinikán vaginalis műtétek után idejekorán eltávolitván a tampont, öblitéseket alkalmaznak.

Lovrich József: Nem lehet kizárni azt, hogy az infectio a műtét, sebből indult ki. A tubák ilyen daganatainál, mint jelen esetbeni a bakteriumok virulentiája rövid idő mulva tönkremegy. Tudjuk továbbá, hogy a myomáknál a méh ürege streptococcusokat szokott tartalmazni.

Tuszkai: Hüvelyműtétek előtt nem keféli a hüvelyt, mert nem akarja természetes védelmétől, a felhámtól megfosztani. Másik elve az, hogy a műtétet minél gyorsabban kell végezni. Ilyen eljárás mellett még semmi kellemetlensége sem volt. Jelen esetben a peritonitist a fennálló régi lobfolyamatnak tulajdonitja.

Kézmárszky az esetet úgy fogja fel, hogy a hüvelyseb felől történt az infectio, mert a seb szélei nekrotikusok voltak. Az, hogy a parametriumok makroscopice szabadok, még nem bizonyit, mert a beteg csak rövid ideig volt lázas.

A hüvelyt sterillé tenni nem igen sikerül, legfeljebb a felszint rövid időre. Bakteriologice a hüvely sohasem steril. Jelen esetben még akadály is volt jelen a hüvelyben, úgy hogy annak sterilizálása valószinűleg nem sikerült.

Tóth: A hüvely sterilizálásának kérdését ő csak azért nem vetette fel, mert meg van győződve arról, hogy az infectio nem a hüvelyből indult ki. A hasüregben levő lobos folyamattal szemben a kis műtéti sebet venni fel az infectio kapujául, meggyőződése szerint nem lehet. Leégett házfedélnél nem keressük a szándékos gyujtogatást akkor, ha a vizsgálat kimutatja, hogy hibás épitkezés folytán egyik gerenda a kéményen ment keresztül s ez üszkösödött el. Így van ez itt is. De ha a sebből indult volna ki az infectio, az uterus infectioja nem maradt volna el; a méh azonban teljesen ép, csak hypertrophikus. A másik módja az infectionak a nyirokutak; a parametriumok teljesen épek voltak. A harmadik a véredények útja; de ekkor az infectio nem szorítkozott volna a hashártyára. Nincs kizárva, hogy a tubazsák megrepedt. Régi lobos folyamatoknál sokkal kisebb insultusok, mint a műtét, képesek peritonitist előidézni, pl. Tauffer egy esetében gonorrhoeás nőnél 1—2 szál jodoformbélnek a cervixbe való bevezetése.

Kézmárszky: Olyan ágyak, melyekből myomákat távolitottak el, infectio tekintetében igen veszedelmesek. Jelen esetben meg van győződve, hogy a parametriumban infectio nyomait meg lehetne találni. Régebben fennálló pyosalpinxnél a váladék steril, de ha nem is az, csak könnyű, körülirt gyuladást szokott okozni. Megmarad azon nézete mellett, hogy az infectio a hüvelyből indult ki.

II. Bäcker József: Kórboncztani készitmények a szt. János-kórház nőbetegosztályáról.

Az imént lefolyt vitában azért nem vett részt, mert bemutatásai első csoportját kolpotomia útján eltávolitott daganatok képezik és ennek kapcsán óhajtotta megjegyzéseit megtenni.

A folyó évben hét kolpotomiát végzett. Eljárása a következő: Közvetlenül a műtét előtt leberetválja a fanszöröket, szappannal, kefével ledörzsöli a külső genitaliákat és a czombok belső felszinét, szappanos két ujjal kimossa a hüvelyt s azután 1‰ sublimat-oldattal lemossa a külső genitaliákat s két ujj gyenge dörzsölése mellett ugyanolyan oldattal kiöblíti a hüvelyt. Ezen eljárás mindig bevált; egy halálesete volt tiz órával a műtét után, de ez nem esik a műtét rovására. Többi esetei zavartalanul gyógyultak, helybeli lobos folyamat sem fejlődött ki. Esetei a következők:

1. R. M. II. P., utolsó három év előtt, rendesek. Hosszabb idő óta fájdalmak és rendetlen vérzések. A Douglasban egy jó ökölnyi tumor. Kolpotomia posterior. A tumor a méh jobb szélével függ össze; szivós adhaesiok, a tumor eltávolításkor rongyolódik. Drainage jodoformagazeval. Első nap d. u. 38·2°, azontúl láztalan. Microsc. diagn.: Salpingitis chronica callosa e pyosalpingitide chronica orta.

2. K. A. 25 éves 0 P. Felvétetett márczius 9-dikén. Egy hó óta alhasi fájdalmak. St. pr. a kissé duzzadtabb méhtől jobbra egy hosszúkás gyermekökölnyi, baloldalt tojásnyi lobos tumor. Remittáló lázak. Április 14-dikén a jobboldali tumor már másfélökölnyi, a baloldali ökölnyi s igen érzékeny. Próbapunctio genyet mutatott ki staphylococcus albusszal. Április 15-dikén kolpotomia post. Előbb a jobb-, majd a baloldali tumort, végre az uterust távolitják el, egyrészt mert roncsolódott, másrészt mert mindkét tuba interstitialis vége mogyorónyi göb alakjában duzzadt. Zavartalan gyógyulás.

3. M. M. 39 éves, II. P., mindkettőnél placenta leválasztás. Egy évig massage, eredménytelenül. Igen nagy uterus, sinistro et retroversioban odanőtt. Jobboldalt ökölnyi, baloldalt almányi tumor. Profus vérzések. Kolpotomia posterior. A tumorokhoz a nagy uterus miatt nem férhet hozzá. Totalexstirpatio. Jobb adnextumor csak rongyokban, baloldali in toto távolitható el. Műtét: $1^1/_2$ óra, narkosis 2 óra. Vérzés nem volt sok, mindazonáltal a műtét vége felé a pulsus kimarad, s daczára az analeptikus eljárásoknak, nem tér vissza. Halál nyolcz órával a műtét után.

4. H. M. 38 éves, 0 P. Felvétetett április 20-dikán baloldali ökölnyi ovarialis cystomával. Kolpotomia posterior. Punctio, tumor kihúzása, kocsányképpés, méh visszahelyezése, a hüvelyseb egyesitése. Zavartalan gyógyulás.

5. R.-né felvétetett május 3-dikán. Erősen megnagyobodott méh, melyet erősen jobbra tol egy a mellső boltozatot ledomboritó gyermekfejnyi, szabadon mozgatható, elastikus tumor. Kolpotomia anterior, hó-

lyag feltolása, peritoneum átmetszése, tumor punctioja (dermoid) és lassú kihúzása, kocsány ellátása, peritoneum és hüvelyseb egyesitése. Láztalan lefolyás.

Ezen esetekhez hozzávéve a közkórházi orvostársulatban bemutatott két esetet, összesen hét esetben távolitott el lobos adnextumorokat és álképleteket kolpotomia útján.

A kolpotomia előnyei:

Elkerüljük a hasheget és így utólagos hernia képződését. Megkiméljük a beleket, a mi különösen azért fontos, mert ezen műtéteknek laparotomia útján való végzése rendesen hosszú ideig tart. Jobban megóvhatjuk a hasüreget a tumorok infectiosus tartalmától és végül szükség esetén a legtökéletesebb drainage áll rendelkezésre.

Hátrányául nem hozhatjuk fel azt, hogy sokszor igen nehézzé lesz a műtét az által, hogy rendkivül szivós adhaesiokat kell átszaggatnunk, mert ezek a műtétek laparotomiáknál is nehéz esetek, laparotomiáknál pedig a hasüregek megvédése kevésbbé áll módunkban. Két esetben az adnexumokkal az uterust is eltávolitotta; egyszer térnyerés végett, másik esetben, mert a tubák interst. része is meg volt betegedve. Hogy ez jogosult, mutatja a következő eset:

6. Ch.-né. Kétoldalt lobos, gonorrhoeás eredetű tumor miatt castratiot végzett. A nő a műtétből felgyógyult, de csonkexsudatumok, majd az egész medenczét kitöltő exsudatum folytonosan beteggé tették, sőt a castratio daczára folyton vérzett. E miatt totalexstirpatio. Zavartalan gyógyulás.

Álláspontja az, hogy ha kétoldali adnextumor kiirtásánál a tubaris sarkokat megvastagodva találja, a méhet is mindig kiirtja. Arra a kérdésre, hogy nagy tumorokat is per vag. távolítsunk-e el, igen nehéz válaszolni, mert diagnosisunk sokszor tökéletlen.

7. F. L. 20 éves nő, 0 P., utolsó menstr. május 2-dikán. Négy év óta daganata van. Két év előtt három hétig feküdt bélgyuladásban. A tumor ledomborítja a mellső boltozatot, felemelkedik a köldökig. Alkalmasnak látszik kolpotomiára, de eláll ettől a tervtől, mert a nő szivbaja miatt gyors műtét szükséges. Ezért laparotomia. Praeperitonealis vérömleny. A tumor odanőtt a hasfalhoz. Leválasztás, kihúzás. A kocsány csaknem teljesen obliterált két csavarodás miatt. A két obliterált rész között a kocsány oedemás. A tumor intraligamentosus; a tumor és burka között vérömleny, holott a cysta tartalma savó. A kocsánycsavarodás tehát csak a burkokba történt vérzésre vezetett.

Tauffer: A második esetre vonatkozólag ő is azon véleményen van, hogy ha mindkét oldali genyes tuba-daganattal van dolgunk, melyben a betegség átterjedése a méhre constatálható, akkor már a műtéti tervben bennfoglaltassék a méh kivétele. B. utolsó esetére nézve megjegyzi, hogy a mikor hasmetszés útján eltávolítjuk a tubát s az interstitialis beteg részét bennhagyva, alákötéseket is csinálunk, a csonk körül exsudatumok fognak fejlődni, a miért is ő ilyen esetekben a méh totalexstirpatioját végzi. Hogy B. ezen esetében vérzés alig volt, annak oka a parametrium zsugorodásában és az edények obliteratiojában rejlik.

Bäcker: A vérzés csekély fokának okát a tompa kifejtésben látja, a midőn az edényfalak roncsoltatnak. Edényobliteratio nem forgott fenn, a méh véredénydús volt. A szóban forgó esetben már öt év előtt igen nehéz volt a castratio, úgy hogy kénytelenek voltak az adnexumokat in situ lekötni. Valószinűleg visszamaradt a tubából vagy petefészekből valami.

Az idő előrehaladt volta miatt *Temesváry* előadása elhalasztatván, *elnök* az ülést bezárja.

Biharmegyei orvos-gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

(1899. október havi szakülés.)

(Folytatás.)

5. **Baróthy Ákos** dr. jelentése **Nagyvárad 1899. szeptember havi közegészségügyi viszonyairól.**

Élve született 123 gyermek (24 törvénytelen), halva 4 (törvénytelen 3). Az évi születési arányszám 32·1‰, halálozási arányszám 24·8‰ (a helybelieké 17·7‰). 0—1 évig elhalt 35 gyermek (10 törvénytelen), 1—5 éves korig 12 (törvénytelen 1).

Vörhenyben megbetegedett 8 gyermek (elhalt 2), croup és diphtheritisben 3 (elhalt 1), tuberculosisban 3, bélhurutban 22, hökhurutban 5, typhusban 5.

(1899. november havi szakülés.)

1. **Rácz Ödön** dr. „**Az operativ nőgyógyászat haladása**“ czimmel az „angiothrypsia“-ról tart előadást.

Az operativ nőgyógyászati therapiának, úgymond, legújabb és érdekes vívmánya az angiothrypsia, a véredényzúzás. Czélja a vérzés csillapitása, előnye a liguturák nélkülözhetősége. A véredények összenyomása, zúzása által megszünteti a műtéti területen a vérzést, és meggátolja az utóvérzést is. Az új vérzéscsillapitó eljárás alig néhány hónapja ismert, de már is sokat foglalkoznak vele, s előadó külföldi tanulmány útján mindenfelé láthatta a vele megejtett kisérleteket. Párisban Doyen, Tufffer és Pozzi műtéteinél, tehát ott, a honnan a módszer kiindult, láthatta alkalmazását.

Ismertetése kapcsán a franczia viszonyok tárgyalására is kitér. Párisban a nőgyógyászatot nem a szülészek, hanem a sebészek művelik, ezért oly kiváló ott az operativ nőgyógyászat technikája. Nem így Németországban. Mikor 10—15 év előtt a laparatomia és a vaginalis műtétek szaka bekövetkezett, a német szülész-nőgyógyászok nem voltak sebészileg kellőleg kiképezve. E tekintetben a nagy nőgyógyászok autodidakták voltak. Ugyanekkor Francziaországban a sebészek foglalták le maguknak az operativ nőgyógyászatot. S míg a német nőgyógyászok szaktudományukban tudományos műveikkel váltak ki, a francziák a nőgyógyászat technikai részében szereztek elsőséget.

A franczia nőgyógyász a német iskolától tanulja meg, mit kell operálni, de az operálás módjában a német műtevőket túlszárnyalja. A francziák az általános sebészeti elveknek megfelelően operálnak, a németek nem. Egy amputationál pl. a kóros részt eltávolitjuk, mielőtt a nagy edényeket ligaturákkal elláttuk volna. Egy fibroma, ovarialis cysta, stb. kiirtásánál a német iskola szerint a legtöbb időt és gondot igénylő feladat a kóros rész eltávolitása előtt a véredények ellátása. A kóros állapotok által megváltoztatott medenczebeli anatomiai viszonyok közt alákötést eszközölni nagy időpazarlással jár és sok nehézséget okoz, és a peritoneumnak is sok felesleges, nem jól sikerült ki- és beszúrást kell elszenvednie, ezzel szemben a francziáknál azt az elvet látta követni, hogy előzetes vérzéscsillapitással nem foglalkoznak, hanem a műtét gyors befejezése után a pinceekbe fogott nagy erek elláttatnak és látta, mennyi időt nyertek, hogy a műtét tartama a szokottnál $^1/_2$—1 órával rövidebb volt.

A beteg érdekében kivánatos e gyorsaság szempontjából értékes szerinte az angiothrypsia.

E módszer alapeszméje Péané. Az ő kis pince-eibe fogott erekben is thrombus képződött, s a vérzés megszünt. Doyen oly irányban tett kisérleteket, hogy az eljárás a nagy ereknél in situ is igénybe vétessék. Nem a lemetszés helyén a véredény szabad végénél, hanem a véredény lefutásában, s reájött a módszerre, a melynek neve „pince à pression progressive“. Igen nagy erőt kifejtő eszközével a szövetben lefutó 3—6 millimeter lumenü s nagyobb erekre oly nyomást gyakorol, hogy a véredény falai és a környező szövet a nyomás helyén papirvékonyak lesznek. Az intima összetapad, a nyomási helytől centripetaliter thrombus keletkezik, s ha a szövetet az összenyomási hely előtt peripherikusan átmetszük, nincs vérzés. Hosszabb idő után az összenyomás helyétől centripetaliter kötszöveti szaporodás indul meg, a mely a véredényt végleg elzárja, az összenyomott rész elhal, leesik.

Doyen angiotribje után előadó Thumim és Tuffier módositásait ismerteti. Utóbbiak annak az elvnek felelnek meg, hogy az eszköz az igen erős szorítást mozdulatlanságban fejtse ki, mert az összeszorítás csak így nem eredményez ferde sikot, a melynél apró repedések, egyes utóvérzések okai, keletkeznek. Előadó Tuffier angiothryptorával látta a legszebb eredményeket.

Ezek után részletesen ismerteti a műtét menetét angiothryptor igénybevétele mellett. Szinte hihetetlen gyorsasággal végezhető ily módon a műtét. 8—10 percz alatt megnyittatik a mellső, hátsó hüvelyboltozat, kétoldalt a lig. latum ujjnyi vastag szalagja ujjnyi széles sáv alakjában papirvékonyra van szorítva. E sávok és a méh közt történik az átmetszés, a méh s vele együtt az eltávolitandó kóros rész künn van, a szorító véredényzúzók félpercznyi óriási nyomó erő kifejtése után levétetnek, az aláfelé nyilt Douglas-űrbe a lig. latum kétoldali csonkja közé jodoform-gaze drain jön, és a beteg minden vérzés s utóvérzés nélkül ágyba kerül.

Előadó egymásután 30—40 ily műtétet látott vérzés nélkül. s oly esetekben, a hol utóvérzésekről referáltak, a hibát abban keresi, hogy részint az eszközök tökéletlensége, részint gyakorlatlanság miatt az összezuzandó szövet a zárás pillanatában vongáltatott.

Az ily műtét előnyei, hogy technikája könnyebb, mint a ligaturák alkalmazása a hüvelyboltozaton át; ily eszköz birtokában kevésbbé gyakorlott sebész is végezheti a műtétet per vaginam. Az utókezelés igen egyszerű, csak irrigatiokból áll, és nem okoz nagy fájdalmat a Klammerek levétele 36 óra után. De legkielégitőbb a gyorsaság szempontjából, mert előmozditja az asepsis lehetőségét s kevesbbiti a narcosis veszélyeit.

Utal a sterilizálás mai álláspontjára, mely szerint kezünket s a beteg testrészt csak felületesen tehetjük sterillé és a műtét tartama alatt a mélyből újra felszinre kerülnek a bacteriumok. A szervezet ellenálló képességére is annál inkább számithatunk, minél rövidebb ideig van a műtéti terrenum behatásoknak kitéve s a betegre nem közömbös, vajjon 10 perczig vagy 1—2 órán át kell-e narcosisban lennie.

Az előadás után elsőnek *Edelmann Menyhért* dr. szólal fel. Nem tartja magát sebésznek, mert az ú. n. kis chirurgiának is csak egy részével foglalkozik, az operativ gynaekologia meg éppen idegen terrenum reá nézve, ezért az angiothrypsiáról mondottakat a saját tapasztalatai alapján megbirálni nem tudja. Azonban a vérzéscsillapitás ez új módszeréről egy és mást olvasott, de meg az elfogulatlan orvosi gondolkodás is segitségére van, a midőn a kérdéshez mégis hozzá akar szólni.

Nagyon tudja méltányolni azt az előnyét, hogy igénybevételével a műtét jóval rövidebb idő alatt hajtható végre, de a gyorsaság szempontja mellett egyéb szempontokat sem téveszt szem elől.

Mindenesetre gondolkodóba kellett esnie és kételylyel fogadni a nagyon dicsért új eljárást, a midőn azt olvassa, hogy két esetben (Orlow) az edényzúzás után utóvérzés lépett fel az a. uterinából s ily módon ártalmára volt a betegnek.

Ha hiba, hogy a műtét a vérzéscsillapitás eddigi módja mellett túlsoká tart, a mint pl. olvasta, hogy egy méhmyomakiirtásnál a két órán túl tartott műtét alatt a beteg shocban elhalt, hiba az is, ha a gyorsaság szempontjából előnyösebb, de a betegre nézve mégis több koczkázattal járó vérzéscsillapitó módot veszünk igénybe. Úgy látszik,

hogy az egyes véredények gondos lekötése mégis jobban biztosít utóvérzések ellen.

Még jobban gondolkozóba esett, a midőn olvasta, hogy Schwane Berlinben törvényszéki-orvostani szempontból vetette fel a kérdést, nem műhiba-e, ha a vérzéscsillapítás e módja mellett utóvérzésben pusztul el a beteg.

Nem bocsátkozik az előadás birálatába, csupán óvatosságra int.

Konrád Márk dr. szerint igaz, hogy minden új dolgot kritikával kell fogadni, de egyúttal bizalommal is. Az új eljárás mellett szól Aman müncheni gynaekologus, a ki az angiothrypsiát 36 esetben alkalmazta és közleménye szerint egyetlen esetben sem volt utóvérzés.

Grósz Albert dr. is az előadó álláspontját osztja és arra emlékeztet, hogy előadásában megmagyarázta, hogy helytelenül végzett angiothrypsiánál miért áll be utóvérzés.

2. **Edelmann Menyhért** dr. „**Kryptogenetikus sepsis esete**" czimmel tart előadást.

A beteg 48 éves csizmadia. Teljes egészség közepette 5 nap előtt betegedett meg; mérsékelt láz jelentkezett, a melynek oka a kezelő orvos szerint tonsillitis follicularis volt. Az egész garatűr, a mandolák s a nyelvcsap duzzadtak és belöveltek voltak, a mandolákon follicularis anginára jellemző, a lacunákból kiinduló izzadmánypontocskák.

A midőn 5 nappal később a beteget előadó vizsgálta meg, nagyjában ugyanazt a kórképet találta, de a lobos folyamat makacsabb jellegére következtetett abból, hogy ennyi idő után a gyógykezelés daczára az állapot nem javult. Az izzadmánynak már nem volt follicularis jellege, hanem összefüggő, vékony izzadmánylepel fedte a mandolákat. A nyaki mirigyek nem voltak jelentékenyen duzzadtak, bár az egész garatűr duzzanata jelentékeny, s a nyelési fájdalmak igen nagyok voltak. A beteg a nyelést követő fájdalomtól félve, tápfelvételtől tartózkodott. A beteg e mellett láztalan volt.

A következő napon a beteg láztalan volt, de azért azt a gyanut ébresztette, hogy valamely komolyabb jellegű fertőzés esete forog fenn. A rendes hőmérsék mellett a beteg feltünően erőtlen volt, a láztalansághoz viszonyítva érverése igen gyorsított, az érlökések száma perczenkint a százat meghaladta.

A garatűr, mandolák és nyelvcsap még mindig igen duzzadtak voltak s nemcsak a mandolák felületének legnagyobb részét, hanem részben a nyelvcsapot is, felületes, vékony, fehéres, tejszerű izzadmánylepel fedte. Nyelési fájdalmak igen nagyok.

A következő napon a kórkép nem változott. Egy nappal később a lepedék még gyanusabb volt, de nem mutatta a diphtheritis klinikai képét. Bár a beteg láztalan, az érlökések száma 120 volt. Az alig táplálkozó beteg ereje nagyon hanyatlott.

A legközelebbi napon az állapot csak annyiban mutatott változást, hogy a toroknak vaschloridnak glycerines oldatával való kétszeri ecsetelése után a lepedék eltünt s helyén a nyákhártya felületes kifekélyződést mutatott. Nyelésnél a fájdalom még szokatlanul nagy volt, úgy hogy a beteg semmikép sem akart táplálkozni. Ezért másfél napon át a végbélen át tápláltatott, míg azután ennek is ellene nem szegült. Láztalanság mellett az érlökések száma ekkor már a 120-at is meghaladta.

A következő nap meglepetést hozott. A beteg nagy exaltatioban volt, mint egy maniakus, folyton kiabált, dörömbölt, nyugtalankodott s ágyon kivül volt. Oly nyugtalan volt, hogy hőmérést nem lehetett eszközölni. Az érlökés igen szapora és gyönge volt. A nyujtott italt már elfogadta s a fájdalomnak minden jele nélkül nyelte. Vizelete igen megapadt, állítólag egész napon át nem vizelt. Egy megcjtett vizsgálat a vizeletet fehérjementesnek mutatta, s ezért a vizelet megapadását annak kellett tulajdonitani, hogy a beteg alig evett és ivott. A legközelebbi napon a beteg már ismét ágyban volt, már nagyon is nyugodtan. Lázas volt, hőmérséke meghaladta a 39°-ot, érlökése kicsiny és igen szapora. Igen soporosus s az erőhanyatlás jelentékeny. A folytonos erőhanyatlásnak útját állni nem lehetett, s a beteg néhány órával később elhalt.

Az eset elemzése a következő magyarázathoz vezetett. A betegnél először angina lépett fel s ennek kapcsán vagy ezt követőleg fel nem deríthető módon septikus fertőzés. Az is lehetséges, hogy maga az angina részjelensége volt az általános fertőzésnek. Felvehető, hogy a fertőzés bemeneti kapuja a tonsilla volt.

Általános septikus fertőzés így történhetik, mert a sepsist okozó microorganismusok nemcsak sebeken át, hanem látszólag sértetlen nyákhártyán is bejuthatnak a szervezetbe. Főkép a tonsillán alkalmas a nyákhártya erre, mert lacunái, kryptái a nyákhártya felületére nyilnak, s a nyirkmenetek is odaszájadzanak.

Könnyen megtörténhetik, hogy a nyákhártya a garat valamely pontján, legkönnyebben a lazaszövetű tonsillán szemmel nem is látható sérülést szenved, s így is elég tág kapu nyilik a microorganismusok bejutására.

Az is megmagyarázható, hogy honnan kerülnek a microorganismusok. A tonsilla lacunáiban mindig vannak streptococcusok és staphylococcusok, a melyek valamely alkalmi ok behatására a tonsilla nedvkeringésébe és onnan a véráramba jutnak. A tonsilla különben is nagy szerepet játszik általános fertőzések keletkezésénél. Az eseteknek nem csekély számában a torok és a mandola lobosodása az első a betegség jelei közül, illetőleg e lobosodás már maga is része az általános fertőzésnek, sőt némely esetben a betegségnek egyetlen észlelhető localisatioja. Lehetséges az is, hogy a torok s a mandola lobosodása nem ugyanegy fertőzésből ered s a már lobos mandola nyit útat az általános fertőzésnek.

Az előadás után *Grósz Albert* dr. azt a kérdést intézi az előadóhoz, hogy a torokban látható lepedék s a láztalanság után itélve, nem támadt-e az a gyanuja, hogy a betegnek luese van.

Berkovits Miklós dr. az előtte felszólalónak azt a választ adja, hogy lues felvételére támpontot nem lát. A luetikus elváltozások annyira jellemzők, hogy még a beteg tagadásával és tájékozatlanságával szemben is megállapítható a lues jelenléte. Az előadó kórmagyarázatát elfogadja, s a kryptogenetikus infectiok casuistikájához gyakorlatából ő is két esettel akar járulni.

Az egyik egy 11 éves leánygyermekre vonatkozik, a kinél indigestio tüneteinek előremenetelével nagy kiterjedésű urticaria lépett fel, a melyet a betegség harmadik napján a legsúlyosabb erőhanyatlás jelenségei mellett erythema multiforme váltott fel. Az erythema lefolyásában egymást váltották fel a legsúlyosabb complicatiok: endocarditis, polyarthritis (genyes izzadmánynyal) pneumonia, míg mintegy két heti időtartam után a szivnek kifáradása folytán beállt a halál. Az infectio oka nem volt kideríthető. Elbeszélték ugyan, hogy a gyermek megbetegedése előtt más városban tartózkodott, s ott a családban egy gyermek valamely küteges bántalomban szenvedett, de a fenforgó küteg oly jellegző volt, hogy más küteggel nem volt felcserélhető.

A másik eset egy 6 hónapos csecsemőre vonatkozik, a ki a legvirulóbb egészség közepette hirtelen lett beteg, mérsékelt hőemelkedéssel. Habár lokalis tünet nem volt kimutatható, szóló a csecsemő halványságából, felette gyors szivműködéséből valamely fertőzésre gondolt, a nélkül, hogy a fertőzés minőségére, lokalisatiojára valamely támpontja lett volna. A megbetegedés napján a csecsemő, a ki anyatejjel lett táplálva, tehéntejet kapott. Alig 10—12 óra mulva purpura fulminans praegnans tünetei mutatkoztak, a szervezetre gyakorolt toxikus hatással, úgy hogy a gyomor- és bélvérzések s a szív hűdése folytán a halál 36 óra alatt bekövetkezett. Szóló azt véli, hogy ez esetben a kórokozó hatány az intestinalis csatorna útján jutott a szervezetbe, s toxinok alakjában fejtette ki pusztító hatását. Talán a tej volt a vivő, bár az anya kijelentése szerint megbizható helyről nyerték s felforralva lett nyujtva.

Úgy az előadás tárgyánál, mint annál az oknál fogva, hogy szóló az erythema multiforme egy esetéről emlékezett meg, még egy tapasztalatáról, egy 20 éves férfi esetéről akar megemlékezni, a kinél angina follicularis folyamán typikus erythema exsudativum, gyógyulással, lépett fel. Ez is egy adat a mandolákon át történt fertőzések újabban nagyobb figyelmet keltő casuistikájához.

Még csak azt óhajtja megjegyezni, hogy sajnálattal nélkülözi az előadó által részletesen ismertetett esetnél az utolsó napok vizeletének vizsgálatát.

Konrád Béla dr. azt kérdezi, hogy milyenek voltak előadó betegénél a nyaki nyirkmirigyek. Szerinte ez igen fontos, mert tudvalevőleg a nyirkmirigyek a szervezetnek védői az infectiokkal szemben.

Előadó kijelenti, hogy a beteg észlelése nem egy tekintetben hiányos volt, mert az esetet az első napokban egyáltalában nem ismerte, később is csak mint consiliarius rendetlen időközökben látta. Azt azonban biztonsággal mondhatja, hogy a nyaki nyirkmirigyek duzzanata jelentéktelen volt.

Grósz Menyhért dr. Konrád Béla dr.-nak a nyirkmirigyek szerepére vonatkozó szavaira reflektál. Ő úgy tudja, hogy a mirigyek nagysága befoly a prognozis megállapítására, s a betegséget súlyosabbnak tartja, ha a mirigyek beszűrődése nagyobb. Konrád dr. véleményével szemben valószinübbnek tartja, hogy a nyirkmirigyek megnagyobbodása a fertőzés mérvével arányos.

3. Titkár bemutatja **Baróthy Ákos** dr.-nak **Nagyvárad város 1899. október havi népmozgalmi statistikáját** feltüntető jelentését.

Élve született 133 gyermek (törvénytelen 25), halva 3 (törvénytelen 1). Az évi születési arányszám 34·8‰, halálozási arányszám 19·1‰ (helybelieket véve 11·7‰). 0—1 éves korig elhalt 14 (törvénytelen 4), 1—5 éves korig 7 (törvénytelen 2).

Kanyaróban megbetegedett 2 egyén, vörhenyben 15 (1 halálozással), croup és diphtheritisben 5 (1 halálozással), typhusban 5 (1 halálozással), 1 gyermekágyi lázban (1 halálozással), tuberculosisban elhalt 8 egyén, bélhurutban elhalt 8 egyén, tüdőlobban és hörghurutban elhalt 3 egyén.

(1899. deczemberi havi szakülés.)

1. **Comsia János** dr. (Szombatság) „**Situs inversus viscerum**" egy esetét mutatta be.

A bemutatott különben egészséges leánynál a szivtompulat jobboldalt van s ott érezhető és hallgatható a szivcsúcslökés is. A szivtompulat és a szívhangok normalisak, a szivcsúcs az ötödik és hatodik borda közt van, a bimbóvonalon belől. A Traube-féle tér jobboldalt, a szivtompulat alatt volt megállapitható. A lép is jobboldalt volt, tompulata a mellső hónaljvonalban a kilenczedik bordánál kezdődik és onnan lefelé terjed a bordaívig. A máj bal oldalon található és a tompulat oly viszonyokat mutatott, a minőket jobboldalt szokott mutatni. Szénsavfejlesztés útján a gyomrot felfúva, az jobb felé fekvőnek találtatott, alsó határa egy ujjnyival mélyebb volt mint rendesen. A belek is fordított helyzetben vannak.

2. **Fráter Imre** dr. **Gyomorsipolyképzés két esetéről** referált, egyik műtett és gyógyult betegét bemutatván a szakülésnek.

3. **Konrád Márk** dr. egy elhalt szülőnőtől származó **kórboncztani készitményt** mutat be. A nőnél *placenta praevia* volt jelen, és állapotának súlyosabbá tételéhez járult még, hogy uterusában két nagy fibroid fejlődött. A beteg a legsúlyosabb anaemia tüneteivel jött a helybeli bábaképezdébe, a hol, bár a szülést gyorsan befejezték, néhány órával később elhalt. Az emlitett két dag közül az egyik gyermekfejnagyságú volt s kétségtelen, hogy a placenta praevia létrejötte oki összefüggésben állt a méh két daganatával. A nőnél már a terhesség utolsó két hónap-

jában jelentékeny méhvérzések voltak. Az intézetbe jött nőnél a méhszáj csak egy ujjnyi volt, ezért colpeurynterrel tágittatott. A colpeurynter egy fél óra után kiesett, s ekkor a méhszáj már eléggé tágult volt ahhoz, hogy a fordítást eszközölhessék. A fordítás után a vérzés megszünt és félórával később a szülés önként megtörtént.

A placentáris időszak után újra kis vérzés lépett fel, de ez az uterus tamponálása után csak minimalis volt, de az anaemia a megelőző nagy vérvesztések miatt oly jelentékeny volt, hogy aether-injectiok, konyhasós oldatinfusiok és autotransfusio daczára a szülőnő életét nem lehetett megmenteni.

4. **Gerő Sándor** dr. **„A tuberculosisnak sanatoriumokban való gyógykezelése“** czímen tart előadást, ismertetve a sanatoriumok ügyében felmerült mozgalmakat a külföldön és nálunk. Emlékeztet Leyden mondására: a tüdőbetegség (tüdőtuberculosis) gyógyítható, s a megindult sanatoriumi mozgalom okvetlenül czélhoz fog vezetni. Ismerteti a sanatoriumban történt gyógykezelés eredményét, a mely igen kedvező, megemlékezik főkép Németország viszonyairól, a hol 3000 beteg befogadására eddig 45 sanatorium épült, végül indítványozza, hogy az egylet kezdeményezze egy városunkban felállítandó „szegény tüdővészes betegek sanatoriuma“ létesítését.

Az előadáshoz *Comsia János* dr. fűz megjegyzéseket. Szerinte a létesítendő sanatoriumok egyik jelentékeny haszna a fertőzés lehetőségének apasztása, de ne ringassuk magunkat — úgymond — túlságos illusiokban. Mindenekelőtt várjuk be a sanatoriumi statistikák tanításait.

5. **Gerő Sándor** dr. **„Heveny sokizületi csúz és complicatioi“** czímen tart előadást.

Az előadás egy gyári munkásról szól, a ki szeptember hó végén munkaközben hirtelen lett rosszul. A másnap látott betegnél a kóros jelenségek az izületekre szorítkoztak, főkép a térd-, boka-, váll- és könyökizületre. A betegnél heveny sokizületi csúz volt megállapitható. A szokásos gyógykezelésre a beteg 10—12 nap alatt annyira javult állapotba jutott, hogy a még jelentkező csekélyebb fájdalom megszüntése és némileg korlátolt mozgási képesség megjavitása végett meleg fürdőket vehetett. A fürdőket azonban nem tűrte, s mert állapota nem javult, kórházba vétette fel magát. Onnan még mindig betegen október 16-dikán került ki.

A beteg ekkor jelentékeny, szúró szivtáji fájdalmat érzett, a szivcsúcs felett systolenél endocardialis zörej volt hallható, a mely a szív alapja felé mindinkább gyöngült. A jobb szív megnagyobodott, a pulmonalis második hangja ékelt volt. E kifejlődött kéthegyű billentyűelégtelenség mellett, október 24-dikén újabb tünetek jelentkeztek: a szívtompulat jóval nagyobb lett, megváltozott a tompulat alakja, a mennyiben a szívcsúcs táján volt a legszélesebb s felfelé keskenyülő, a csúcs felett a zörej már nem volt oly tisztán hallható, a csúcslökés is alig érezhető. A szegycsont jobb szélén, a harmadik bordaközben, kaparó, hóropogáshoz hasonló dörzszörej volt hallható, a melyet az endocardialis zörejtől meg lehetett különböztetni s mely a sthetoscop nyomására erősbödött. E zörej pericardialis volt s a folyamat pericarditis exsudativa. A betegnél ezenkivül hátul, a lapoczszöglet magasságáig követhető tompulat találtatott, a mely felett légzés nem volt hallható. Tehát pleuritis exsudativa is volt kimutatható. A beteg légzése orthopnoikus volt.

Mindezen kóros állapotok november 18-dikáig megjavultak. A következő napon azonban újra erős rázóhideg jelentkezett, s az egész hasban jelentékeny fájdalom. A vizsgálat peritonitist derített ki, a mely a beteget 24 óra alatt megölte.

Az összes savós hártyáknak ily módon, egymás után való megbetegedése már a ritkább esetek közé tartozik.

6. **Baróthy Ákos** dr. **Nagyvárad 1899. november havi közegészségügyi állapotáról** szóló jelentését olvassa fel.

A lefolyt hóban vörhenyben megbetegedett 34 egyén, ebből elhalt 5, roncsoló toroklobban megbetegedett 12 egyén, elhalt 3, hasi hagymázban megbetegedett 12 egyén, elhalt 4, kanyaróban megbetegedett 14 egyén.

PÁLYÁZATOK.

3933/1900. sz.

A **m.-valkói körorvosi állomás**, melynek székhelyéül M.-Gy.-Monostor község lett megállapitva s a melyhez Bedecs, Derite, O.-Bikal, Erdőfalva, M.- és O.-Gy.-Monostor, M.-Valkó, Keleczel, K.-Ujfalu, N.-Kalota, Bocs, Bökény, Incsel, Meregyó és Retyiczel községek tartoznak, jelenleg üresedésben lévén, annak betöltésére pályázatot nyitok.

Ezen állomás 1000 kor. fizetés, 400 kor. úti átalány és 200 kor. lakbér, összesen 1600 koronával van javadalmazva.

Megkivánom jegyezni, hogy a körorvosnak esetleg kilátása lehet arra, hogy a Kalotaszegi erdőipar részvénytársaságtól magándijazásban részesüljön, s esetleg kilátása lehet arra is, hogy a trachomás szembetegek kezeléséért az államtól 600 kor. évi dijazásban részesüljön.

A betegek látogatása alkalmával azonban fuvardij nem számitható fel.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t-cz. 143. §-ában foglalt minősitvénynyel, eddigi alkalmaztatásukat, valamint erkölcsi magaviseletüket igazoló bizonyitványnyal, valamint a román nyelvben való jártasságukat igazoló bizonyitványnyal felszerelt pályázati kérésüket hozzám **augusztus 1-jéig** adják be.

A választás a m.-gy.-monostori körjegyzői irodában augusztus 4-dikén fog megtartatni. A megválasztandó körorvos köteles lesz állását augusztus 15-dikén elfoglalni.

A járási főszolgabirótól

B.-Hunyad, 1900. évi julius hó 8-dikán.

3—3 *Kertész*, főszolgabiró.

2741/1900. sz.

A lemondás folytán megüresedett **árpádi körorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok. Ez egészségügyi körhöz Árpád és Erdő-Gyarak községek tartoznak. A körorvos fizetése évi 600 frt s a látogatási díjak, valamint a kézi gyógytár jövedelme.

A pályázni óhajtók folyamodványaikat az 1883. évi I-ső t.-cz. 9. §-a és az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirtak figyelembe vételével legkésőbb **ez évi szeptember hó 17-ik napjának d. u. 5 órájáig** nyujtsák be alantirott főszolgabiróhoz, annyival is inkább, mert később érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak az Árpád községházánál ez évi szeptember hó 19-dikén d. e. 10 órakor megtartandó választásnál.

Nagy-Szalonta, 1900. évi julius 10-dikén.

3—3 *Nagy Károly*, 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.

Dr. SZONTÁGH-féle VÍZGYÓGYINTÉZET UJ-TÁTRAFÜREDEN.

Egész éven át nyitva.

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

Indicált: Légzőszervi bántalmaknál (**tüdő**, gége stb., asthma), functionalis idegbántalmaknál (**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.

SEBÉSZETI OSZTÁLY

Budapest, VII., Stefánia-út 55.

Vezetők: Dr. ROTTMANN E. s Dr. UNGAR D. operateurök.

Minden igényeknek megfelelőleg berendezett **mintahelyiségek.** — **Mérsékelt árak.** — **Gondos ápolás.** — **Állandó orvosi felügyelet.** — Műtét és gyógykezelés bármely tetszés szerinti speczialista által.— Telefon.

Lápfürdők a házban.

Az ásvány-lápfürdőknek egyedüli természetes pótléka

LÁPSÓ | LÁPLUG

száraz kivonat rekeszekben à 1 kg. | **folyékony kivonat** üvegekben à 2 kilo.

Főraktár:

ÉDESKUTY L.

ásványvíznagykereskedés, = cs. és kir. udvari szállitó = **BUDAPESTEN.**

Dr. KELETI és KULPIN

nyilvános borjú-himlő-nyirk termelő intézete

Békés-Csabán

szállit utóbajok nélküli biztos fogamzásért vállalt kezesség mellett, kitünő oltóanyagot a következő leszállitott árakon:

1 phiola	3 egyénre	---	— K. 60 fill.	1 phiola	20 egyénre	---	2 K. — fill.
1 „	5 „	---	— „ 80 „	1 „	30 „	---	2 „ 80 „
1 „	10 „	---	1 „ 20 „	1 „	50 „	---	4 „ — „

Tömeges oltásoknál 25 százalék árleengedés, oltóeszközök a beszerzési áron, hitel novemberig.

Sürgönyczím: KELETI, BÉKÉS-CSABA.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 30. számához. 4. szám. Budapest, 1900. évi julius 29.

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. *Szili Adolf* tnr.: A szarúhártya felhámlazulása. — *Gabler Lajos* dr.: Conjunctivitis vernalis. Összefoglaló irodalomszemle. — *Könyvismertetés.* — *Irodalomszemle.* — *Vegyesek.*

A szarúhártya felhámlazulása.

Szili Adolf tanártól.

III.

A recidiváló felhám-leemelődések erőművi úton való létrejöttére nem lehet gondolni azon feltevés nélkül, hogy a beteg szemen a szarúhártya felhámtapadása valahogy csorbát szenvedett. Erre már első rövid közleményemben és későbben klinikai jelentésemben is reámutattam. Attól a kisérlettől, mely a feltevés helyességének bebizonyítására szükséges lett volna, kezdetben aggályom tartott vissza, hogy ilyen beavatkozás által a szem talán túlságos károsításnak volna kitéve. De már részben megerősítve láttam feltevésemet *Biber* közleménye által, mely szerint *Haab* két esetében egy-egy erősebb hólyagképződéssel együttjáró roham után, midőn megkisértette a hólyagfalát eltávolitani, azzal együtt a szarúhártya többi felhámjának nagy része is levált. A szarúhártyafelhám leválásának ezen kóros jelenségét későbben némileg más körülmények között *Hess* is észrevette, midőn az úgynevezett keratitis filiformis (Fädchen-Keratitis) tanulmányozása alkalmával, részben a górcsövi vizsgálat számára, részben gyógyítás czéljából a szarúhártya lekaparását végezte.[1]

Biber, ki dissertatiojában *Haab* észlelését csak futólagosan emliti, ahoz semmiféle továbbmenő érvelést nem fűz. Ép oly kevéssé bocsátkozik *Hess* a jelenség értelmezésébe még a keratitis filiformisra való tekintettel sem. Alapos elővigyázatból; mert a szarúhártyafelhámnak leválaszthatósága úgy látszik nem fordult elő minden esetében; valamint én is gyakran észleltem elég dús recidiváló fonálkaképződést szilárdan tapadó felhámon. Ellenben figyelemreméltónak tartom, hogy *Hess*-nek azon négy esete között, melyben a felhám ezen lazaságát külön emliti, egyszer a szemnek sérülése előzte meg a betegséget, másszor az illető szem hónapok óta fennálló visszatérő erosioban szenvedett, és egy harmadik esetben még a fonálkák megjelenése előtt a szarúhártya felületén körülirt herpesalakú bántalom volt jelen.

Azzal a feltevéssel, hogy ezen tényekben félre nem magyarázható bizonyitékot lehet látni az általam már megelőzőleg klinikai szempontból megalapitott nézetem számára a fájdalomrohamok és recidivák létrejöttét illetőleg, kezdődött nálam azon korszak, melyben *minden idevágó esetben, ha csak lehetséges volt, megkisértettem a szarúhártyafelhámot leválasztani.* Daczára annak, hogy nemsokára meggyőződtem, hogy a beavatkozás, szokásos körültekintés mellett, teljesen veszélytelen, sőt látszólag a laza szarúhártyafelhám művi eltávolitása, az azt követő gondos utókezeléssel együtt, a bántalomra kedvező befolyással van: az eljárást mégis csupán akkor alkalmaztam, ha a beteg, kinek a közvetlen következmények tudtára adattak, abba beleegyezett. Igy alkalmam volt, 14 szemen, mely az itt szóban forgó bántalomban szenvedett, a szarúhártyafelhám leválaszthatóságát megkisérteni; *mindegyiken positiv eredménynyel.* Az e mellett észlelt tények újdonsága követeli, hogy mindenekelőtt az egyes kóresetekről rövid jelentést tegyek. Négy esetben a betegséget nem előzte meg kimutatható sérelem.

I. eset: *St. Róza,* 64 éves. Négy év előtt gyermeknek körme által sérült meg jobb szeme. Heves fájdalmainak daczára orvosi gyógykezelésben nem részesült. Látszólagos gyógyulás 14 nap alatt. Első recidiv egy hónap mulván. Ismétlődések 1—2 hónapi időközökben. *Roham mindig reggel ébredés alkalmával,* „mintha tü volna szemében“.

Két év előtt láttam a beteget ilyen roham után. A szarúhártyán centrumától lefelé kb. kendermagnagyságú beivódott felületes folytonossághiány. Scopolamin-becseppentéssel és kötéssel öt hétig lett gyógykezelve. Három hónapig a szem jó maradt; ezentúl újra kisebbfokú rohamok, mit a beteg annak tulajdonított, hogy sokat sirt. Csak ezelőtt 5 hónappal állottak megint be hevesebb rohamok; az utolsó még nem teljesen gyógyult recidiv 3 hét előtt. A folytonossághiány ugyanazon helyen van és épen úgy néz ki, mint két év előtt.

A felhámtakaró, cocain hatása alatt, a hiány szélén szemszőrcsipővel megfogva, egy szél melletti 1·5 mm. széles öv kivételével, széles szallagszerű darabokban a legnagyobb könnyüséggel a szarúhártyáról lehúzható. (Formalin-keményítés, Van Gieson-festés, lapszerinti készitmény.) Scopolamin, kötés, gyógyulás két hét alatt.

Épen hat héttel későbben, mely idő alatt a szem rohamtól ment maradt, a látszólag teljesen ép szarúhártya-felületről a felhám, pincettával megfogva, legcsekélyebb ellentállás nélkül sátoralakúlag felemelhető, de nemsokára oldalt elszakad és három irányban majdnem a szarúhártya széléig leválasztható, három egyenlő 3—4 mm. széles darabban. (Formalin, safraninfestés, lapszerinti készítmény.) Két nappal későbben a felhám látszólag teljesen regenerált. A beteg már néhány hét óta, minthogy a nervus supraorbitalis érzékeny, *Hirsch* javaslata szerint naponta 1/3 gr. chinint fogyaszt. Scopolamin, kötés. 15 nappal későbben éjjel jellegzetes roham. Szarúhártyafelület épnek látszik focalis világosságban is. Áteső világosságban való vizsgálatot ezen szemnél az egyszersmind jelenlevő cataracta incipiens korlátozza. Tizenkét nappal későbben igen heves éjjeli roham. A szarúhártya egészben fénylő és tiszta, csak a centrumtól lefelé csekély egyenetlenség. Nagyító alatt fel lehet ismerni, hogy ezen hely részint felhámtól fosztva, részint zavaros felhámczafattal födve van.

Művi leemelés cocain nélkül. Két nagy darab, mely 2—3 mm.-nyi távolságban a szarúhártyaszéltől leszakad, innen a szélig a felhám erősen tapad. (Lassú alkoholkeményítés, Van Gieson-féle lapszerinti készítmény.) Scopolamin, kötés. Hat nap alatt a felhám teljesen regenerálódott.

Ismét 15 nappal későbben heves roham reggel ébredés alkalmával. A centrumtól be- és lefelé kis teljesen tiszta felületes folytonossághiány. *Művi leemelés cocain hatása alatt. A szarúhártyafelhám könnyen enged a húzásnak felfelé egészen a szélig; a többi irányban keskeny zóna megmarad* (alcoholkeményítés, lapszerinti készítmény). Két nap mulván teljesen regenerálódott.

Következő roham 21 nap mulván, látható hiány nélkül. *Művi leemelés cocain hatása alatt.* Öt nap mulván gyógyult.

36 nap mulván, mely idő alatt csekély kellemetlenségek ismétlődtek, *a látszólag ép szem újra a művi felhámleemelés kisérletének lesz alávetve* (cocain nélkül). Épúgy sikerül, mint minden megelőző alkalommal. (Hirtelen fixálás absolut alcoholban, górcsövi metszetek.)

A beteg még 3 hónapig a másik szemnek episcleritisével

[1] Klinische und anatomische Studien über Fädchen-Keratitis und einige verwandte Hornhauterkrankungen. Graefe's Arch. f. Ophthalm. XXXIX. 2. S. 200 ff.

maradt észlelésünk alatt, mely egész időben a jobb szemet fájdalomroham nem érte. A felhámot leemelni többé nem kiséreltem meg.

Említésre méltó, hogy egyszer a bal szemen is szél melletti exfoliatio alkalmával, mely kötőhártyahurut következtében keletkezett, a szarúhártyafelhámot leemelni próbáltam; azonban nem sikerült.

II. eset: *H. Mór*, 40 éves betüöntő. Nyolcz hónap előtt fémdarab által sérült meg jobb szemén. Fájdalom alig egy napig tartott; nem kezelték. Azóta majdnem hetenkint egyszer reggel ébredés alkalmával szilánkot érez szemében. Két nap előtt éjjel, miután előtte való este még egészen jól érezte magát, heves fájdalommal ébredt fel álomból. Nagyfokú izgalom. A szarúhártya centrumától lefelé, körülbelül kendermagnyi nem egész kerék alakú területen, a felhám hólyagszerüleg levált, de egyes helyeken, melyek focalis világosságban a szürkés alapon feketének látszanak, át van lyukasztva.

Cocain hatása alatt a hólyagfal gondosan el lesz távolítva; azonkivül a szarúhártya többi felhámjának nagy része is, újból a pincettával megfogva, ellentállás nélkül leemelhető. Egy 6 mm. hosszú és 5 mm. széles összefüggő darabot nyertem. (Formalin, haematoxylin, lapszerinti készítmény.) Három nappal későbben a felhám az eredeti hólyag helyének kivételével, mely kissé érdes, teljesen regenerálódott.

10. napon (a szarúhártyafelület teljesen sima és fénylő; áteső fényben semmi eltérés; beteg jól érzi magát és már néhányszor kötés nélkül használta szemét) *a felhám újból tartósságára lesz megvizsgálva. Most is nagy kiterjedésben ellentállás nélkül leemelhető.* 7 mm. hosszú, 3 mm. széles darab lapszerinti készítményt (formalin, safranin) képez.

Teljes regenerálás 6 napon belül; de csak a 10. napon tünt el azon skiaskopos eltérés is, mely által egy kis háromszögalakú hely a szarúhártya centruma alatt addig feltünő volt.

Öt hónappal későbben újra láttuk a szemet, melynek többé rohama nem volt. Hm. 2·0 D. Visus $^6/_5$.

III. eset: *Pl. Alajos*, 41 éves vasmunkás. Szarúhártyasérüléssel jelent meg, mely 2 nappal azelőtt a gyárban történt idegen test eltávolítása óta, fennáll. A szarúhártya centrumától felfelé kb. 1·5 mm.-nyi átmérőjü felületes folytonossághiány. Izgalom, idegen test érzése. Dús cocainbecsöppentés után (5%) pincettával a felhámot leemelni próbáltam, *a mi nem sikerült*; csak a lándzsakéssel lehetett kevés felhámot lekaparni. Kötés, scopolamin. Beteg 3 nap mulván jól érzi magát. A szarúhártya felső felében, melynek felülete különben épnek látszik, a történt abrasio helyén egy már szabad szemmel megismerhető fonálka van. *Az ekkor cocain nélkül megkisérelt leemelésnél a szarúhártyafelhám nagy kiterjedésben leválasztható nak bizonyul.* A nyert darabok egyikén a fonálka ül, mely már physiologikus konyhasó-oldatban górcső alatt a *Hess* által leirt alakot és későbben, lassú alkohol fixálás és Van Gieson-festés után, a felhámból való eredetét és epithelialis elemekből való felépítését világosan mutatja. Ez valamint egy másik darab lapszerinti készítménynek marad meg; egy harmadik darabból górcsövi metszetek készültek.

A regenerálás felületes finom zavarodással megy végbe és 3 nap mulván készen van. A szem 5 napig kötés alatt maradt, a felületes homály eltünt. Három hónap mulván újra látjuk a teljesen ép szemet; időközben semmi zavar.

IV. eset: *B. Karolin*, 26 éves. Öt hónap előtt gyermeknek körme által sérült meg bal szemén. Három héttel későbben lépett fel nála az első jellegzetes roham, éjjel ébredés alkalmával. A szem egy hétig beteg maradt. További 14 nap mulván második roham. Igy ismétlődtek a recidivák folyton rövidebb szünetekkel. A beteg most hét nappal az utolsó roham után jelen meg. Szeme izgatott: pupilla atropin által nem teljesen tágult; a szarúhártyán alsó szélétől $2^1/_2$ mm.-nyi távolságban haránt ovális folytonossághiány, mely 2 mm. hosszú és 1 mm. széles; széle beivódott. Scopolamin, kötés. Négy nap mulván látszólag teljes gyógyulás, csak harántul átvilágítva (gyenge szemtükörrel) az előbb sérült helyen jellegzetes fény- és árnyjáték. Tizennégy nap mulván kötés elmarad.

A beteg egy egész évig nem jön hozzánk, daczára annak, hogy már több hónap óta megint ismétlődő rohamai vannak. Ily alkalommal mindig az általunk rendelt scopolamint használja, mire a szem megint rövid időre megbékül. Utolsó időben a recidivák majdnem minden éjjel ismétlődnek. Az utolsó roham óta csekélyfokú izgalom áll fenn; a szarúhártya alsó felében elég kiterjedt felhámfoszlás mutatkozik. *Annak szélén a szemszörcsipővel megfogva a felhámréteg meglepő könnyen széles csíkokban lehúzható* (alcoholfixatio); csak a felső szarúhártyafélnek egy részén ül erősen. Hat nap mulván a regeneratio tökéletes: focalis világosságban nagyitóval minden rendben van; gyenge áteső fényben a centrumtól ki- és lefelé egy $2^1/_2$ mm. átmérőjü optikailag különböző hely. Tizenegy nap mulván kötés és pupillatágító elmaradnak.

Tizennégy nappal későbben a beteg újra megjelen fájdalmas éjjeli roham után. A szarúhártyafelület nem mutat semmi eltérést. Csak a gyenge tükörrel átvilágítva a szarúhártya centrumától be- és felfelé egy két mm. átmérőjü háromszögalakú élesen határolt hely tünik fel sötét árnyékolás által. Ezen így felismert helyen most már focalis fényben is nagyitóval finom leheletszerü homály volt felfedezhető. *Művi felhámleemelés szemszőrfogóval.* A felhámréteg csupán a szarúhártya közepén és az alsó fél egy részében valamivel jobban tapadt; a nagy szallagalakú darabok részint sublimat-, részint alcoholfixatióban részesülnek. Már két nap mulván a felhám látszólag teljesen újonnan képződött, csak áteső fényben a felső szélhez közel váltakozó árnyékok mutatkoznak. A pupilla mint eddigelé folyton scopolamin által *nem* ad maximum tágult.

A beteg beleegyezésével 6 nappal az utolsó művi felhámleemelés után, új kisérlet történik, melynél a felhám a szarúhártya egész alsó feléről lehúzható (fixatio formalinban). A szarúhártya felső felében a felhám szilárdan ül. A regenerálás lassabban megy végbe, mindazonáltal a lelet már 8 nap mulván rendes. További 3 nap mulván kötés elhagyatik.

V. eset. *D. Ferencz*, 15 éves, lakatos. Egy nappal azelőtt vasszilánk jutott jobb szemének szarúhártyájába, mely még beékelve van. A gyárban már megkisérelték eltávolítani. A centrumtól be- és lefelé a beékelt szilánk körül csekély felhámhiány, a többi felület teljesen sima. *A tű alkalmazásánál a felhám oly mértékben annak hegyét követi, hogy kisérletre bir, a felhámot szemszőrfogóval leemelni. Minden ellentállás nélkül enged;* és így centralis hiány keletkezik, mely vízszintes irányban 6, függőleges irányban 4—5 mm.-nyi széles. (Alcoholkeményítés, metszetek).

Csak harmadnapra enged a fájdalom. A szarúhártya közepén még mindig kis felhámhiány, rajta 2 mm.-nyi összegöngyölődött felhámlebenyke, mely nyálfonálnak tekinthető. Azzal a szándékkal, hogy azt a szarúhártyáról eltávolítsam, elővigyázattal fogtam meg a fogóval; *de a gyenge vongálásnak a felhámtakaró egészen a belső szarúhártyaszélig enged és leválik* (fixális Flemming szerint, metszetek). Gyógyulás sokkal kedvezőbb, mint az első leemelés után; már éjszaka fájdalom nélküli. Nyolcz nap mulván teljesen gyógyult. Hat hét mulván újra jelen meg; roham nem volt.

VI. eset: *D. Sarolta*, 52 éves. Tizenöt hónap előtt szemüveg keretével sértette meg bal szemét. Két napig kötés alatt tartotta, mire javult. Egész idő alatt egészséges maradt. Három hónap előtt szemüvegmeghatározás végett volt nálunk, egyéb panasz nélkül. Tegnap este szeme kissé gyuladt volt és ma reggel szemhéjnyitásnál egyszerre fájdalmas lett. Nem türi a világosságot. Középfokú izgalom. A szarúhártyán központjától valamivel lefelé kb. 2 mm. hosszú, 1 mm. széles, teljesen tiszta, felületes folytonossághiány.

Szemszőrcsipővel megfogva, a felhám minden ellentállás nélkül, nagy kiterjedésben leválasztható (egy 5 mm.-nyi hosszú, 4 mm.-nyi széles darab alcoholban, egy 2 mm. átmérőjü Müller-féle folyadékban és egy ép oly nagy darab Flemming szerint lett fixálva). Scopolamin, kötés. Teljes gyógyulás 8 nap alatt. Szarúhártya sima, felülete kissé zavaros. További 10 nap mulván a homály eltünt, de gyenge áteső fényben a szarúhártya periferiáján árnyékkoszorú még mindig látható.

Két nappal későbben a szem estefelé ismét izgalmas. Éjszaka heves fájdalomroham. A szarúhártya közepétől *be- s felfelé* körívalakú egyenetlenség. A *Westien*-féle nagyitón keresztül ezen hely lebeny alakjában tünik fel, mely finoman zavaros és felfelé félkörben epauletteszerüleg kiemelkedő széllel határolt. *Az egész darabot, melyet mint hólyagot jelzek, összefüggésben válasz-*

tottam le; a felhámnak egy része még ezentúl is leemelődik, de nem oly nagy mértékben, mint első alkalommal (fixálás sublimatban).

Huszonnégy óra mulván a majdnem teljesen regenerált felhámot újból leválaszthattam, ezen feltünően indolens szemről (fixálás sublimatban). Gyógyulás kissé lassú, finom felületes zavarodással, mely 8 nap mulván eltünt.

Tizennyolcz nap mulván reggel, ébredés alkalmával csekély kellemetlenség. Szem izgalomnélküli. A szarúhártya közepétől *le s kifelé* két igen kis egyenetlenség: nagyító alatt víztiszta hólyagcsák. *A felhámnak művi leválasztása minden ellentállás nélkül, az egész szarúhártyáról keskeny, szél melletti öv kivételével sikerül* (a felhámnak egy része Carnoy-féle folyadékban, egy része sublimatban fixálva). Teljes regenerálás 8 nap alatt. Látóképesség mindkét szemen egyenlő jó.

VII. eset: *B. Anna*, 41 éves, szakácsnő. Két nap előtt gyermek körme által sérült meg bal szemén. Középfokú izgalom, pericornealis belöveltség. A szarúhártya közepétől be- s felfelé kb. kendermagnyi felületes hiány, melynek területén még nehány felhámczafat van; a szarúhártya többi felülete síma és fénylő. *Kisérletnél, a felhámot leválasztani, az minden irányban ellentállás nélkül enged* (fixálás formalinban, egy 5 mm. hosszú s helyenkint 3·5 mm. széles darabot mint lapszerinti készítményt tettünk el). Teljesen fájdalomnélküli gyógyulás kötés alatt. Három nap mulván az egész szarúhártyafelület sima és fénylő.

Minthogy a szem oly indolens, *negyedik napon új leválasztási kisérlet. Egy, a szarúhártya* $^2/_3$*-ad részéről eredő, összefüggő felhámdarab formalinban fixálva lapszerinti készítménynek szolgált.* Fölötte gyors regenerálódás.

Két nap mulván egy közelítőleg ugyanakkora felhámdarab választható le s Flemming-féle savkeverékben fixálva, belőle górcsövi metszetek készülnek.

Egy nappal későbben a szintén már regenerált felhámból hasonló módon kisebb darabot nyerek, mely metszetek készítésére sublimat-oldatban lesz fixálva.

Kötés alatt és gondos utókezelés mellett gyógyulás. Egy hónappal későbben még nem lépett fel recidiv.

VIII. eset: *L. Katalin*, 58 éves. Bal szemét 5 hónap előtt felrepülő tyúk szárnytollával sértette meg. 1 napig kötés; másodnapra szemét gyógyultnak mondták. Igen kevéssel későbben állottak be majdnem éjjelenkinti fájdalomrohamai. A beteg fél a mély elalvástól. Ha ébredéskor elég óvatos és szemét csak lassan, ujjai segítségével nyitja, a fájdalom többnyire elmarad. Jelenleg ilyen éjjeli roham után a szem izgalom nélküli; szarúhártya teljesen sima, semmi homály.

Miután a szarúhártyát közepétől lefelé felületesen megkarczoltam, igen könnyen, nehány 2—3 mm.-nyi széles felhámdarabot választhattam le. 8 nap mulván gyógyult. Éjjel bórkenőcsöt alkalmaz és 3 hétig fájdalom nélkül marad, mely idő után a szem hurutos és ismét fájdalmas lesz. A szarúhártya közepétől lefelé kis egyenetlen hely. A szem kivált érintés iránt érzékeny, így főleg mozsdás és leszárításnál. Nehány nap mulván az említett helyen a felhám hólyagszerű; *eltávolítás* (részben Müller-féle folyadékban, részben alkoholban fixálva).

Minthogy az állandó fájdalmasság annak tulajdonítandó, hogy a beteg otthon a kötést folyton felemeli és szemét piszkálja, kórházi ápolásba vesszük. Binocularis védőkötés alatt teljes gyógyulás 6 napon belül. Ezen idő óta a szem fájdalomtól ment.

IX. eset: *V. István*, 48 éves szabó. Két hónap előtt bal szeme venyige által sérült meg. Harmadnapra gyógyulás kötés és borogatás alatt. 11 nap mulván éjjeli fájdalomroham, „mintha valami szemébe esett volna". Azóta nem javult teljesen; most 3 nap óta tetemes rosszabbodás. Hurut, pericornealis belöveltség. A szarúhártyán, közepétől valamivel lefelé, finom homály, melynek helyén a felület, kiemelkedés nélkül, kissé érdes. Gyenge áteső fényben aránytalanul sötét árnyék.

A művi leemelés könnyen sikerül és jóval túlhaladja az említett hely területét (fixálás Carnoy-féle keverékben). Scopolamin, kötés.

Eleintén megbékül a szem; de felhámpótlás alig mutatkozik. Három nap mulván az izgalom fokozódik, kisugárzó fájdalom. *A szem belnyomása lényeges mértékben fokozódott.* Dús pilocarpinbecseppentés, kötés. Egy nappal későbben pupilla szűk, bulbus lágy, subjectiv kellemetlenségek megszüntek. 10 nap mulván a felhámhiány teljesen pótolva van; a szarúhártya felülete sima és fénylő. Az alsó pupillaszél magasságában kis finom homály.

X. eset: *P. Mária*, 24 éves kézimunkás. Jobb szeme egy év előtt gyermek körme által sérült meg. Egy hétig lege artis gyógyították. 14 nap mulván kezdődtek a jellegzetes éjjeli fájdalomrohamok, eleintén hetekig tartó időközökkel. Olykor megint becsöppentéseket és kötést alkalmazott. Az utolsó hét óta majdnem éjjelenként vannak rohamai, melyek következtében egészen elgyengült. Csekély pericornealis belöveltség. A szarúhártya közepe alatt egyenetlen hely, mely kissé prominens sebszélhez hasonló. Focalis világosságban, nagyítón át nézve, finom beivódási homály, 1·5 mm.-nyi hosszúkás, hajlított háromszög alakjában.

Szemszőrcsipővel ellentállás nélkül 4 mm. hosszú, 3 mm. széles felhámdarab választható le (fixálás részben Carnoy-féle folyadékban, részben Flemming szerint).

Negyedik napon a majdnem teljesen regenerált felhám, — a keratoskop körei rendesen tükröző felületet jeleznek, — *újból, hasonló kiterjedésben leválasztatik* (Carnoy, Flemming). Eleintén scopolamin és kötés, azután *dionin*-nal való gyógykisérlet, melynek befolyása oly kedvezőnek mutatkozik, hogy a kötés és becseppentés ötödnapra elmaradhat.

A következő esetekben *a felhámlazulás megelőző sérelem nélkül lépett fel.*

XI. eset: *Gl. Dezső*, 31 éves, mérnök. 4 év óta visszatérő kötőhártyahurutban szenved. Gyakran reggel jobb szemében heves fájdalommal ébred fel, mely lassan csillapodik. Eleintén ilyen rohamok hosszabb időközökben léptek fel, most sűrűbben. Az utolsó roham reggel 2 óra felé lépett fel ébredés alkalmával. A fájdalom oly heves volt, hogy a beteg többé claludni nem birt, 10 órakor délelőtt bemutatás alkalmával a szem izgalomnélküli. A szarúhártya, felületének tükrözése alkalmával, 3 mm.-nyire alsó szélétől csekély egyenetlenséget mutat. Nagyítón keresztül ezen hely finom felületes vonalokból álló homályt mutat, melyek dülő H-nak alakját utánozzák és finom repedés kinézésével birnak.

Az egész szarúhártyafelhám, keskeny szél melletti öv kivételével, a legnagyobb könnyűséggel nagy szalagszerű darabokban leválasztható. (Formalin, Van Gieson, lapszerinti készítmény.) Scopolamin, kötés. Újjáképződés gyors. 7 nap mulván a kötés, szarúhártyaredőzés miatt, elmarad.

Feltünő ebben az esetben egy gyűrűalakú nem épen egyenletes vonal, mely a szarúhártyaszéllel párhuzamosan körülbelül $1^1/_2$ mm.-nyire azon belül elvonul. Egyenetlenségnek felel meg, mintha ott a szarúhártyának felülete lépcsőszerint kiemelkednék. Ezen vonalat a leemelt, illetőleg újjáképződött felhám határvonalának lehetne tekinteni, ha a másik szem nem mutatna teljesen hasonló eltérést a nélkül, hogy itt leemelés történt volna. Rendelés és a párolgás megakadályozására borax-kenőcs óvatosság a szemnyitásnál.

7 héttel a leirt roham után következik be egy másik. A szem előtte való este munkánál túleröltetve lett. Ébredéskor kellemetlen érzés, mely heves fájdalommá csak akkor fokozódott, midőn a szem nyitása kiséreltetett meg. Délelőtt a bulbus teljesen halvány, fájdalmasság már csak csekély. A szarúhártyafelület tükrözésénél a centrumtól lefelé csekély egyenetlenség: alig 1·5 mm.-nyi rézsútos repedéshez hasonló. Gyenge áteső fényben jelentékeny skiaskopos tünet. *A felhám szemszőrcsipővel megfogva minden irányban majdnem egészen a szélig a legcsekélyebb ellentállás nélkül leválasztható:* 3 nagy darab (lassú alcoholkeményítés, keresztmetszetek). Gyógyulás, mint az első leemelés után.

Csak 3 hónap mulván, megeröltető munka után, lép fel ismét fájdalmasság a reggeli órákban. Kimélet mellett javul. A szél melletti vonal mindkét szemen jelen van, a jobb szemen jelentékenyebb. V = $^6/_{10}$, ugyanaz mint néhány év előtt, mikor ezen szemet szintén megvizsgálni alkalmunk volt.

XII. eset: *Br. Julia*, 52 éves. Néhány hónap óta bal szeme könyezik. Tegnap reggel ébredés alkalmával fájdalomroham, mintha idegen test jutott volna szemére. Középfokú izgalom. A szarúhártya közepén körülbelül kölesnagyságú felületes tiszta

felhámhiány, mint friss sérelemtől eredő. *Pincettával megfogva a felhám az erosio szélétől kiindulva igen könnyen leemelhető.* Így halánték felé egy 3 mm. hosszú, 1·5 mm. széles felfelé, 4 mm. hosszú és 2 mm. széles szallaghoz jutok. Más irányokban nem kiséreltem meg a leemelést. (Fixálás: a kisebb darab alkoholban, a nagyobb Müller-féle folyadékban). Gyógyulás 8 nap alatt.

XIII. eset: *F. Lajos,* 33 éves, bognár. Bal szeme 6—7 nap óta beteg, sérelem nem történt. Vizes megmelegedő borogatásokat használt. Hetedik napon reggel a szem ébredés alkalmával igen fájdalmas volt. Izgalom, pericornealis belöveltség. A szarúhártyán alsó széléhez közel 3—4 minimalis hólyagcsa, a többi felület teljesen sima. *Szemszőrcsípővel megfogva egy majdnem köralakú jó 5 mm. átmérőjű területről a felhám legnagyobb könnyűséggel leválasztható.* (A daraboknak fixálás: részben Flemming-féle savkeverékben, Müller-féle folyadékban és alcoholban történik; mindannyiból górcsövi keresztmetszetek készülnek.)

XIV. eset: *U. Jozefin,* 41 éves, gépész neje. Egy év előtt kötőhártyahuruttal gyógykezelésben volt. Most hosszabb idő óta bal szemen éjjeli fájdalomrohamokban szenved, melyek mindig csak hosszabb alvás után lépnek fel. Csecsemője van, mely gyakran felkölti, mi kínját fokozza. Sérelem sohasem érte. Ilyen rossz éjszaka után jelenleg a szem izgalomnélküli. A szarúhártya felületének tükrözése alkalmával, közepén igen kis kerekalakú felületes egyenetlenség; nagyítón át finom homály.

Szemszőrcsípővel megfogva a felhám minden ellentállás nélkül az egész szarúhártyáról leemelhető (formalin, metszetek). Scopolamin, kötés. Már az első éjszaka teljesen fájdalomnélküli volt. Gondos utókezelés mellett sima gyógyulás 13 nap alatt. Az eredeti erosio helyén pontszerű heg. Még egy időig megfigyelés alatt maradt, a nélkül, hogy fájdalomról panaszolt volna. —

Ezen, időre nézve egymástól többé-kevésbbé elkülönitett észlelések között számtalanszor megkiséreltem, hasonló módon a felhámot részint egészséges, részint másként beteg szarúhártyáról leemelni. Igy alig mulasztottuk el valaha, idegen testnek a szarúhártyából való eltávolítása alkalmával, a karczolási seb felhámszéléhez a pincettát odaillesztení. Éppen úgy jártunk el felületes fekélyesedésnél, herpes corneae, keratitis punctata stb. eseteiben. Ha tekintetbe vesszük, mily könnyen keletkezik a szarúhártyán, mindennapi tapasztalásunk szerint, valamely szögletes tárgygyal való felületes érintkezés következtében felhámlehorzsolás, nagyon sajátságosnak tünik fel az, hogy a felemlitett módon sohasem sikerül, sem a rendes szarúhártyáról, sem a kórtani állapotok hosszú sorában a felhámtakaróból egy összefüggő részletet leemelni. Éppen ilyen eredménytelen maradt minden kisérlet, lándzsakéssel egy isolált felhámdarabot lekaparni, daczára annak, hogy némelykor, enucleálandó szemen narcosisban, teljesen zavartalanul és kitartóan járhattam el. Az anyag, melyet ily módon nyertem, górcső alatt szétrontott és szakitott felhámfoszlányoknak mutatkozott, melyeken a rendes epithel-takarónak rétegzettségét felismerni nem lehetett. Mikor egyszer sikerültnek látszott egy valamivel nagyobb, összefüggő, metszésre alkalmas darabocskát eltávolitani, kitűnt, hogy vele együtt majdnem egész hosszában a legmellső szarúhártyalemezek egy része, melylyel a felhámösszeköttetésben maradt, szintén le volt kaparva. A ki ily módon a szarúhártyafelhám alapjával való normalis összefüggésének bensőségéről meggyőződött, *kénytelen, abban a teljesen megváltozott viszonyban, a mint azt a fent közölt esetekben leirtam, egy sajátszerű kórtani jelenséget felismerni.*

Láttuk, hogy a szarúhártyafelhámnak ezen disjunctioja nemcsak az egyes külön esetekben, hanem különböző időszakokban ugyanazon szemen is különböző kiterjedésű lehet. Mely körülmények itt szerepet visznek, az egyelőre meg nem határozható. Ezen viszonyoknak tanulmányozása élő emberen könnyen érthető okból csak megszabott korlátok közt haladhat. Saját észleléseim legalább még nem vezettek biztos itélethez. Megjegyzem azonban, hogy a leemelt felhám nagysága nem függ sem a bántalom tartamától, sem a már átszenvedett recidivák gyakoriságától. Éppen a hosszú idő óta fennálló és számos recidivával járó esetek némelyikében az első vagy egyike a későbben ismételt művi leemeléseknek várakozás ellenére mérsékeltebb eredménynyel járt. Igy pl. a VIII. esetben az első és a VII. esetben a negyedik leemelés; míg más két teljesen friss esetben igen rövid idővel az eredeti sérelem után, a nélkül, hogy még recidiv érte volna, az egész epithel egy keskeny szél melletti övnek kivételével meglazultnak bizonyult (III. és V. eset).

Többnyire azonban ezen bántalomnál a szarúhártya legnagyobb részét laza epithel fedi. Majdnem szabályt képez, hogy egy többé-kevésbbé széles szél melletti övben a felhám még szilárdan ül, míg középső részei könnyen lefejthetők; bár előfordult az is, hogy a felhámcsik egész a szélig leoldható volt és viszont, hogy éppen egy szigetszerű centralis darab a leemelés kisérletének makacsul ellentállt. A kórtani viszony nevezetessége az által még fokozódik, hogy ezen változó jelenségeket egy és ugyanazon szemen is, az egymást követő művi leemelések alkalmával, észlelni lehetett. Igy a IV. esetben, hol egyszer a felső, másszor az alsó szarúhártyafél felhámját legnagyobb részt megtartotta; továbbá a VII. esetben, hol két gyorsan egymást követő terjedelmes leemelés után a 24 óra alatt regenerált felhám, egy kisebbszerű centralis darab kivételével még erősen tapadónak bizonyult. De ott is, hol legkorlátoltabbnak mutatkozott, a leemelt felhámdarab még mindig 4—5 mm. széles volt.

Minthogy azon górcsövi készítmények vizsgálatánál, melyek első kisérleteimből eredtek, bizonyos későbben felemlitendő szöveteltéréseket találtam, melyeket talán a cocain behatására visszavezetni lehetett volna; nemsokára anaestheticumok alkalmazásáról lemondtam. Ez által a legtöbb esetben a felhámleemelés többé-kevésbbé fájdalmas beavatkozás lett, melyet gyorsan végezni kénytelen voltam. Ez, valamint az operált szemeknek kitérő nyugtalansága oka annak, hogy a legtöbb esetben a laza felhám csak többé-kevésbbé széles szalagszerű csikokban volt levonható; daczára annak egyesek jelentékeny hosszúsággal birnak. Kissé nyugodtabb szemről, elég gyorsan eljárva, 6 és 7 mm.-nyi hosszú ilyen csikokat is nyertem, a mint ezt egyes egészben eltett darabok bizonyitják. Ezeknek egyike, második leemelés egy feltünően indolens (VII. eset) szemről, 7 mm. hosszú és 5 mm. széles. Az összes kisérletekre nézve, továbbá jellegzetes, hogy a laza felhám minden legcsekélyebb ellentállás nélkül leemelhető.

Fölötte fontos tény, melyet kisérleteim által megállapitottam, hogy ezen betegségnél *a felhámlazulás nem az egyes rohamokhoz kötött jelenség.* Az I. esetben öt leemelés közt egyet 6 héttel az utolsó roham után az illető szem teljes jóléte mellett, egy másikat pedig, szintén a szarúhártyafelület teljes épsége mellett, 36 nappal egy spontán fellépett és lege artis kezelt folytonossághiány gyógyulása után vittem véghez; daczára annak, a felhámot ép oly mértékben lazának találtam, mint a többi kisérleteknél közvetlenül a roham után. Ugyanezt tapasztaltam a II. esetben 10 nappal az első leemelés után, mely alkalommal, három kisebb lebenykén kivül, egy majdnem 7 mm. hosszú ivalakú, szallagszerű darabot nyertem és a VII. esetben, hol roham nélküli állapotban az első leemelés utáni 4. napon másodszor, 48 órával későbben harmadszor rendkivül kiadó felhámleemelést végezhettem, melyet 24 óra után még egy negyedik kisebb terjedésű követett.[1]

Nem kevésbbé tanulságos a III. és V. eset. Az elsőben 3 nappal egy körülirt kisebbszerű abrasio corneae után, melynél a felhám még erősen tapadónak bizonyult, kiterjedt felhámlazulás mutatkozott a nélkül, hogy még jellegzetes fájdalomroham kifejlődött volna, a második esetben hasonló (rohamot megelőző) disjunctio mutatkozott oly szemen, mely azelőtt sohasem volt beteg és melyen 1 nappal azelőtt ügyetlen kisér-

[1] Ilyen ismételt beavatkozásokra kizárólag azért határoztam el magamat, hogy ezen rejtélyes betegségnek lényegéhez közeledjem. Emberen való ezen önkényes kisérletezés aggodalmát enyhitette bennem első sorban az illető betegnek minden egyes beavatkozásra kért beleegyezése, továbbá az, hogy az ismételt abrasio corneae a szarúhártyafelület bizonyos betegségeinél már mint gyógyitó eljárás is ajánlva és alkalmazva lett, mint pl. *Hess* által, *Sattler* jóváhagyásával a keratitis filiformisnál; főleg pedig, hogy részemről, minden művi felhámleemelés után, a szemnek utókezelésére legnagyobb gondot fordítottam.

leteket ejtettek meg, idegen testet a szarúhártyából eltávolítani. Mindkét eset első sorban mutatja, mily gyorsan és nagy mértékben nyilvánul a trauma kórtani befolyása a szarúhártyafelhámra. De ezen esetek még más irányba is világítanak. A megelőző passusban arra utaltam, hogy a felhámlazulás a rohamon kívül is fennáll; *itt nyilvánvaló lett, hogy ezen lazulás az elsődleges viszony.* —

A laza szarúhártyafelhám leemelését eddig egészben 31-szer végeztem. Feltehető, hogy a beavatkozás fájdalmassága nem fölötte jelentékeny, mert a legtöbb beteg annak ismétlésére igen könnyen rászánja magát; minden esetre maga a betegség, melytől szabadulni óhajtanak, sokkal kinosabb lehet. Teljesen tárgyilagosan itélve állíthatom, hogy a laza szarúhártyafelhám eltávolítását elébb-utóbb majdnem minden esetben az állapotnak javulása követte: mégis távol vagyok még attól, hogy már most mint biztos therapeutikus eljárást javaslatba hozzam. Néhány régibb esetben, melyet később újra láttam, a felhámleemelések óta a szem teljesen megnyugodott; talán feltehetem ugyanazt másokról is, minthogy az illető betegek a sérelem teljes gyógyulásáig megfigyelés alatt maradtak és hálakifejezéssel búcsúztak, tehát ok nincsen feltenni, hogy a baj kiújulásával nem tértek volna vissza hozzám. Eddigelé azonban hiányzik a biztos tapasztalat, hogy a kóros szarúhártyafelhám eltávolítása után, akár minő gondos is legyen az utókezelés, egészséges felhám által felváltva lesz. Még minden esetben, hol bátorságom volt, egy művi úton létrehozott felhámhiány gyógyulása után, az újonnan képződött, látszólag ép felhámot tartósságára megvizsgálni, azt még mindig, sőt gyakran fokozódott mértékben, leoldhatónak találtam, Eddigelé még egyetlen egy beteget sem bocsátottam el azzal a meggyőződéssel, hogy a kisérletek ismétlése nem járna újra ugyanazon eredménynyel. Egyes protrahált esetek, melyek rendkívül heves rohamok közti igen hosszú időközök által tűntek ki, bizonyítják, hogy nincsen jogunk, egy aránylag hosszú szünetből a művi beavatkozás után, a bántalom végleges gyógyulására következtetni. A mi pedig a tagadhatatlan javulásokat illeti, első sorban azokat a gondos utókezelésnek tulajdonítanám, melyben minden egyes eset részesült. Minthogy azonban a kedvező eredmény némelykor csak ismételt beavatkozás után állt be, valószinűleg még más előttem eddigelé ismeretlen feltételek szorulnak itt teljesítésre. Annyit talán már most is némi jogosultsággal állíthatok, hogy a hirtelenség, melylyel a felhámhiány éppen ezen esetekben regenerálódni szokott, leginkább akadályozza meg az újonnan képződött felhámnak összefüggését alapjával. Azokban az esetekben, hol tartós javulást (vagy gyógyulást) tapasztaltam, az utolsó spontán létrejött vagy művileg előidézett hiány pótlása észrevehetőleg lassabban folyt le.

A művi felhámlemelés után az V. és VIII. esetben *feltűnő rövid idő mulván* igen fájdalmas spontán kikopás jött létre. Mindkét esetben azonban a betegeknek czélellenes magatartását bebizonyítani lehetett és a szemet új művi beavatkozás és szigorúbban vezetett utókezelés által megnyugtatni és további rohamoktól megóvni lehetett. A XIV. esetben a művi leemelés után a valamivel protrahált gyógyulási folyamat pontszerű beszüremkedés képződésével folyt le. A IX. esetben glaucomás belnyomás-fokozódás incidense valószinűleg scopolamin hatása következtében jött létre. Minthogy mindezen esetekben az illető szem nemcsak kárt nem szenvedett, hanem a recidivák, melyek a művi beavatkozás idejéig elég gyakoriak voltak, ezentúl elmaradtak: remélem, hogy ezen kedvezőtlen események bevallása senkit sem fog kisérleteim ismétlésétől visszatartani, melyekben egyelőre az egyedüli utat látom a bántalom lényegének kikutatására.

* * *

Most csak rövid jelentést akarok tenni azon górcsövi leletekről, melyeket az eddig gyűjtött bő anyag szolgáltatott. Fentartom magamnak azok behatóbb leirását egy más helyre szánt közleményem számára. A készitmények előállitásában, melyek közt főleg a számtalan keresztmetszeteknek kezelése igen fáradságos volt, assistensem és barátom *Vermes* dr. úr köszönetet érdemlő mértékben vett részt.

A leemelt felhámdarabok egy részét keményítés és festés után lapszerinti készitmények alakjában conserváltuk. Ezek első sorban a leválaszthatóság pathologiai tényének bizonyítékául szolgálnak. Azok némelyikén azonban helyenként a festés oly jól sikerült, hogy változó beállitás által egymásután az összes rétegekről elég világos képet lehet nyerni. Már itt felismerhető, mi későbben más eseteknek keresztmetszetei által bebizonyult, *hogy a leemelt felhám legnagyobb része az összes rétegeket magában foglalja.* Azonkivül mutatkoznak már itt is bizonyos sajátszerű szövetelváltozások, melyek leginkább a legmélyebb rétegek tömött sejtjeit illetik és főképen *perinuclearis űrképződésben* és *magzsugorodásban* nyilvánulnak. Minthogy ezen leletek jelentékeny mértékben eltérők *Biber* jelentésétől, ki az ő két esetében, nehány szokatlan nagyságú poligonalis sejtnek szórványos találkozásától eltekintve, a felhámot teljesen ép kinézésűnek találta, kénytelen voltam fontolóra venni, vajjon azon lényeges elváltozások, melyet az általam leemelt epithel mutat, nem tulajdonitandó-e bizonyos befolyásoknak, melyeknek a leemelés előtt és után ki volt téve. Kivételével magának a beavatkozásnak itten csak az azt megelőző dús cocainbecsöppentések és az azt követő átvitel a physiol. sós oldatba jöhetnek tekintetbe. A mi a kikerülhetetlen beavatkozást illeti, egyszerübb módszert, mint a laza felhámlehúzását (nem lekaparását) alig lehet kigondolni. Kikerülhető tehát csupán a cocain és a daraboknak rövid tartózkodása physiologikus sós oldatban mielőtt fixáló folyadékba jutottak. Egyrészt a cocain befolyását a szarúhártyafelhámra illetőleg már többféle vizsgálatot tettek,[1] melynek eredményei és az általam észlelt leletek közt bizonyos összehangzás fennállani látszik. Másrészt *Leber* egy régibb dolgozatában[2] függelékül találkozik a szarúhártyafelhám egy magelváltozásának leirása és rajza, mely a laza felhám basalis rétegében általam talált eltéréshez feltünően hasonló és melyet ezen búvár szerint igen kifejezett módon elérni lehet, a szarúhártyának destillált vagy kútvizbe való rövid betevése által (290. lap).

Ezen okból első kisérleteim után nemsokára az összes felhámleemeléseket érzéstelenités nélkül végeztem és a nyert darabokat a szemtől el azonnal a készentartott fixáló folyadékok egyikébe helyeztem. Ha azonban a folytatott vizsgálatoknál a leletek nem maradtak ugyanazok, ezt alig lehet pusztán a jelzett rendszabályoknak betudni; mert ezeknek daczára elég gyakran egész metszetsorozatokban a magzsugorodásnak és vacuola-képződésnek régi képei tértek vissza, mint azon elváltozások, melyek a többieket gyakoriságban határozottan felülmulják. Feltünő és az itt fenforgó viszonyok tanulmányozását semmikép sem könnyebbiti, hogy ezen elváltozások tényleg némely felhámban teljesen hiányzanak vagy legalább sokkal ritkábbak, más daraboknak egyes metszeteiben pedig dús mértékben jelen vannak, míg ugyanezen darab többi metszeteiben, melyek egy és ugyanazon kezelésnek voltak alávetve, nem találhatók.

A górcsövi készitmények felhalmozódásával más elváltozások sorozata is ismeretes lőn, melyek annyiban érdemelnek figyelmet, a mennyiben ugyanazon darabnak különböző metszeteiben előfordulnak és igy az illető egész leemelés számára characteristicumot képeznek. Első sorban emlitem a basalis sejteknek szokatlan bőségét, mely sok leemelés felhámjában előfordul (nevezetesen az I. és XI. esetben). Egyes keresztmetszetekben a basalis sejtek oly szorosan állanak, hogy a sejttestek majdnem botszerűek és mag maghoz illeszkedik.

[1] Különösen *Würdinger:* Experimentelle und anatomische Untersuchungen über die Wirkungen des Kokains auf die Hornhaut. Münchener Medicinische Wochenschrift, 1886. 8. szám.

Cocainnal való kisérletekről figyelemre méltó emlitést tesz *Dalén Albin:* Über das Holokain und dessen Einwirkung auf das Hornhautepithel stb. Mittheilungen aus der Augenklinik des carolinischen medico-chirurgischen Institutes zu Stockholm *(Widmark).* Jena, 1899. 3. lap ff.

[2] Über die intercellularen Lücken des vorderen Hornhautepithels im normalen und pathologischen Zustande. Arch. f. Ophth. XXIV, 1. 252, 294. l.

*

Ezzel szemben másutt megint a felhámtakarónak vékonyulása tünik fel a rétegek csekélyebb száma következtében: lelet, mely többnyire oly felhám számára jellegzetes, mely gyorsan ismételt leemelésből ered. Ilyen keresztmetszetekben azonkivül még a felsőbb rétegekben igen jelentékeny magszegénység mutatkozik, a mit az e helyen még gyér sejteknek ellapulására és lapszerinti kiterjeszkedésére visszavezetendő. Azonkivül fel kell emlitenem bizonyos sejtközti üröknek előfordulását. Ezek helyzetre, alakra és természetesen jelentőségre nézve is különbözők. Igy nehány lapszerinti készitményben (formalin-rögzités, Van Gieson-féle festés) helyenkint, hol kedvező tinctio következtében a sejthatárok elég világosan láthatók, ezeknek szögletein már középfokú nagyitásnál is rendszeresen jelenlevő hézagokat találtam, melyeket alig lehet művi termékeknek tekinteni. Megint másneműek azok a nagy kerékalakú vagy ovalis üregek, melyeknek éles határait ivalakúlag hajlitott lapos sejtek képezik. Minthogy teljesen hasonló környezetben egyes túlnagy kerékalakú és ovalis sejteket többnyire erősen zsugorodott maggal találtam: hajlandó vagyok föltenni, hogy az emlitett üregek ezen képződményeknek a metszetből való kiesése által jöttek létre. Mint oly leletet, mely csak egyetlen egy (XIII.) esetre vonatkozik, itt még egy nagy szemcsés anyaggal megtelt felhámbeli űrt kell emlitenem, melynek helyén, a mint az összes keresztmetszetekből kitünik, a felhám nem annyira helyéből kiszoritva, mint inkább felemésztve lenni látszik, a mennyiben fent is, alant is nagyon vékony rétegre van átváltoztatva és niveaukülönbség nincs jelen. A mi ezt az üreget kitöltő anyagot illeti, emlitendő, hogy a Weigert-féle fibrinfestéssel szemben magatartása negativ volt. Különben ezen eset, a mint a kórtörténetből kitünik, nem a traumás erosiók sorába tartozik. Végül még emlitenem kell a helyenkint szoros csoportokban felhalmozódott magvaknak előfordulását, a mi egyes metszetekben nagyon feltünő, igy főképen a X. eset 1. leemelésének felhámjában.

Emlitenem kell még, hogy az alkohollal kezelt összes készitményeken a magvak festődő anyagának igen sajátságos magatartása tünt fel, mely eleintén gondolkozásba ejtett. A magvak tudniillik csak az egyik félben festődnek meg, még pedig az alsó réteg kerek magvai az alaptól ellenkező irányú félben. A szerint, hogy a fixálás gyorsabban történt a festődő anyagnak eltolása is jelentékenyebb volt. Azon epitheldarabok átmetszetein, melyek a leemelődés után azonnal absolut alkoholba jutottak, a chromatin a magból az emlitett irányba majdnem kilökve volt. Miután ezek az alkoholkészitményeknél rendszeres leletek más módon keményitett készitményekben hiányoztak és minthogy gondosabb megfigyelésnél kiderült, hogy a szarúhártyafelülethez közelebb fekvő magvakon hasonló chromatineltolás fordul elő, de az ellenkező irányba, nem szenvedhetett többé kétséget, hogy ezen eltérésben nem kórtani jelenséget, hanem a rögzitő folyadék befolyását kell tekintenem. Megjegyzendő azonban, hogy ezen összes epithel feldolgozása előtt mindig 24 óránál tovább alkoholban volt, sőt a lassan fixált felhám több napig is.

A leemelt epithel tanulmányozásában mellékesen még megkisértettem, egy kérdéshez közeledni, mely az emberi szarúhártyafelhámot, illetőleg igen nehezen megoldható: t. i. *a regenerálásának kérdéséhez.* Ha valahol, akkor itten áll a vizsgálónak rendelkezésére fiatal, képződésben levő felhám. Annak beszerzésére azonban gyorsan ismételt beavatkozás szükséges, melyre nehéz az elhatározás, sőt a legtöbb esetben lehetetlen. Ebből az okból eddigelé erre vonatkozólag csak három kisérletem van. Kettő a VII. esetből ered, melynél egy elég indolens szarúhártyáról a 3. leemelés által egy-két nap óta, a 4. leemelés által egy 24 óra óta képződésben levő felhámot nyertem. A harmadik kisérlet a X. esetre vonatkozik négynapos felhámmal, mely a 2. leemelésnek szerzeménye. Az első igen nagy darab Flemming-féle savkeverékben, a második tömény sublimat-oldatban, a harmadik részben Flemming szerint, részint Carnoy-féle folyadékban (Alcohol absolutus 6 r., chloroform 3 r., acidum aceticum glaciale 1 r.) fixálva lett. A keresztmetszetek festése részint safraninnal, részint haemalanunal történt.

Azzal az ismert ténynyel szemben, hogy a kifejlett normális emberi szarúhártya felhámban *mitosisok* a rendkivüli ritkaságok közé tartoznak, figyelmem első sorban ezeknek előfordulására volt irányitva az újonnan képződött felhámban. Egyszersmind azonban a sejtrétegek kinézésére voltam kiváncsi, miként alakul a hiány első befedésénél. Különösen *Ranvier* utolsó dolgozatának[1] megjelenése óta ilyen megfigyelések érdeklődést érdemelnek. *Ranvier* t. i. jelentést tesz szarúhártyasebeknek primaer betapadásánál észlelt igen sajátságos folyamatról, mely szerint az első elzárás egy a szomszédos felhámból eredő felhámdugó besülyedése által jön létre, *még pedig minden regenerativ sejtszaporodás nélkül a szarúhártyafelhám egyszerű eltolódása által.* Két egymástól 1 mm. távol merőleges bemetszés között a felhám két rétegre vékonyodott, és a sejtrétegeknek hasonló kevesbedése és lapulása a bemetszésekkel szomszédos peripheriás felhámon is észlelhető. Közel fekvő tehát az a kérdés, vajjon embernél is a leemelés által felhámjától megfosztott szarúhártyarészleteknek fölötte gyorsan bekövetkező befedésében, hasonló folyamat szerepel-e?

Kétségen kivül csak számos kisérletnek és észlelésnek eredménye lesz képes erre kielégitő világosságot vetni: mindazonáltal, az emberi szarúhártyáról eredő hasonló leleteknek ritkaságánál — még azon ellenvetéssel szemben is, hogy észleléseim tulajdonképen nem vonatkoznak ép szarúhártyafelhámra — a kevés is figyelmet érdemel.

A 24 órai felhámnak keresztmetszetei kivétel nélkül az egész felhámtakarónak rendkivüli vékonyodását mutatják. A legalsó rétegnek sejtjei, melyek aránytalanul gazdagabbak mint a felsők, inkább köbalakkal birnak, úgy hogy közelfekvő a gondolat, miszerint a leválás itt talán a 2. rétegben történt és az alapsejtek tapadva maradtak. Ezzel ellenkezik azonban az a tény, hogy a keresztmetszetek alsó határa egyenes vonalt képez és sehol sem mutat olyan öbölszerű bemélyedéseket, melyek a tudvalevőleg nem egyenlő magasságú és helyenkint a felső rétegbe benyomuló alapsejtek kiesésének felelnének meg. Azonkivül tapasztalásból is tudjuk, hogy az eddigi leemeléseknél a leválás mindig a felhám alapján történik. Helyenkint még ezen legalsó rétegben is a sejtek laphámszerűleg elnyúltak. Ezen legalsó rétegen kivül még csak legfeljebb három réteg, mely igen lapos sejtekből áll, számlálható. Ezek, keresztmetszeteiknek vízszintes hosszúsága, valamint a feltünő magszegénység után itélve, nagy mértékben lapszerint elnyúltak.

Az igen számos keresztmetszetekben, melyek ezen epitheldarabból eredtek, csak nehány kétségenkivüli mitosist találtam.

A két napos felhám lényegesen más képet nyújt. Itt a legalsóbb réteg sejtjei sokkal nagyobb mértékben egymáshoz szorultak; a köbalakból helyenkint és csoportonkint a rendes alapsejtek karcsubb alakjává emelkednek. Köbalakú sejtek elég gyakran már a következő fekvésben találkoznak. A felsőbb rétegek száma is több és a sejtek nem annyira lap szerint elnyúltak, valamint átmetszetükön jelentékenyen több mag is mutatkozik. *A mi azonban ezen felhámot leginkább kitünteti az, hogy benne szép mitosisokat találni lehet.* Oly magvak mellett, melyek a chromosomák elrendezése által csak jelzik, hogy élő tevékenységben vannak, kifejlett anyacsillagok és diaster alakok is találkoznak. Mindazonáltal figyelemreméltó, hogy a mitotikus magoszlásnak ezen bizonyitékai aránylag mégis sokkal ritkábbak, mint azt, tekintetbe véve a felhámnak fölötte gyors pótlását, várni kellene. Azonkivül ezen epithel, daczára fiatalságának néhány keresztmetszeten a mélyebb rétegekben is már a magzsugorodás elfajulási jelét mutatja.

Még nagyobb mértékben feltünő ezen kóros elváltozás a *4 napos epithelben*, mely rétegzetének magasságára és sejtalakulásra nézve már jelentékeny fokban közeledik a kifejlett epithelhez. Csakhogy itt is a felsőbb rétegek aránytalan mag-

[1] Récherches expérimentales sur le mécanisme de la cicatriations de plaies de la cornée. Arch. d'anatomie microsc. II. 44. és 177. l.

szegénysége az alapsejteknek tömött elrendeződéséhez képest igen feltünő.

Ezen felhámból eredő számos készítményben, melyeken mindenütt a magszerkezet világosan látható, szintén csak fölötte kevés mitosist találtam.

Távol vagyok attól, hogy ezen kevés leletből biztos következtetéseket vonjak. De a mennyire már azokból is a sejtpótlás folyamatára következtetnünk lehet, nem találunk ellentmondást a *Ranvier* által kisérleteiben észlelt folyamatokkal szemben. Egyelőre azonban rejtélyes marad, hogy a rendkivül gyors sejtszaporodás az oszlási folyamatnak oly elenyésző csekély látható jeleivel megy végbe.

E helyen még emlitenem kell, hogy több készitményben elszórva *közvetlen* (*amitotikus*) *magoszlási alakok* is találkoznak; feltünő mértékben egy a VI. esetből eredő hólyagszerűleg levált felhámdarabban.

* * *

Mindezek után *egy* tény megdönthetetlenül be van bizonyitva és legkiválóbb diagnostikai fontossággal bir: a *felhámlazulás*. Ez, mint kisérleteim mutatják, a betegség egész tartama alatt fennáll. E ténynyel szemben a neuralgiás alapon létrejövő időnkénti eruptiók feltevését többé fentartani nem lehet. Annál jobban látszik megalapitva lenni *a fájdalomrohamok létrejöttének magyarázata a laza felhám mechanikus eltolásából*. Ezt különböző körülmény, főleg azonban a szarúhártyával alvás közben szorosabb érintkezésbe jutott szemhéjnak hirtelen nyitása okozhatja. Az érveket, melyek a klinikai észlelés szempontjából ezen feltevést támogatják, értekezésemben már megelőzőleg elegendő mértékben tüntettem fel.

Igen számos górcsövi készitményeim többszörös, leggondosabb átvizsgálása daczára azoknak biztos értelmezését még nem kisértem meg. Megakadályoz abban első sorban a következő meg nem oldott kettős kérdés: a felhámon észlelhető kórtani elváltozások okai-e a felhámlazulásnak vagy megforditva, a lazulás okozza-e az elváltozásokat? Magam hajlandó vagyok ez utóbbi viszonyt feltenni, és be kell vallanom, hogy igy a felhám disjunctiojának oka tovább is rejtély marad. Kénytelen vagyok tehát, összes leleteimet egyelőre mint puszta tényeket oda állitani, melyeket azonban az itten fennforgó kórtani folyamatnak kutatásánál mindig tekintetbe kell majd venni.

Conjunctivitis vernalis.

Összefoglaló irodalomszemle.

A conjunctivitis vernalisról, mint a conjunctivitis sajátos alakjáról 1846-ban *Arlt* tesz említést, noha valószinű, hogy előtte, a már *Beer* által leirt caruncula (epanastemata) és *Himly* „papula conjunctivae"-ja szintén ezen conjunctivalis bántalom megjelölése volt. *Desmarres* „hypertrophie périkeratique de la conjonctive", *Graefe* (1854) „gallertige Infiltration des Limbus" nevezik, *Hirschberg* phlyctaena pallidanak. *Brockhaus* (1872) nevezte először „Frühjahrskatarrh"-nak. *Wecker* „conjonctivite printanière", *Schweigger* „Sommerconjunctivitis", *Burnett* (1882) „circumcorneale hypertrophie", *Wicherkiewicz* (1888) a limbus conjunctivae recidiváló tavaszi gyuladásának, *Emmert* (1888) „Hypertrophia epithelialis aestiva seu epitheliale sommerhypertrophie der conjunctiva", *Schöbl* (1890) „Conjunctivitis vagy keratoconjunctivitis hyperplastika vernalis", *Goldzieher* (1891) „Conjunctivitis verrucosa vel conjunctivitis superficialis hypertrophica vel Verrucositas conjunctivae", *Uhthoff* „Conjunctivitis marginalis hypertrophica", *Natanson* Saemisch-féle conjunctivitisnek vagy Saemisch-féle szembetegségnek akarja elneveztetni annak első leirója iránti tiszteletből. A franczíák „Conjonctivite (catarrhe) printanière (saisonnière), az angolok „Spring catarrh of the conjunctiva" nevezik.

Arlt a prágai „Vierteljahrschrift 1846-ik évfolyam IV-ik számában három esetet közöl, a melyeknél feltünt neki a limbus conjunctivae azon elváltozása, hogy az szürkéssárgás, áttetsző, kocsonyásan infiltrált, s hogy ezen elváltozás hosszú ideig, mindig a melegebb idő bekövetkeztével lépett fel. Arlt ezen elváltozást a conjunctivitis phlyctaenosa korcsfajának (Abart) tekintette, scrophulotikus egyéneken találta. 1851-ben és 1881-ben megjelent könyvében szintén tesz róla említést. *Desmarres* (Traité des maladies des yeux) a limbus conjunctivaet, a mely a corneát mintegy 1 mm. széles gyürü alakjában vette körül, átlátszatlannak találta; ezen gyürü nem volt a corneára szorosan reánőve, csak fedte azt s kifelé a conjunctiva bulbiba ment át. Ezen gyürü rendesen halvány volt, csak néhány erecske húzódott reá. Gyuladás esetén ezen conjunctivalis gyürü injiciálódott, vöröses színüvé vált és tetemesen megvastagodott. Az erek tetemesen megszaporodtak, ott azonban, a hol a cornea átlátszó kezdett lenni, éles határral végződtek. A conjunctiva bulbi felöl egynehány anastomosis volt látható. Ily esetekben a limbus conjunctivaen, egy noha több fehéres „tumeurs" volt látható, a mely fehéres mészszerü substantiából állott. *Graefe* 1854—55-ben tartott klinikai előadásaiban „gallertige Infiltration des Limbus" néven irta le ezen bántalmat. *Hirschberg* szerint a phlyctaena pallida, a mint ezen bántalmat nevezi, egy ritkán előforduló alakja a phlyctaenanak, a mely már átmenetet képez a granulatióhoz s jellemző a cornea szélén a limbusban fellépő, gombostűfejnyi, halvány, szürkés-vörös, igen kevéssé kiemelkedő infiltratio. Ez kezdetben inkább kocsonyás, később enyhén borús külsőt nyer, 2—3 évig tart, a therapia által nem befolyásolható. *Brockhaus* szerint mindig mindkét szemen fellépő bántalom, s charakteristikus a conjunctiva hypertrophiája és zsiros infiltratiója; sajátsága még, hogy hosszú ideig mindig a tél végével lép fel erős fénykerülésel. Orvosi beavatkozásnak makacsul ellenáll. Brockhaus ezen conjunctivitis differential diagnosisaképen más conjunctivitisektől azt állította fel, hogy ezen alaknál az elváltozások mindig a conjunctiva bulbin vannak, míg a conjunctiva palpebralis mindig változatlan marad. *Saemisch* szerint az elváltozások a limbus conjunctivaera, s a vele érintkező bulbaris conjunctivára szorítkoznak. A conjunctiva bulbinak a corneaval érintkező részén úgy a conjunctivalis, mint az episcleralis erek injiciáltak. Az injectio igen gyakran az áthajlási redőig is terjedhet. A conjunctiva palpebralesek erősebb injectiója elég gyakori. Az injiciált résznek szine sajátos fakó vörös, halvány, s hiányzik azon élénk szín, mely más conjunctivalis injectioknál látható. Ennek oka, hogy serosusan infiltrált a conjunctiva. A limbus egyes esetekben kiszélesedett, mindig borús, kerek gombostűfejnyi vagy hosszúkás, a széllel párhuzamosan haladó göbös, duzzadt kiemelkedésekkel fedett, a melyek kemény állományuak és szürkés fehérek vagy világos pirosak. Jellemző ezen betegségre, hogy mindig tavaszszal lép fel. A cornea mindig ép marad. Mint látjuk, még Saemisch is csak a conjunctiva bulbi és a limbusra terjedő folyamatot tekintette a bántalom kizárólagos székhelyének, míg a conjunctiva palpebralis szerinte mindig ép. *Reymond* 1875 (Annali di ottalmologia) volt az első, a ki a palpebralis conjunctiva elváltozásait is észlelte; szerinte a conjunctiva palpebralis, főleg a felső szemhéj kötőhártyája megvastagodott, sajátosan megfestett, mintha tejjel volna leöntve, s isolált, különböző nagyságú, mérsékelten kiemelkedő, papillaris túltengést mutat, a mely túltengések közül egyesek nyelesek. Ezen helyeknek megfelelően chronikus enyhe hyperaemia van jelen. A fornix enyhe catarrhalis váladékkal fedett. Reymond ezenkivül a limbusban kristálytiszta, kerek, igen kicsiny hólyagcsákat ir le, melyek alatt a cornea tiszta s a melyeket a febris miliarisnál fellépő bőrefflorentiához hasonlónak tart. *Wecker* a conjunctivitis phlyctaenoa közzé sorolja, s szerinte hiányzik a catarrhalis váladék. A limbus körüli elváltozást a következőképen jellemzi: „Le prétendu catarrhe printanier présente, comme caractère particulier, sa localisation constante, sur le limbe conjonctival (principalement le supérieur), qui paraît, élargi faiblement oedématié et parsemé çà et là de petits boutons j'aune rose ou même nettement blancs. Du limbe part une injection sous-conjonctivale terne, rosée; à une certaine distance du limbe, on rencontre parfois de place en place de ces petites boutons blancs, résistans en contact de la sonde, et s'élevant quelquefois jusqu'á ½ a 1 millimétre au — dessus du niveau de la conjonctive." Igen kimerítő *Vetsch*-nek (1879) munkája a conjunctivitis vernalisról. Vetsch dissertatiójában 37 esetről számol be Horner klinikájáról s itt nyert tapasztalatait tárgyalja. Ő elváltozásokat talált a limbusban, a conjunctiva bulbin és conjuntiva palpebralisokon.

A limbus corneae kiszélesedett, megvastagott, szürkés-vörös, ezen elváltozás igen gyakran kiterjed az egész limbusra, leggyakoribb azonban a temporalis és nasalis oldalon. A kocsonyás meg-

vastagodása a limbusnak 2—3 mm. széles lehet és a cornea felé éles határral végződik, a conjunctiva bulbi felé azonban elmosódott határú. Néha gombostűfejnyi, fehéres, kerek, keményebb consistentiájú kiemelkedések fordulnak elő ezen kocsonyás megvastagodáson. A conjunctiva bulbin levő elváltozások a szem zúgból a cornea széle felé haladó hyperaemias erekből, a conjunctiva megvastagodásából állanak. A conjunctiva palpebralesen az elváltozások főleg a felső szemhéj conjunctivájára vonatkoznak s ez a papillaris túltengés, a mely majdnem állandó tünet. A conjunctiva egyenetlen felszinü, kerek, lapos, gombamódra nyélen ülő, kiemelkedésekkel fedett, a melyek gyakran 2 mm. magasak és közepükön besülyedettnek látszanak. Follikulusok soha sincsenek. Az alsó és felső szemhéj conjunctivája megvastagodott, átlátszatlan, zavaros, mintha tejjel volna leöntve. Ezen elváltozásokat oly charakteristikusnak tartja, hogy ebből állította fel több esetben a diagnosist. Egy másik charakterisztikuma, hogy tavaszszal lép fel, typikusan hosszú ideig.

Schweigger (1880) tankönyvében „Sommerconjunctivitis" néven irta le s szerinte is mindig, mindkét szemen 8—10 évig, a melegebb idő beálltával recidiváló bántalom. Elváltozások a limbusban és a felső szemhéji kötőhártyán. A limbus kocsonyás megvastagodása 2—3 mm. széles lehet s a corneát ez által kisebbé teszi, gyakran ezen kocsonyás megvastagodáson fehér kerek, egyenetlen felszinü, fájdalmatlan kiemelkedések is vannak; a conjunctiva bulbi hyperaemiás, halvány, fakó vörös. A felső palpebralis conjunctiván lapos, kerek, gombszerü kiemelkedéseket, e mellett az átmeneti redőben papillaris túltengést is talált. A conjunctiva megvastagodott, átlátszatlan, zavaros.

Meyer (1879) „Frühlingscatarrh, Frühlingsconjunctivitis"-nek nevezi és a conjunctivitis phlyctaenosa egy változatának tartja. Szerinte a limbus conjunctivaen fellépő phlyctaenak gyakran kis abscessusokká lesznek és gyógyulásuk után szürke foltot hagynak hátra, a mi által a cornea kiszélesedettnek látszik. Mint a szemrés irányában a conjunctiva bulbin fellépő sajátos alakját a lymphoma képződésnek irja le *Michel* (Lehrbuch der Augenheilkunde 1884) a conjunctivitis vernalist. A szemrés környéke injiciált és ezen irányban egy erősebben telt vena húzódik; a cornea széltől kisebb vagy nagyobb távolságban szürkés, halvány vörös, kocsonyás vagy colloidszerü megvastagodása észlelhető a conjunctivának. Gyakran azonban a szemrés környéke kevéssé van ily módon elváltozva, hanem akkor a corneát, halvány kiemelkedések veszik körül (phlyctaena pallida). A palpebralis conjunctiva halvány s különösen alul a szemhéjszél irányában mintha vékony tejréteggel volna fedve, máskor fehéres hálószerü hegvonalak láthatók. A tarsal conjunctiva száraz, papillaris kiemelkedésekkel fedett, a melyek mély árkok által vannak elkülönítve, vagy pedig kerek, lapos, vöröses, viasszerü lymphomák vannak a szövetekbe beágyazva.

Ezekben a conjuntivitis vernalis klinikai képe körülbelül megállapíttatott s ezen időtől fogva mindinkább szaporodott az észlelők száma, kik e bántalom körüli ismereteket szaporították s részben egyes, a typusnak felállítottaktól eltérőt, vagy más bántalommal való összefüggését vagy aetiologiai vagy előfordulási viszonyait tárgyalták vagy valamely therapeutikus eljárás vagy mikroskopiai vizsgálataik eredményeit közölték.

Schwan M. Burnett (1882) a négereknél azt tapasztalta, hogy a conjunctiva, a mely a szemrés irányában haránt redőbe szedődik, a minek oka a conjunctiva infiltratiója, barnás festenyezettséget mutat. Ennek oka részben csak az epithelben részben a szövetekben lerakódott pigment. Legsötétebb volt a limbusban, az aequator felé halványodott. Ez nem veleszületett, hanem mindig a conjunctivitis vernalis fellépte alkalmával jelen levő elváltozás. Később *Wechsler* (1898) szintén említ ily sötétes elváltozást a conjunctiván. *Standke* (1885), *Bartel* (1885), *Frick* (1886), *Dorbitz* (1897) inaugural dissertatiókat irtak a conjunctivitis vernalisról s egy vagy több általuk észlelt esetről referáltak. Frick szerint a bántalom a fiataloknál is észlelhető, a cornea felső részén előforduló félholdalakú áttetsző zónából, a melyből később a gerontoxon lesz, indul ki. Conjunctivitis vernalisnál ezen gyürü homályosabb és átlátszhatatlanabbá lesz, szürkéssé válik és kiszélesedik. Ezen kiszélesedés leggyakoribb a cornea felső részén. Egyes esetekben a cornea ovalis lesz, más esetekben pedig körkörös gyürü képződik a cornea körül. Ezen elváltozásokat minden esetében megtalálta. *Emmert* (1888) később *Silex* (1900) 3 alakját különbözteti meg a conjunctivitis vernalisnak: 1. *limbusi alakot*, a hol csak a limbusban, főleg a szemrés irányában vannak szürkés vöröses kemény kiemelkedések, 2. *a palpebralis alakot*, 3. *a kevert alakot*. *Hansen Grut* (1888) a kövezetalakú granulatiókat a felső szemhéjon tartja jellemzőknek, a melyek lehetnek igen nagyok, de mindig laposak. Az alsó szemhéji conjunctiván szerinte soha sincsenek granulatiók. Sohasincs hegképződés, a cornea mindig ép, a tarsus el nem görbül. Ez évben (1888) értekeztek még *Bronner*, *Wicherkiewitz* (1888), a ki „Frühjahrsentzündung des Limbus Conjunctivae" nevezi. *Knus* (1889) a limbus elváltozásának három alakját különbözteti meg. Fellép szerinte 1. *mint diffus duzzanat*, 2. *mint apró fehéres csomók*, eczemás eruptióhoz hasonlólag (Rand-phlyctaena), 3. *mint körülirt* tumor a limbus körül. Ezen daganat szürkés-kékes, kemény s a míg kicsiny a phlyctaenától különböztető jel, mert ennek felszíne sohasem mutat anyaghiányt, alapja mindig halvány. Typikus még: a cornea széllel párhuzamosan haladó, az arcus senilishez hasonló szürkés-fehéres gyürü, a melyből évek mulva is biztosan fel lehet ismerni a conjunctivitis vernalist. *Schiele* (1889) főképen mikroskopiai és mikrochemiai vizsgálatokat végzett. *Schöbl* (1890) majd minden esetében azt tapasztalta, hogy a corneára is reáterjed a folyamat. *Coüetoux* és *Trousseau* (1891) voltak az elsők, a kik azt tapasztalták, hogy az orr- és garatüreg bántalmainak (adenoid vegetatiók) kezelésével a conjunctivalis tünetek is javultak, később *Tétau* (1892), *Lenoble* (1895), *Dávid* (1892) inaugural-dissertatiójában főleg az aetiologiájával foglalkozik s azt mondja, hogy azon feltevés, mintha a meleg és a napsugarak ereje volna a conjunctivitis vernalis előidéző oka, nem helyes, ellene szól az, hogy télen a hómezőre eső és reflectált napsugarak ereje sokkal jobban hatnak a szemre, s így specifikus hatásokat jobban tudnak kifejteni, mint a nyári és tavaszi napsugár, s akkor julius és augusztusban kellene a bántalomnak tetőfokot elérnie, holott az nincs így, s ezen esetben sokkal gyakrabban kellene e bántalomnak fellépnie. S arra az eredményre jut, hogy általános szervezeti megbetegedés (rachitis) hajlandósít a conjunctivitis vernalisra. *Chibret* (1893) szerint a trachoma, a conjunctivitis follicularis és a conjunctivitis vernalis ugyanazon affectiója a conjunctivának. A conjunctivitis vernalis enyhébb nyilvánulási alakja a trachomának.

Panas (1894) conjunctivitis phlyctaenosa közé sorolja. *Gradle* (1896) 12 esetet közöl, s csak egy esetben talált kisfokú circum cornealis elváltozást, a felső szemhéji conjunctiva elváltozásán kivül. A fornix a felső szemhéjon normalis, vagy enyhe papillaris túltengést mutat, az alsó szemhéj sohasem volt megtámadva. *Frank* (1896) a conjunctiva bulbi xerosisa mellett előforduló conjunctivitis vernalist irt le. *Csapodi* (1887) az „Orvosi Hetilap"-ban közöl egy esetet, a hol a limbus szürkés-barnás sánczszerü infiltratuma mellett, az alsó, főképen azonban a felső szemhéj conjunctiváján a papillaris túltengések egész krokodilbőrszerü küllemet mutattak. *Darier* (1897) csak a tarsalis conjunctivára terjedő conjunctivitis vernalist irt le. *Schleich* (1897) szerint polyadenitis universalis hajlandósít e bántalomra. *Angelucci* (1898) az edényrendszer megbetegedését tartja a conjunctivitis vernalis fellépésére alkalmas momentumnak. Szivdobogásra hajlandó egyéneknél gyakori. Activ hyperaemia, edénytágulás az oka. Innen van, hogy hidegben, midőn az erek meg vannak szükülve, nem lép fel. *Wechsler* (1898) 19 esetről számol be, a melyeket a következő három szempontból csoportosít. 4 esetet oda oszt, a hol a cornea részben vagy majdnem egész területében fedve volt a typikus elváltozással s a melyek anyaghiányt is létesítettek, a második csoportba 12 esetet sorol, a hol a conjunctiva tarsalis typikus elváltozása mellett a conjunctiva bulbin is a piszkos, sárgás-vöröses, egyes esetekben barnás csomók is megjelentek, a harmadik csoportba 3 esetet sorol, a mely általános megbetegedés (tonsilla, pharynx, lymphomás daganatok) mellett fordul elő, *Gros* (1898) szerint a cornea ritkán van megtámadva, pannus soha sincs. *Guttmann* (1900) mint a külbőrön előforduló verrucához analog affectiója gyanánt a conjunctivának irja le a conjunctivitis vernalist. Szerinte a felső szemhéj conjunctivája kövezetszerü lapos, szemölcsös növedékkel fedett. A conjunctiva bulbin erek mint fehér-vöröses képletek fordulnak elő a cornea körül. Az átmeneti redők szabadok.

Mint egyéb bántalmakkal complicált eseteket irtak le *Uhthoff*, a kinek betegénél a könyökön, térdén nedvező eczemák voltak, a melyek 2 évig juniustól októberig tartottak, azután *Dorbitz* és *Nieden*, kik a fejen, kezeken és lábakon észleltek eczemát.

A subjectiv tünetek a szerzők megegyező tapasztalatai szerint általában a következőkben foglalhatók össze: fénykerülés, nyomás érzés, a szemhéjak nehézsége, érzékenység por és füst iránt, égés, karczolás, szúrás érzete, idegen test érzése, viszketés. Eleinte könyezés, később catarrhalis váladék fellépte, reggel a szemhéjak összeragadva. *Wecker* ez utóbbi két tünetet tagadja.

Az első, a ki mikroskopiai vizsgálatot végzett, az *Reymond* (1875) volt, s arra az eredményre jutott, hogy a conjunctivitis vernalisnál a kötőszöveti túltengés a főelváltozás, később hozzá csatlakozott *Schiele* (1889), *Haab*, *Vetsch* az epithel réteg túlszaporodását találták, a mely majd 1½, sőt 3-szor vastagabb lehet, mint normalisan. Az epithel réteg határa kifelé szabályosabb, simább, befelé csap- vagy conusszerű növedék alakjában nyúlik az alatta levő szövetbe. E csapok között a tunica propria conjunctivae papillaszerű felszint mutat. Egyes helyeken cancroidszerű képződmények vannak. Az epithel réteg alatt egynemű réteg van. Az erek száma a gyuladás foka szerint hol több, hol kevesebb. A stroma sejtgazdag s legkifejezettebb a középső rétegben, egyes helyeken az erek körül fészekszerű vagy a széltől befelé keskenyedő sövényeket képez. Nagyobb nagyításban azt látjuk, hogy az epithel a legfelső rétegben sűrű egymáshoz tapadt, halvány hosszirányban megnyúlt sejtekből áll. 8—10 réteg ilyen. Alább a sejtek mind nagyobbak, a magvák világosabban láthatók lesznek. Hat ilyen réteg után az epithel kerekebb, a magvak nagyobbak, a protoplasmaszegély keskenyebb; a sejtek a szél felé mind ferdébbekké lesznek. Kevés vándorsejt van az epithel között. A stromában acut gyuladás esetén számos erősen telt érkacsok vannak, megvastagodott adventitiával nagy számú kerek sejtekkel. Ha nincs gyuladás, az edény és cellularis infiltratio kevesebb. A conjunctiva palpebralisokon a gombaszerű növedékek lelapított epithelből állanak. A stroma sokkal edény és sejt szegényebb, mint a conjunctiva bulbié. Szerintük az epitheltúltengés a primaer és ezen alapszanak a pathologikus elváltozások. Hasonlóképen epithel túlszaporodást találtak *Uhthoff*, *Frick*, *Dorbitz*, *Knus*, *Emmert*, *Nieden*, *Raabe*, *Hansen Grut*, *Goldzieher*, *Schöbl*, *Silex*, *Natanson*.

Uhthoff az epithel réteg alatt levő egynemű réteget összefolyt nyiroknak (lympha) tartja; carmin és haematoxylin nem festi ezen réteget, *Frick*, *Knus*, *Dorbitz* ezen egynemű réteget nem találták. *Frick* a felszinen levő kiemelkedésekben, a hol az epithel szaporodás nagy volt, finom szemcsés detritust talált, *Dorbitz* szintén talált ily detritus tömegeket, de nem a felszinen, hanem a csapok belsejében. *Knus* a kötőszövetben elszórt nagy sejteket irt le, a limbusi főképen azonban a conjunctive palpebrae papillaris túltengéseiben, a mely sejtek igen jól festődtek s a kötőszövetben gazdagon el voltak szórva. Ezek alakja majd kerek, oval, orsóalakú, majd csillagalakúak s óriás sejtek. Ilyen óriás sejteket ir le *Raabe* is. *Schöbl* glycogent talált az erősen megszaporodott epithelben, a mit jodjodkalium-oldattal mutat ki.

Dorbitz a Knus által leirt nagy sejteket nem találta. *Raabe* az epithelben degenerativ folyamatokat ir le, melyek egyszerű atrophia, majd nyomási atrophia képét mutatták, majd nyákos degeneratióban állottak, egyes esetekben fibrillaris kötőszövetté lettek. Egyes esetekben a stromában óriás sejteket is látott. Leucocyta szétesés, chromatikus sejtproductumok igen gyakoriak. *Michel* szerint egy fibrillaris és colloid elváltozása van jelen az adenoid szövetnek, a melyben sok magvu regressiv metamorphosisban levő sejtek vannak. Epithel megvastagodás, a fibrillaris szövet és a papillaris túltengés másodlagosak. Az edények szerinte vagy szintén kórosak, vagy az újdonképzett fibrillaris szövet által obliteráltak.

A bacteriologiai vizsgálatok negativ eredményüek voltak *(Knus, Silex)*. *Tailor* ir le, egy 3—5 μ. hosszú, 1·5 μ. széles mikroorganismust, a melyet ő a bántalom kórokozójának tart.

A prognosis általában véve kedvező; tartama a betegségnek általában igen hosszú (8—10 év), *Vetsch* szerint a conjunctivitis vernalis kimenetele, vagy gyógyulás nyom nélkül *(Desmarres, Brockhaus)*, vagy a limbus conjunctivae megvastagodása, főképen a temporalis és nasalis oldalon vagy csikos cornealis homályok, a melyek az arcus senilishez hasonlók *(Emmert, Knus)*, a felső szemhéjak megvastagodása, a mi álmos külsőt ad a szemnek *(Emmert, Knus, Frick, Bartel, Dávid, Silex* stb.). *Brockhaus* szerint teljes lehet a gyógyulás, azonban a megvastagodott részen esetleg lipomaképződés jön létre *(Saemisch)*. *Burnett* szerint kevés festenyezettség mindig marad vissza. Sohasem marad heg vissza, hanem megmarad a tejszerű külső *(Wechsler, Hansen Grut)*, *Knus* egy esetben, *Wechsler* 3 esetben facett képződést észlelt conjunctivitis vernalis után. *Vetsch* 2 esetben keratoconus képződést irt le, *Schlub* fibroma képződését látta a limbus corneaen. *Gros* szerint spontán sohasem gyógyul a conjunctivitis vernalis, azonban kezelésre könnyen, a cornea sohasincsen megtámadva, sohasincsen pannus.

A ritkábban előforduló megbetegedése a conjunctivának. Férfiaknál gyakrabban fordul elő, mint nőknél *(Vetsch, Knus* 18·5%), *Lenoble, Emmert, Fuchs, Frick, Bartel, Silex, Dávid, Michel)*, ezekkel ellentétben *Burnett, Frank* szerint nőknél gyakoribb. Kort tekintve, leggyakoribb 11—20 évek között, *Emmert* szerint 7—15 évek között, *Michel* 7—14 év, *Meyer* 6—8 év között, *Frank, Burnett, Bartel* szerint a 12 év körül, *Guttmann* szerint 10—18 év között. A legfiatalabb egyén, kinél a bántalom észlelhető volt, egy éves gyermek volt *(Vetsch)*. Idősebb egyéneknél szintén előfordulhat, *Vetsch* egy 37 éves nőnél, *Burnett* 26 évesnél találta. A hónapokat illetőleg *Vetsch* szerint leggyakoribb április, május, junius és julius hónapokban, *Emmert* szerint májustól augusztusig, Algirban szeptembertől októberig *(Gros)*. Száraz, meleg nyáron gyakoribb mint nedves időben *(Vetsch, Emmert, Schmeichler, Silex, Guttmann)* stb.

Saemisch, Bartel, Vetsch, Brockhaus, Hansen Grut, Dávid, Knus szerint mindkét szemen szokott fellépni. *Wecker, Emmert, Schöbel, Unger, Vetsch, Frick*, a klimatikus viszonyoknak és a geographai fekvéseknek tulajdonitanak befolyást.

Arlt, Desmarres scrophulotikus egyéneknél találták, *Frick, Saemisch* tagadja, hogy más megbetegedéssel összefüggésben volna, különösen pedig, hogy a scrofulosissal. *Michel* szerint hereditär lues hajlandósithat a conjunctivitis vernalisra. *Frick* annak lehetőségét is tagadja. *Dávid* általános szervezeti megbetegedésnek (rachitis) tulajdonít befolyást. *Michel* szerint polyadenitis universalisnál gyakori. *Wechsler* szerint a lymphmirigydaganatok nem mindig állandók, vizsgálatainál a vérvizsgálat normalis, a haemoglobintartalom valamivel kevesebb, *Schleich* hiányos vérképződést észlelt, megszaporodott fehér vérsejteket. *Chibret* szerint a keltai népek különösen hajlandók a conjunctivitis vernalisra, *Schleich, Angelucci* az edényrendszer megbetegedésének tulajdonitanak befolyást. *Vetsch* pellagrás, *Frick* szénalázban szenvedő egyéneknél gyakrabban találta. *Brockhaus* szerint a nyákhártya specificus megbetegedése, a mely a nyákhártya vérkeringési akadályaiban találja magyarázatát s a melyet a kedvezőtlen befolyások (szél, por, füst stb.) kiváltanak. *(Dávid* 1892).

Rendkivül nagy azon eljárási módok és gyógyszerek száma, a melyet e bántalom kezelésére ajánlottak a nélkül, hogy tulajdonképen volna egy szer, a mely a conjunctivitis vernalis kezelésében biztos eredményü volna. Az egyes észlelők, hol az egyik, hol másik szertől láttak javulást.

Arlt a viszketés ellen 2% cocain becseppentést ajánlott (később *Percival J. W. Ternau* [Some notes on ophthalmology in Turkey], *Schmeichler, Silex, Standke)*, *Uhthoff* kedvező befolyást látott a massagetől *(Klein, Schenkl)*. *Meyer, Schiess-Gemusseus, Vetsch* calomelt ajánlanak, *Artl, Fuchs, Standke* 3% bór-oldatot, ez utóbbi észlelő szerint a secretiót csökkenti. *Saemisch, Brockhaus* szürke pápaszemet, *Vetsch* ezt elveti, local kezelésre 3% plumbum aceticum, 1% cuprumkenőcsöt ajánl. *Schweigger, Brockhaus Burnett* enyhe adstringesektől zinksolutio (0·06 : 30·0) láttak jó eredményt.

Wecker, Horner, Vetsch, Burnett, Emmert, Schleich belsőleg arsent ajánlanak. *Emmert, Schöbl, Dorbitz, Arlt, Michel, Hansen Grut, Silex* kimetszéseket, a granulatiók kikaparását végezték. *Pagenstecher, Horner* jodoform-kenőcsöt (1 : 15), *Michel* fehér praecipitat kenőcsöt, *Knus* ichtyol, *Natanson* hydrargyrum cyanatum (1 : 1500) xeroform-kenőcsöt használtak, *Nagel, Knies* enyhe opium tinctura ecsetelést, *Lenoble, Laqueur, Wicherkiewitz, Hansen Grut* a cauterisatiótól láttak jó eredményeket. *Millingen* eczetsavat ajánl, *Magnani, Gallenga* hideg comporessel

való borogatást. *Soykatscheff* chinint, *Wechsler* antipyrint alkalmaztak. *Dávid* (1 : 5000) *Natanson* (1 : 8000) sublimatmosást végeztek, *Dávid* makacs esetekben 1 : 500 sublimattal ecsetel, ha a beteg nem tűri, sárga praecipitat kenőcs. *Chibret* ecsetel és massálja a szemet lapis mitigatussal (1 : 3) *Schmeichler* a tengeri fürdőtől látott kedvező befolyást. *Michel, Schleich, Vetsch, Silex, Dávid* jó táplálkozást, sok szabadban való tartózkodást ajánlanak. *Gros* 0·6% argentum nitricummal ecsetel, *Saemisch* (1 : 200—300), *Schleich* vasat, syrupus ferri jodatumot ad belsőleg. Újabban airol-, protargol-kenőcsöt ajánlottak. Mint sajátos gyógyulási módját a conjunctivitis vernalisnak, meg kell említenem *Hansen Grut* betegét, a ki 16 évig szenvedett conjunctivitis vernalisban, a midőn egy gyermekszülés után gyermekágyi lázat kapott súlyos maniakalis rohamokkal, felgyógyulása után a conjunctivitis vernalisa elmult, csak a feherés opalescálása maradt meg a conjunctivának és soha többé nem recidivált.

Ezekben törekedtem összegyüjteni e bántalomra vonatkozó adatokat, hogy mennyiben sikerült az, annak megbirálását az olvasóra bizom. Mint láttuk, a régibb irók a conjunctivitis phlyctaenosák közzé sorolták *(Arlt, Desmarres, Meyer, Michel, Hirschberg, Wecker,* újabban *Panas)*, a legtöbben azonban mint a conjunctiva önálló megbetegedését ismerik el. Egyesek *(Chibret)* a trachoma közzé sorolják, s mivel tényleg igen gyakran azzal fel is cseréltettik *(Hansen Grut, Gros)*, szükséges ismernünk e bántalmat, hogy a betegeket azon kellemetlen rendszabályoktól, a melyeket a fertőző betegségek (miután a conjunctivitis vernalisról ez idő szerint ez nincs kiderítve) megkövetelnek, lehetőleg megkiméljük.

Irodalom.

Arlt: *Prager Vierteljahrschrift 1846. Desmarres:* Traité des maladies des yeux. *De Wecker:* Therapeutique oculair. *Graefe:* Klinische Vorlesungen (1854). *Brockhaus:* Ueber d. Frühjahrscatarrh d. Conjunctiva-Inaug. Diss. 187?. *Annali di Ottalmologia* IV. *(Reymond* Contribuzione allo studio della conjunctiviti 1875.) *Vetsch:* Ueber d. Frühjahrscatarrh d. Conjunctiva. Inaug.-Diss. 1879. *Arlt:* Handbuch d. Augenheilkunde (1881.) *Julius Michel:* Handbuch d. Augenheilkunde. *Ed. Meyer* Handbuch d. Augenheilkunde. *Schweigger:* Handbuch d. Augenheilkunde (1890). *Graefe-Saemisch:* Handbuch d. Augenheilkunde. Archiv f. Augenheilkunde Knapp-Schweigger XII. 75. *Haab:* Ueber d. Frühjahrscatarrh. d. Conjunctiv. Inaug.-Diss. 1872. *Uhthoff:* Ueber pathologisch-anatomische Veränderungen bei Scleritis, Episcleritis und Frühjahrscatarrh (Heidelberger Congress 1882.) Zehender's Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde. *H. S. Schell* Automnal conjunctivitis. Med. and surg. Rep. (1881.) *Schwann M. Burnett.* Circumcorneale hypertrophie d. conjunctiva und einige Eigenthümlichkeiten ihres Auftrettens bei Negern. Knapp-Schweigger Archiv f. Augenheilkunde 1882. *Horner:* Frühjarscatarrh-Scleritis etc. Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1882. *Standke:* Ueber d. Frühjahrscatarrh d Conj. Inaug.-Diss. Bonn 1885. *Bartel:* Ueber d. Frühjahrscatarrh. d. Conj. Inaug.-Diss. 1885. *Frick:* Ueber d. Frühjahrscatarrh. d. Conj. Inaug.-Diss. 1886. *Frank:* Ein atypischer Fall von Frühjahrscatarrh einen selbständigen Hornhauttumor vertauschend. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde 1896. *Brunner A.:* On cases of spring conjunctivitis. Ophth. Soc of the United Kingd. 1888. *Wicherkiewicz:* Frühjahrsentzündung des Limbus conjunctivae Przeglad lekarski 1888. *Knus:* Ueber d. Frühjahrscatarrh. d. Conj. Inaug.-Diss. 1889. *Hansen Grut:* Conjunctivitis aestivalis Nordisk. Ophth. Tidschrift 1888. *Emmert:* Conjunctivitis vernalis. Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde 1888. *Schmeichler* Ophthalmologische Casuistik etc. Wiener med. Wochenschrift 1887. Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde v. Hirschberg (1888, 1890, 1887, 1891, 1893, 1894). *Dávid:* Ueber d. Frühjahrscatarrh. d. Conj. Inaug. Diss. 1892. *Schöbl:* Bemerkungen über conjunctivitis hyperplastika und Catarrhus vernalis. Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde 1890 *Raabe:* Beiträge zur pathologischen Anatomie der Ausseren Augenerkrankungen Inaug.-Diss. 1893. *Chibret:* Catarrh printanièr considerè comme une forme attenue de trachôma. Revue generale d'ophthal. 1893. *Hans Schlub:* Fibrombildung am Limbus der cornea bei Frühjahrscatarrh: Archiv f. A., XXXV. *Goldzieher:* Szemészet (1891), *Csapodi* (1887). Saemisch-féle kötőhártyalob egy érdekes esete. Orvosi Hetilap. Szemészet 1897. *Schiele:* Glycogen in der Conjunctiva u. cornea pathologischer Augen. Archiv f. Augenheilkunde XIX. *Tailor:* Recherches Anatomique sur le catarrh printanièr. Annal d. occulis. *Gradle:* Die palpebrale Form des Frühjahrscatarrh Archiv of Ophtalmology XXIV. *Darier:* De la form tarsienne du catarrh. printanièr Societè française d. Ophtalmologie Congrês de 1897. *Schleich:* Zum Wesen des Frühjahrscatarrh. Festschrift des Stuttgarter aerztl. Vereins 1897. *Wechsler:* Zur Klinik den Frühjahrscatarrh. Deutschmann's Beiträge f. pract. Augenheilkunde XXVI. *Lenoble:* De la conjonctivite printanière. Thèse de Paris. 1895. *Trousseau:* A propos de la conjonctivite printanière Annal. d. Oculistique 1881. *Angelucci:* Di una sindrome scinoscinta negli interni di catarro primaverite. Arch. di Ottalm. 1898. *Gros:* Conjonctivite saisonière et trachôma en Algèrie. Revue generale d' Ophtalm. 1898. *Coüëtoux:* De la conjonctivite printanière. Annal. d'oculistique CV. *Mandonnet:* Hypertrophie conjonctivale a localisation speciale dans un cas de conjontivite printanière. Annal. d'oculistique T. CXXI. *Unger:* Lehrbuch d. Kinderkrankheiten. *Tétau:* Influence du traitement rhino-pharyngien dans la conjonctivite printanière et dans certaines formes de kerato-conjonctivites se rapprohant de cette affection. Thèse Paris 1891. *Guttmann E.:* Augenkrankheiten des Kindesalters. 1900. *Silex:* Frühjahrscatarrh. Wochenschrift f. Therapie und Hygiene des Auges 1900. *Natanson:* Frühjahrscatarrh in Russland. Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde (1900) *Gardette:* Du catarrhe printanièr de la conjonctive; son traitement. Thèse de Paris. 1897.

Gabler Lajos dr.

KÖNYVISMERTETÉS.[1]

System of diseases of the eye by american, british, dutch, french, german, and spanish authors. Edited by *William F. Norris* and *Charles A. Oliver.* London and Philadelphia: I. B. Lippincott Company. I—IV. Ára 120 korona. Az Amerikában megjelent angol gyüjtőmunka első kötete már 1897-ben jelent meg, de az egész munka csak a folyó évben nyert befejezést. Ez az első nagy angol kézikönyv, mely az angol irodalomban azt a helyet foglalja el, a melyet a németben a *Graefe és Saemisch* által kiadott „*Handbuch der gesammten Augenheilkunde*" czímü munka, valamint a francziában a *Wecker* és *Landolt* által szerkesztett „*Traité complet d'Ophthalmologie*". Az első kötet a szem fejlődéstanát, boncztanát és élettanát nagy részletességgel és kitünő ábrákkal felszerelve tárgyalja. Az egyes fejezetek szerzői többnyire angol és amerikai tudósok. A második kötet a szem vizsgáló módszereit, az iskolahygienet, a vakság statistikáját s az antisepsist tartalmazza. Az egyes fejezetek szerzői között már több európai tudós nevével találkozunk (Snellen, Laqueur, Javal, Wilbrand). A harmadik kötet a szem localis bajait, a sérüléseket és operálásokat tárgyalja. A fejezetek megirásában ismert amerikai szerzők (Stedmann Bull, Harlan, Swan Burnett, Knapp) osztrák szerzőkkel (Schöbl, Schnabel) osztoznak. Az utolsó kötetben a szem mozgató készüléke, a szarúhártya, a lencse betegségeinek, valamint az ametropia tárgyalását találjuk. Ugyanezen kötet tartalmazza a szembajok összefüggését az általános betegségekkel. Ez egy kötetet is 16 szerző irta. A gyüjtőmunkát nagy alaposság, gondos illustrálások jellemzik, de hátránya, hogy az anyag túlságosan fel van aprózva. Ez az arányosság és az egység rovására történik.

Graefe-Saemisch Handbuch der gesammten Augenheilkunde herausgegeben von *Prof. Theodor Saemisch* in Bonn. II. neubearbeitete Auflage. Leipzig. Verlag von Wilhelm Engelmann.

A 25 év előtt megjelent első kiadás mai napig első forrásmunkául szolgált mindazoknak, a kik a szemészeti tanulmányokba elmélyedni óhajtottak. A lefolyt negyedszázad a részletek kidolgozásának óriás anyagát halmozta fel, de maga az épület, melyet *Graefe, Helmholtz, Donders, Arlt* építettek, még ma is sértetlenül s utólérhetetlen méltóságával fennáll. A kézikönyv II-dik kiadása annyit jelent, hogy elérkezett az idő, hogy a hatalmas épület a mai kornak megfelelő kidiszítését is megkapja. A munkatársak névsorát a Szemészet 1898. 2-dik számában közöltük. Azóta a mű egyes kész fejezetei feküsznek előttünk. Az első teljes kötet a szemészet története az ókorban *Hirschberg* avatott tollából. Ezenkivül a szem állati élősdieinek, valamint a szem hygienenek fejezetei nyertek befejezést, előbbit *Kraemer* (Zürich), utóbbit *Fick* (Zürich) irta. A szemmozgásokról *Graefe* irt, a látóideg gyökereiről *Bernheimer,* annak szövettanáról *Greeff.* A régi munkatársakhoz tehát új fiatal gárda csatlakozott. De valamennyi fejezetet az eredeti munka alapossága jellemzi. *Hirschberg* könyve az anyag tudományos feldolgozása által páratlan a maga nemében. Az ő kezében a szemészet története valóban a müvelődés történelem egy fontos fejezete.

Therapie der Augenkrankheiten. Für praktische Aerzte und Studirende von *Dr. Wilhelm Goldzieher.* Zweite, völlig umgearbeitete Auflage. Leipzig. Verlag von Veit und Comp. Ára: 12 korona. A munka első kiadása német nyelven 1881-ben jelent

[1] Az a szándékunk, hogy olvasóinkat az önálló könyv alakjában megjelent kézikönyvek, tankönyvek és monographiákról *félévenként* tájékoztassuk. Ezúttal az 1900-dik év első felében megjelent munkák felett tartunk szemlét.

meg, lényegében ugyanaz jelent meg 1890-ben magyar nyelven „A szemészet kézikönyve" czím alatt. Tíz év előtt a magyar munkát collegialis örömmel üdvözöltük, mert fejlődő magyar orvosi irodalmunkban a compendiumok is hasznosak és szükségesek. Más elbirálás alá esik a most megjelent német munka, mely a nagyszámú és kitünő külföldi tankönyvek között már nehezebben állja meg a helyét. Újabb német compendium megjelenése csak azon esetben jogosult, ha tartalmánál vagy beosztásánál fogva jobbat, tökéletesebbet nyujt a már nagy számban meglevőknél, vagy ha benne a szerző tanítványainak ismétlő könyvet akar nyujtani. Hogy Goldzieher könyve mennyiben felel meg ezen igényeknek, arról legközelebb részletesen beszámolunk; mint magyar szerző müve, minden esetre alapos és részletes kritikára tarthat igényt.

Die Augenkrankheiten des Kindesalters und ihre Behandlung von *Dr. Emil Guttmann*, Assistenzarzt der Augenklinik von Prof. Magnus in Breslau. Berlin Fischer's Medicinische Buchhandlung. Ára 3 korona 60 fillér.

Szerző könyvét — mint azt az előszóban mondja — széleskörü olvasó közönségnek szánta. A gyermekkor szembajainak ismerete tényleg nagyfontosságú a falusi orvos számára, kinek gyakorlatának java részét gyermekek alkotják, de a gyermekorvost is érdekli, a ki számtalanszor látja, a mint alkati betegségek kapcsán szembajok fejlődnek s joggal hivatkozik arra is a szerző, hogy a háziorvos és iskolaorvos minduntalan találkozik szembajos gyermekekkel. A feladat tehát, a melyet szerző maga elé tüzött, igen hálás s a 132 oldalas kis füzet nagy elterjedésre számíthat.

Repetitorium der Augenheilkunde. Im Anschluss an die neueren Lehrbücher, dargestellt von Dr. med. *W. Asher*, Augenarzt in Leipzig. A. Deichert'sche Verlagsbuchhandlung Nachf. 1900. Ára 3 korona 60 fillér.

Mint a czím is mutatja, a könyv azoknak szolgál segédeszközül, a kik a klinikát szorgalmasan látogatták volt s nagyobb terjedelmü szemészetet is olvastak volt. A beosztásban *Fuchs* kitünő tankönyvéhez alkalmazkodik. Hasonló czélt követ, mint *Silex, Michel, du Bois-Reymond* compendiumai. Ha *Fuchs* saját tankönyvéből készített volna ilyen terjedelmü útmutatót, az számíthatott volna elterjedésre, így azonban aligha fogja szerző czélját elérni.

Leçons de clinique ophthalmologique professées a l'hôtel Dieu par *Ph. Panas*. Recueillies et publiées par le Dr. A. Castan. Paris. Masson et Cie, éditeurs. Ára 10 korona.

Hasonlóan *Gayet* lyoni tanár 1893-ban megjelent könyvéhez Panas is kiadta gondosan kidolgozott egyetemi előadásait. A gyüjtemény természetesen teljességre nem számíthat, de közvetlensége által az olvasó érdeklődését nagy mértékben leköti. Különben, a ki *Panas* felfogását a részletekre nézve is ismerni óhajtja, azt az 1894-ben megjelent 2 kötetes tankönyvében megtalálhatja.

Thérapeutique oculaire *par L. F. Brun et X. Morax.* Paris. Octave Doin, éditeur. Ára 6 korona.

A 419 oldalos kis kötet első része a ragályos szembajok prophylaxisával, valamint a szemészi anti- és asepsissel s az érzéstelenítéssel foglalkozik. A második rész a specialis gyógytant tárgyalja és pedig igen helyesen anatomikus sorrendben és nem a szokásos észszerütlen abc-s berendezésben. Természetesen a könyv a betegségek rövid ismertetéseit is tartalmazza, hiszen e nélkül a legtöbbek kezében értéktelen lenne.

Hygiène et maladies oculaires aux différents ages de la vie par le dr. *Valude*. Paris. A. Maloine, éditeur. Ára 2 korona.

A szembajokat a kor szerint csoportosítja. Az újszülöttek szembajai (blennorrhoea conjunctivae neonatorum, conjunctivitis membranacea, könyszervek bajai, veleszülött szembetegségek) után a gyermekkoré (conjunctivitis phlyctaenosa, catarrhalis, exanthématica, granulosa; chalazion, könyszervek, sérülések; fénytörési rendellenességek s ezek következményei), majd a serdülőkoré, a felnőtteké s az öregeké következnek. A csoportosítás, mint látható, erőszakos.

The refraction of the eye including a complete treatise on ophthalmometry by *A. Edward Davis*. New-York. The Macmillan Company. Ára 16 korona.

Az angol nyelvü iskolákban nyert alapos mathematikai képzés az angol szemorvosokat kiválóan alkalmassá teszi a szem optikájának tanulmányozására. Tényleg az utolsó évek irodalma igen gazdag az ezen téren mozgó angol könyvekben. Eddig a szerzők főleg a szemtükrözés és retinoskopiával foglalkoztak, most az ophthalmometriára is kiterjesztik figyelmüket, a mi az által válik hasznossá, hogy a Helmholtz készüléke a Javal-Schiötz szerkezetében a klinikai használatra is alkalmassá vált.

Die Neurologie des Auges. Ein Handbuch für Nerven- und Augenärzte von *Dr. H. Wilbrand* und *Dr. A. Saenger*. I. Band. Wiesbaden. Bergmann. Ára 19 korona.

A nagyszabású munkálat I. kötete máris betekintést enged, hogy milyen tökéletességgel oldják meg a szerzők azon feladatukat, hogy a szem egyes részeinek élettani és kórtani viszonyát az idegrendszerhez feltárják. Az egész első kötet a szemhéjaknak van szentelve s különösen a ptosis páratlan alapossággal tárgyalva. E munka alapvető forrásmunka mindazoknak, kik ezen vagy hasonló kérdéssel foglalkoznak. Ez az által válik lehetségessé, hogy a könyv hivatott szemorvos és idegorvos együttmüködésének gyümölcse.

Le strabisme et son traitement par le *Dr. H. Parinaud*. Paris. Octave Doin, éditeur. Ára 6 korona.

A 197 oldalas monographia nemcsak a kancsalság aetiologiája, pathologiája és therapiájáról ad kimerítő leirást, hanem a szerző önálló munkálkodásának gazdag tárháza.

Bevezetésül a kancsalság tanának történetét s a binocularis látás lényegét kapjuk. Az első rész a kancsalság kóroktanának van szentelve, míg a második főrész a gyógyítással foglalkozik.

Das Sarcom des Auges von *Dr. Rosa Putiata Kerschbaumer*. Wiesbaden. Bergmann. Ára 18 korona.

67 saját maga által feldolgozott sarcomás szem képezi a monographia tudományos anyagát. Az első rész a daganat anatomiáját tárgyalja, a második rész a 67 eset leirását adja, a végső harmadik rész a klinikai viszonyokat tartalmazza.

A monographia újból igazolja, hogy a *hivatott* orvosnők tudásukkal s nagy szorgalmukkal maradó, a természettudományok terén is maradó becsü munkák alkotására képesek.

Lunettes et pince-nez. Étude médicale et pratique par *George I. Bull*. Paris. Masson et Cie. Ára 2 korona 50 fillér.

A most megjelent könyv második kiadása azon munkának, melyhez 10 év előtt *Javal* irt bevezetést. Különös jogosultságot ad a munka megjelenésének az astigmatismus tanának kifejlődése. A milyen áldás a jól rendelt s használt cylindrikus üveg, épen olyan haszontalan, ha nem megfelelő. Az orvosnak s betegnek egyaránt jó szolgálatot tesz a világos tárgyalás, a könnyü megérthetés, mely a füzetet jellemzik.

Über den Bau und die Entwicklung der Linse von *Dr. Carl Rabl*. Leipzig. Wilhelm Engelmann. Ára 18 korona.

A jelen kor tudományosságát jellemző részlet-munkálkodás eredménye azon 324 oldalas könyv, mely az alsóbb s magasabb rendü állatok lencséjének fejlődésével foglalkozik. Hogy ilyen munkálkodás közben a technika is tökéletesedik, az könnyen belátható s így a mü nemcsak az embryologust s anatomust érdekli, hanem a kórtan müvelőjét is, mert ime a lencse szövettani vizsgálatának nehézségei Rabl fixáló, s metsző módszere által legyőzvék.

Uber die Regeneration der Linse von *Alfred Fischel*. Wiesbaden. Bergmann. Ára 14 korona 50 fillér.

A lencse regeneratiójának jelentőségét általános biologiai szempontból találjuk e 249 oldalos könyvben tárgyalva. A mint a magoszlás a sejt életének ismeretében nagy haladás, épen úgy a regeneratio tanának fejlődése újabb lépést jelent előre. De csak egy lépést, mert az életmüködések lényegének ismeretétől bizony még végtelen távol vagyunk.

Der Pemphigus und die essentielle Schrumfung der Bindehaut des Auges von *Dr. E. Franke*. Wiesbaden. Bergmann. Ára 4 korona. A 111 oldalas füzet ezen aránylag ritka, de végzetes szembetegség monographiáját nyujtja.

Schädel und Auge. Eine Studie über die Beziehungen zwischen Anomalien des Schädelbaues und des Auges von *Dr. Fritz Danziger*. Wiesbaden. Bergmann. Ára 3 korona 90 fillér.

A szembajoknak a szervezet egyéb elváltozásaival való összefüggésének egy eddig eléggé ki nem aknázott fejezete az, melyet a szerző feldolgozott. Természetesen a felhozott adatok kritikájának feladata lesz tényezővé reducálni azt, a mit helyenkint kóroknak említ.

Die operative Beseitigung der durchsichtigen Linse von Professor *Dr. Ernst Pflüger*. Wiesbaden. Bergmann. Ára 9 korona.

A franczia szemorvosok congressusán bemutatott dolgozat kiegészítve most német nyelven is megjelent. A 203 oldalas monographia nemcsak teljes bibliographiája miatt becses forrás munka, hanem azért is, mert 100 általa végzett műtétről is beszámol. Bevezetésében röviden érinti az operálás ellen felhozott ellenvetéseket. Sikerrel czáfolja az accomodatio elvesztésének jelentőségét s az ideghártya leválásának előfordulásából kovácsolt ellenvetéseket, de nem hangsúlyozza eléggé, hogy a műtét a szemre nem biztosan veszélytelen. Már pedig csak akkor vagyunk képesek szilárd alapon álló indicatiókat felállítani, ha a műtét előnyeivel szemben, annak hátrányait s veszélyeit is számba vesszük. Így s csakis így jogosult az operálás végrehajtása.

Grósz Emil tnr.

IRODALOM-SZEMLE.

A reclinatio végeredményeit Mader M. dr. szerajevói kórházi orvos, igen kedvezőtleneknek találta. Boszniában tudvalevőleg ugynevezett hályogszúrók operálják a hályogot, s az eredmény elég szomorú. 3 esetben a legjobb látás $^{6}/_{15}$ volt, de itt is olyan elváltozások voltak, hogy a további lefolyás prognosisa igen kétes. 39 vizsgált esetből a szerző 15-nél (40%) teljes vakságot talált; 9-nél (23%) correctióval ujjolvasást ért el; 2 esetben a mellső csarnokba luxált lencsét extrahálta. Számos esetben chronikus iridocyclitist talált az ideghártya leválásával és a szemgolyó zsugorodásával; másoknál secundaer glaucoma volt. 3 esetben végül a szerző a nem reclinált szemeken rendes hályogműtétet végzett, a nélkül, hogy sympathikus gyuladás támadt volna. (Wiener klin. Wochenschrift 1898. Nr. 50. Centralblatt für prakt. Augenheilkunde 1899. november.) *Barlay János* dr.

Szemhéjgangraena módfeletti jeges borogatás következtében. Plaut dr. rostocki assistensnek betegének jobb szemébe homok szoródott, s e miatt keletkezett heves conjuctivitisével helybeli orvosnál jelentkezett, ki neki jeges borogatást rendelt. Patiens ezt hólyagból készült jégzacskó alakjában alkalmazta 24 órán át beteg szemére gyakorta friss jéggel cserélve fel az előbbit. Ekkor baja súlyosbodása miatt a klinikára fordult, a hol Plaut az alsó szemhéj bőrének kiterjedt (kb. $^{2}/_{3}$-nyi felületen) s a felsőének is tetemes elhalását konstatálhatta. Tarsus és conjunctiva meg voltak kimélve.

Következés, hogy főleg kevésbbé intelligens betegnek az orvos részéről kimerítő utasítás adandó a therapeutikus eljárásra nézve. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde XXXVIII. jan.)

Bradách Emil dr.

VEGYESEK.

— *A vasúti alkalmazottak látása.* A vasúti és hajózási forgalom biztonságának egyik legelső feltétele, hogy az alkalmazottak látása kifogástalan legyen. Ma már minden cultur-államban megkövetelik, hogy a forgalmi szolgálatot teljesítő személyzet látását a felvételkor s azon túl is időszakonkint megvizsgálják. De az intézkedések végrehajtásában már igen nagy a különbség. A jó példával *Hollandia* jár elől, a hol részletes szabályok vannak, melyek végrehajtásával szemorvosok vannak megbizva. Ebben a főérdem *Snellen*-é, az utrechti egyetem szemésztanáráé, a ki mint a vasutak szemorvos tanácsadója a szolgálatot szervezte. A mióta az egyes államok intézkedéseit ismertettem (A vasúti alkalmazottak látásáról. Budapest, 1895) az ügy nagyot haladt. Azon két értekezletnek (Conférence internationale concernant les services sanitaires et hygiène des chemins de fer et de la navigation Amsterdam 1895; Bruxelles 1897), melyet a vasúti egészségügyi szolgálat tárgyában tartottak, megvolt az a jó hatása, hogy a kormányok érdeklődni kezdtek, hogy a vasúti igazgatóságok a személyzet érzékszerveinek épségéről gondoskodjanak. A porosz közmunkák ministeriuma 1897-ben, az osztrák vasúti ministerium 1899-ben adtak ki új részletes szabályzatot, a magyar kir. államvasutak igazgatósága a német nyelvű államokat megelőzve már 1896-ban jóváhagyta azon szabályzatot, melynek tervezetét 1895-ben közöltem volt. Mint egy bécsi lapban olvassuk, a szamosvölgyi vasút *Hoor Károly* kolozsvári egyetemi tanár szabályzatát emelte érvényre. Most már tehát mi nálunk is meg van szabva, hogy az egyes szolgálati ágakban milyen látásélességnek kell lenni, milyen a minimum a régi alkalmazottak számára s mik az alkalmazás feltételei, milyen gyakran kell ellenőrző szemvizsgálatot eszközölni. Kétes esetekben a felülvizsgálatot úgy mi nálunk, mint a szomszéd államokban (Berlinben *Silex* egyetemi tanár, Bajorországban *Eversbusch* egyetemi tanár) szakértő szemorvosok végzik, de az első vizsgálatot most is a pályaorvosokra bizzák. Készségesen elismerem, hogy elméletileg helyes a vasúti igazgatóságok azon okoskodása, hogy tulajdonképen a látásvizsgálat egyszerű műveletében minden orvosnak jártasnak kellene lenni, de a tapasztalat azt bizonyítja, hogy a pályaorvosok túlnyomó részének nincs meg sem a kellő jártassága, sem a felszerelése, sem az ideje, hogy a vizsgálatot pontosan végrehajthassa. Már 1895-ben hangsúlyoztam, hogy ezen helyzet nemcsak arra fog vezetni, hogy a szolgálatban megmaradt hibás látású egyének vasúti szerencsétlenségek okaivá lesznek, hanem arra is, hogy az idő előtt szolgálatképtelenné vált személyzet nyugdíja nehezen elviselhető terheket fog okozni, sőt azon veszedelemre is reá mutattam, mely abból származik, hogy a már felvételkor is rossz látású egyén baja az előléptetéskor derül ki, a midőn elvesztve állását könnyen a társadalmi rend ellenségévé lesz. Ennek ellenére az elsőfokú látásvizsgálatok országszerte a pályaorvosok kötelessége lett s csak Budapest területére alkalmaztak 1899-ben vizsgáló szemorvost. A felülvizsgálatra kerülő egyének látásáról tett feljegyzések még inkább megerősítenek azon meggyőződésemben, hogy a magyar kir. államvasutaknak minden üzletvezetőség területén szemorvosokat kell alkalmazniok, kik az első látásvizsgálatot teljesitsék. Az utolsó években átlag 400—500 egyén kerül évente felülvizsgálatra (egyesek természetesen több izben, e számok nem az ismételt jelentkezések számát, hanem az egyénekét jelzik). A vizsgálat eredményeit csoportositva (alapul 2 évet vettem: 1898, 1899) azon megdöbbentő eredményre jutunk, hogy a mozdonyvezetők és fűtők 25%-a elégtelen látásúnak bizonyult, 10%-a szintévesztő volt. A forgalmi szolgálat többi alkalmazottainak látása ugyancsak 25%-ban elégtelen volt, 18%-ban szintévesztőnek bizonyult, sőt még az irodai alkalmazottak között is 12% elégtelen látású volt. Természetesen az elégtelen látás több izben szerzett baj eredménye volt, de, ha számba vesszük azt, hogy milyen nagy százalékot képvisel a veleszülött szintévesztés, valamint a fénytörési hibák csoportja, ijeztős nagy azok száma, kik keresetüket idő előtt vesztik. Elvesztik pedig igen nagy számban azért, mert a felvételi s az időszaki szemvizsgálat nem történt s egyes helyeken még ma sem történik kellő szakavatottsággal.

Grósz Emil tnr.

— *A heidelbergi szemész-társaság* ez évben tekintettel a párisi orvosi congressusra, melyet augusztus 2—9-dikén tartanak, szeptember 13., 14. és 15-dikén fog ülésezni. Szeptember 12-dikén első estély, 13-dikán első ülés az egyetem aulájában, délután $^{1}/_{2}$3 órakor a szemészeti klinikán bemutató ülés, este 6 órakor közös ebéd. 14-dikén d. e. 9 órakor ülés az aulában, délután bemutatások, 15-dikén d. e. utolsó ülés.

— *A jenai egyetem új szemklinikája.* A jenai egyetem a német főiskolák közül az utolsó volt, mely 1881-ben külön szemklinikát kapott. Az akkor nyert elégtelen helyiségeket 1899-ben új modern klinikával váltották fel. A pinczében van az állatistálló, a fűtőkészülék és a szénraktár. A földszinten nyert elhelyezést a tanterem, laboratorium, várószoba, kezelőszoba, szemtükröző, az igazgató szobája, a gyermekek osztálya 2 kórteremmel s egy nappali helyiséggel. Az I. emeleten 7 kórszoba, nappali helyiségek, a segéd lakása, theakonyha, mellékhelyiségek s az ápolók szobái nyertek elhelyezést. A II. emeleten vannak az operált betegek 6 kórszobája, a második segéd lakása, az operáló-terem, az ápolók szobái. Maga az épület, mely 36 meter hosszú és 16 meter széles, kertben fekszik a sebészeti klinika szomszédságában. A jenai szemklinika felépültével a német birodalom 20 egyetemének szemklinikája külön s megfelelő épületben nyert elhelyezést.

— *A „Stefánia" pesti szegénygyermek-kórház* egyesület kórházában (igazgató Bókay János tanár) a lefolyt 1899-dik évben 1326 ambulans és 115 kórházi szembeteget gyógyítottak (az ambulans betegek összes száma 16,691, a kórházilag ápoltaké 1239). A szemészeti osztályon 7 iridectomiát, 3 hályog-operálást, 1 staphyloma műtétet, több szarúcsapolást és könycsatorna-felhasitást végeztek. A szemészeti osztály vezetője *Vidor Zsigmond* dr.

— *A pesti izr. hitközség Bródy Adél gyermekkórházában* (főorvos Grósz Gyula dr.) 1899-ben 1473 járó szembeteget, 99-t kórházilag gyógyitottak. A szemészeti osztály vezetője Mohr Mihály dr. a járó betegeken 33, a kórházi betegeken 65 operálást végzett. A kórház összesen 10,311 beteg gyermeknek nyujtott felekezeti különbség nélkül segélyt (izraelita vallású 26% volt).

— *Syllabus.* A szembajok összefüggés a szervezet egyéb betegségeivel czím alatt (Grósz Emil) syllabus jelent meg, mely az egyetemi előadások vázlatát s a fontosabb forrásmunkák jegyzékét tartalmazza. A füzetnek az a czélja, hogy a hallgatóságnak az eszmemenet követését megkönnyítse, másrészt, hogy az önálló tanulmányokhoz az útat s az eszközöket megmutassa.

— *Személyi hírek. Dimmer* innsbrucki egyetemi tanárt a gráczi egyetem szemészeti tanszékére kinevezték, helyét *Bernheimer* bécsi magántanár foglalta el. *Hess* marburgi egyetemi tanárt a Berlinbe távozott *Michel* helyére a würzburgi egyetem szemészeti tanszékére meghivták. A nyugalomba vonuló *Rothmund* müncheni tanár tanszékét pedig *Erersbusch* erlangeni tanár nyerte el. *Birnbacher* gráczi, *Hirschberg* berlini rendkivüli tanárokat tiszteletbeli rendes tanárokká nevezték ki.

Parinaud párisi szemészt a becsületrend tisztjévé nevezték ki.

Bielschovsky dr.-t és *Birch-Hirschfeld* dr.-t Lipcsében, *Landolt* dr.-t Strassburgban, *Schieck* dr.-t Halleban magántanárokká habilitálták.

Sgrosso nápolyi szemésztanár 43 éves korában, *van Millingen* konstantinápolyi szemorvos, *Kühne* heidelbergi tanár, az ideghártya chemiájának nagy mestere — meghaltak.

Budapest, 1900. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető: Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.