Negyvennegyedik évfolyam. 40. szám. *Budapest, 1900. október 7.*

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.

Tauszk Ferencz: Közlemény a székesfővárosi jobbparti szegényházból. A senilis szív munkája. 621. l.

Kollarits Jenő: Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.) A bromalinról. 623. l.

Havas Adolf: A hypertrichosis kór- és gyógytana 625. l.

Tárcza. *Hajós Lajos*: Az ép elmebeli képességről és az elmegyengeségről. 628. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Kubinyi Pál*: A méhkiirtás kérdésének mai állása. 629. l. — *Könyvismertetés. Hirschler Ágoston* és *Terray Pál*: A diaetetika tankönyve. 630. l. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Overlach*: Fortoin. — *Lasker*: Salacetol. — *Krause*: Antitussin. — *Sebészet. Lieblein*: Az actinomycosis jodkalitherapiájáról. (Pólya Jenő.) — *Anschütz*: Jodoformglycerinnek hideg tályogba történt befecskendése után fellépett halálos kimenetelű mérgezés. (Pólya Jenő.) — *Szülészet és nőgyógyászat. Reinicke*: Retroflexio uteri gravidi cum incarceratione. (Palotai Andor.) — *Orr-, torok- és gégebajok. Jaenicke*: Újabb műszerek az orrsebészetben. (Tóvölgyi.) — *Kraus*: Egy új készülék az orrgaratüreg tükrözéséhez. (Tóvölgyi.) — *Breitung*: A hangkifáradás psychologiája. (Tóvölgyi.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Schoul*: A tüdőgümőkór gyógyitása. — *Kölbl*: Vérszegénység gyógyitása ferratoseval. 630—633. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — A glasgowi pestis. — Gara Géza. — Vermes Lajos. — A budapesti általános poliklinika. — Megjelent. — Elhunyt. — Figyelmeztetés. — Krondorf. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. 633. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi jobbparti szegényházból.

A senilis szív munkája.

Irta: *Tauszk Ferencz* dr. egyetemi m. tanár, a jobbparti szegényház rendelő orvosa.

A senilis szív több oly rendbeli elváltozást mutat, mely a búvárok figyelmét már régóta lekötötte. Vonatkozik ezen elváltozás a szív térfogatára, szöveti szerkezetére, a mellkashoz viszonyított topographiájára, activ és passiv mobilitására stb. Fentartom magamnak, hogy ezen viszonyokra más alkalommal még bővebben visszatérhessek; ma csak ezen szív által teljesített munkát óhajtom egyik-másik szempontból megvilágítani.

A mindennapi tapasztalat igazolja, hogy a senilis szív a normalis viszonyok között reáháramló munka teljesítésére minden tekintetben képes. Izomdegeneratio jeleit mutató, túltengett bal gyomrocsesal biró szív mellett a klinikai tágabb értelemben vett incompensatio tünetei teljesen hiányozhatnak. Az ilyen szív normalis viszonyok közben felmerülő akadályok legyőzésére képes nek mutatkozik. Másképen áll tapasztalatunk, ha a senilis szív elé háruló akadályok a rendesnél nagyobbak. Hivatkozni akarok csak azon esetekre, hol eme nagyobb akadályokat egy a tüdőben lefolyó rostonyás lobfolyamat szolgáltatja. Míg az I. sz. belklinikán a rostonyás tüdőlobban elhaltak a megbetegedettek 10·4 százalékát teszik, vagyis 248 beteg közül meghalt 26, addig a székesfővárosi jobbparti szegényház senilis anyagánál a halálozás 52·9 százalékra emelkedik, vagyis 17 beteg közül meghalt 9, daczára, hogy a gyógykezelés a két intézetben teljesen azonos elvek alapján foganatosíttatik. Ezen halálozási százalék még nagyobb, ha a 70 éven felüli megbetegedetteket külön veszszük figyelembe. A senilis szív nyilván a tüdő beszüremkedése által szolgáltatott akadályok leküzdésére képtelen.

Midőn feladatomul tűztem a senilis szív munkaerejének vagy munkaképességének megállapítását, teljesen ismertem azon nehézségeket, melyek a kérdés megoldásával kapcsolatosak. Ezen nehézségek összefüggenek a szív munkaerejének meghatározására szolgáló módszerek ki nem elégítő voltával.

Jaquet a szív munkaképességét testi megerőltetés útján vizsgálja. Szerinte legalkalmasabb a lépcsőn járás. A szív csökkent ellentállási képessége a szívműködés megváltozásában nyilvánul. Utóbbi az ütérlökések számbeli viszonyában, a szívtompulat és ütérgörbe sajátságaiban jut kifejezésre. Hasonló úton jár el *Schott*, midőn a szív munkaképességére testi megerőltetés (birkózás) után fellépő jelekből következtet. Az ütérlökés szapora lett, dyspnoë lépett fel és mindkét szívfél egy, sőt több centimeterrel tágult. Fiataloknál ezen tágulat gyorsan visszafejlődik, de idősebbeknél megmaradhat, szívgyengeséget eredményezve. *Jacob* szerint munkára a szív a szívműködés fokozódásával reagál, a mi nem függ a vasomotoroktól, sem a vérbe átment izomanyagcsere termékektől, hanem nézete szerint a szív reflectorice lesz befolyásolva centripetal idegek útján, melyek az izomzat összehúzódásánál izgatva lesznek. Én magam *Friedrich Vilmos* dr. kartársammal egyetemben egy módszert hoztam javaslatba, mely az ép és egészséges szív munkabirásának felismerésére elég megbizható adatokat szolgáltatott. Lényege, hogy egy dynamometeren tetszés szerint szabályozható munka tartama alatt a szív állapotára az ütérlökésből, a sphygmomanometerrel meghatározott vérnyomásból és szívtompulatból következtethetünk. Hasonló elven járt el *Christ*, a ki néhány évvel közlésünk után ergostaton szabályozható munkát végeztetett és sphygmograph segítségével figyelte meg a pulsus változásait. Ma teljesen csatlakozom *Korányi Sándornak* egy ezen két dolgozathoz fűzött kritikai megjegyzéséhez (Magy. Orv. Archiv. 1896. 85. l. jegyzet), hogy ezen eljárások igen feltűnő módon teszik láthatóvá, milyen lényeges különbség van az ép és a beteg szív alkalmazkodási képessége között akkor is, ha a szívbetegség még a compensatio szakában van és nem járna nehézséggel ezen eljárások alapján egy elég exact fokozatot megállapítani, a melyet segítségül véve, a szív alkalmazkodási képességét mérhetnők és számokkal fejez-

hetnők ki. „Az ilyen eljárásnak azonban“ mondja Korányi „nagy hiánya volna, hogy felvilágosításai csak nehezen megitélhető alapot szolgáltatnának a beteg életmódjának szabályozására és annak megitélésére, hogy egy adott beteg által követett életmód mennyire felel meg az ő egyéni viszonyainak. A szív alkalmazkodási képességének mértékét a végzett munka vagy a kifejtett erő nagysága képezné, míg a mindennapi élettel járó izommüködések a physika mértékrendszerére nézve hozzáférhetetlenek lévén, az alkalmazkodási képesség ilyen mértékrendszerben kifejezett nagyságával nem hasonlíthatók össze“. Igaz ugyan, hogy az izommüködések mértékrendszerinti meghatározására, mint alant látni fogjuk, ma már rendelkezünk általánosságban egy elméleti methodus felett, de annak gyakorlati, esetről-esetre felmerülő phasisainak megállapítása eddig le nem küzdhető nehézségeket nyújt és az is igaz, hogy sem módszerünk, sem a vérnyomáson, sphygmographián alapuló egyéb eljárások a szív munkaerejének felismerése elég érzekeny eljárást nem szolgáltatnak. Módszerünk a szív alkalmazkodási, a szívizom ellenállási képességének felismerésére igen jónak bizonyult, de ezt a szív munkaerejétől külön kell választani.

A szív munkaerejének meghatározásának elvét *Borelli* és *Mayer Robert Julius* physikai alapra fektették, bár megjegyzendő, hogy Mayer előtt már *Passavant Dániel* tett kisérletet a szív munkájának physikai alapon való meghatározására. Közel jártak a helyes irányhoz, de azt el nem érték *Hales, Joung, Poisseuille*, kik a bal gyomrocs felületét szorozták a vérnyomással és a nyert értéket tekintették a gyomrocs által végzett erőnek. *Mayer* számítása a következőkön alapul: a bal gyomrocs minden systole alkalmával 150 kcm. vért továbbít. A vér hydrostatikus nyomása az üterekben egy 16 cm. magas higanyoszlop nyomásának felel meg. A munka = 1 □cm. alapú és 16 cm. magas higanyoszlop emelése 150 cm.-re. A higany súlya 217 gramm. Ezek szerint egy systole munkája 0·325 kgm.-meter. A jobb gyomrocs munkáját félnek véve, a szív összmunkája 24 óra alatt 49,000 kgm.-m.

Volkmann és *Donders* adatait véve alapul, más értékek mutatkoznak. Ezen adatok szerint a bal gyomrocs minden systole alkalmával 0·188 kgm. vért továbbít és a vérnek az aortába hajtásánál 3·21 m. nyomást kénytelen leküzdeni. Egy systole munkája tehát: 0·188 × 3·21 = 0·604 kgm.-m. Egy perczre 75 systole számítva, a bal gyomrocs összmunkája 24 óra alatt — 65,230 kgm.-m. A jobb gyomrocs munkája szerintük a bal gyomrocsnak 1/3 része, tehát 21,740 kgm.-m. Látható, hogy a végértékek egymástól lényegesen elütnek. Oka ennek, hogy a szív munkájának kiszámításánál alapul szolgáló adatok egykönnyen meg nem állapíthatók és más-más szerzők hol a gyomrocsok capacitását, hol a vérnyomást másnak, többnyire nagyobbnak véve, a kiszámított végeredmények is egymástól különböznek. Igy többek között *Du Bois-Reymond* a szív 24 órai összmunkáját 94,000 kgm. m., *Fuchs* pedig 97,200 kgm. m.-nek mondja.

Zuntz és *Tigerstedtnek* érdeme, hogy a számítás alapelvének helyessége mellett ezen értékeknek, melyek szerint a szív 25—30-szor olyan nagy munkát teljesít, mint hasontérfogatú akaratlagos izomzat, lehetetlenségét kimutatták. *Zuntz* lovakon és kutyákon, *Tigerstedt* nyulakon kisérletezve megközelítőleg azonos eredményre jutottak, melyek szerint 1 kgr. állatra vonatkoztatva 1 percz alatt 82·2 kcm. vér halad az aortabillentyükön át. Ők az emberi szív bal gyomrocsának ürtartalmát 50—100 kcm. között ingadozónak mondják, mely ürtartalom a test nagyságától és nyugalmi állapotától függ. *Zuntz* egyszersmind az aortában uralkodó vérnyomást is másnak mondja. Ez szerinte annak kezdeti részében csak 166 mm. Hg. vagyis 2·13 m. vér.

Lewy szerint ezen helyesbbített adatok alapján a bal gyomrocs egy systole alkalmával 0·135696-kgm. m. munkát végez, a jobb gyomrocs pedig 0·004538 kgm.-m.-t, a midőn a jobb gyomrocs ürtartalmát a baléval egyezőnek, 60 kcm-nek, az artería pulmonalis nyomását az aorta nyomása egy harmadának vette. A két pitvar teljesített munkája jóval kisebb. A jobb pitvar egy összehúzódás alkalmával kifejtett munkája 0·00635 kgm.-m., a midőn a pitvar ürtartalmát 60 kcm.-nek, nyomását 20 mm. Hg.-nak veszi, a bal pitvar munkáját, ugyanazon ürtartalmat és nyomást feltételezve, ugyancsak 0·00635 kgm.-m.-nek mondja.

Az egész szív munkája ezen adatok összegezése után:

1 systole alkalmával	0,19378	kgm.-m.	
1 óra alatt	815	„	„
1 nap „	20,000	„	„

fehát a fele, sőt negyedrésze annak, a mit fenti szerzők mondanak. A szív munkáját függetlennek mondja az ütérlökések számától, hanem függ a test vérszükségletétől. A szívnek 1 órai 815 kgm.-m. munkájából 758 kgm.-m. kell az egész edényrendszerben uralkodó akadályok leküzdésére és 57 kgm.-m. arra, hogy a szív a vért a szíven magán áthajthassa.

Gyakorlatilag fontos kérdés, milyen viszonyban áll a szív munkája az akaratlagos izomzat munkájához. Az előbb felsorolt adatok alapján erre a választ megadja.

Míg *Mayer* adatai szerint a szív körülbelüi 25-ször olyan nagy munkát végez, mint az akaratlagos izomzat, *Lewy* helyesbbített adatai szerint ezen viszony már csak 5·2 : 1-hez. Ezen viszony azonban még egy további correcturára szorul *Zuntz* kisérleteinek figyelembe vételével. Ő a teljesített izommunkát a munka alatt elhasznált *O*-többletből számította ki. Ezek szerint egy 55 kgm. súlyú férfi 1 m. vízszintes útat megtéve, 4·2369 kgm. m. munkát teljesít. 1 óra alatt 5370 metert megtéve, a munka 33,380 kgm.-m. A járásnál főleg a lábizmok müködnek, melyeknek súlya egy 64 kgm. súlyú férfinál 13,265 kgm., úgy hogy:

1 kgm. szívizom	1 óra alatt	2737	kgm.-m.	munkát	végez.	
1 „ lábizom	1 „ „	2548	„	„	„	„

Ezen végeredmény azon nagyfontosságú tényt mutatja, hogy néhány órára terjedő munkánál a szív és akaratlagos izomzat munkaképessége egyforma. De míg utóbbinak munkaképessége korlátolt, csak rövidebb-hosszabb időre kiterjedő, a szívé folytonos, az egész életre kiható. Az akaratlagos izomzat munkaképessége, a mint *Zuntz* caloriaszámításaiból kitünik, azért kisebb, mint a szívé, mert a szükséges tápanyag hosszabb időn át be nem vezethető. A test által feldolgozandó tápanyag épen a napi 300,000 kgm.-m. munka teljesítésére elegendő. Ennél nagyobb munkához nagyobb tápanyagfelvétel szükséges, mire azonban hosszabb időn át a gyomor és bél nem képes. (Lewy.)

A dolgozó ember szívizma és akaratlagos izomzata együttesen naponta 345,000 kgm.-m. munkát teljesít. A táplálékban bevezetett energia 75%-a izommunkára lesz fordítva és a szervezet ép müködése szempontjából fontos, hogy a táplálékbevitel már némi megszorítása vagy hiányos felszívódása azt eredményezi, hogy nem áll elegendő energia az izomzat rendelkezésére. És ebből a compensatio és incompensatio lényegére a magyarázat megadható. Ha a testizomzat hiányos tápfelvételnél vagy feldolgozásnál mégis munkára lesz késztetve és a test korlátolt tartalékanyagai kimerültek, úgy szükségképen szenved a szívhez jutó energia, melynek munkaképessége ezek után csökkent és a szív ilyen körülmények között a nélkülözhetetlen munkát saját anyagának rovására eszközli. A szívizom és akaratlagos izomzat együttes munkája, mint tehát *Lewy* kimutatja, egy állandó szám. Ha a szív munkája nagyobbodik — akadály esetén — a táplálékból nyert energia állandósága mellett csökken az akaratlagos izomzat rendelkezésére álló munkarész, vagyis vérkeringési akadálylyal biró embernél csökkent annak külső munkaképessége. De áll ennek fordítottja is. Ha a szervezet rendelkezésére álló munka az akaratlagos izomzat által túl nagy mértékben lesz igénybe véve, csökkenni fog a szívizom munkaképessége. Állandó energiakészlet mellett a szív munkaképessége csak az akaratlagos izomzat munkaképességének rovására és az akaratlagos izomzat munkája a szívizom munkaképességének rovására nagyobbítható. A szívizom munkája nagyobbítható — mindig állandó energiakészletet feltételezve — az akaratlagos izomzat munkájának megkimélése által. Igy ha külső munka egyáltalán nem végeztetik, úgy *Lewy* elméleti feltevései alapján a szív egyedül végezhet olyan munkát, melyet rendes körülmények között a szívizom és akaratlagos izomzat együttesen végez, tehát napi 345,000 kgm.-m. munkát, tehát 7·7-szer olyan nagyot, mint rendesen. Ez elméletileg a szív által teljesíthető munka maximuma, melynél nagyobbat végezni absolute képtelen.

Midőn ma a szív compenzált és incompenzált állapotáról szólunk, tulajdonképen a szív munkaerejének fokát értjük az

akadályokkal szemben. *Jendrássik* a klinikai gyakorlati szempontból adott egy jól alkalmazható felosztást. Teljes compensatio szerinte akkor van, ha az aorta vérnyomása és a vér áramlási sebessége olyan fokra emelkedett, a melyen a betegség előtt volt. Az ilyen beteg testi fáradalmakat ép oly jól áll ki, mint egészséges korában. Relativ compensatio alatt azon állapotot érti, midőn nyugodt magatartás mellett még a beteg jól érzi magát és csupán megerőltetéseket nem bir elviselni. Az incompensatio szakában a vérnyomás és a vér áramlási sebessége csökkent. Ezen vérnyomáscsökkenés legnagyobb a hajszáledények területén, míg az arteriákban és venákban igen csekély. *Lewy* szerint az incompensatio állapota úgy magyarázható, hogy a normalis szív óránkénti 815 kgm.-m. munkaképessége nem elegendő 1 percz alatt a normalis vérmennyiséget (4200 kcm.) normalis nyomás alatt a capillarisokon áthajtani. Ha ez megtörténik, a szív compenzált állapotban van.

Közelfekvő, hogy a szív izommunkájának kiszámítása felvilágosítást ad a compensatio állapotának felismerésére. Fent jelzett elméleti feltevésekre támaszkodva, *Mosso* próbálkozott e kérdés gyakorlati megoldásával. A kérdés fontossága miatt szabadjon egy idevágó kisérletét röviden közölni:

Egy 23 éves, 66 kgm. súlyú férfinál meghatároztatott a vérnyomás, ütérlökés, légzés és testhőmérsék. Közvetlenül erre a laboratorium lépcsőjén 10-szer fel- és lement, miközben mindegyik kezében 5 kgm. súlyt tartott. Ezen lépcső 64 fokot számlált. Szuszogva és verejtéktől fedve tér vissza, mire rögtön a vérnyomás, légzés, ütérlökés és hőmérsék újból lett meghatározva. A lépcsőjárás alkalmával a vérnyomás 25 mm. higanynyal emelkedett.

	Idő	Vérnyomás	Ütérlökés	Légzés	Hőmérsék
Mozgás előtt	3·45	80 mm.	65	20	37·0
Mozgás után	4·25	105 mm.	108	37	37·1

További 20 percz multán a vérnyomás a kiindulási értékre visszatért. Ezen adatok képét nyújtják azon rendellenes munkának, melyet a szív a lépcsőjárás alkalmával kifejteni kénytelen. Az ujjak kis üterein nyert vérnyomásértékek bizonyára kisebbek, mint a melyeket a szívben találnánk, de ez idő szerint nem rendelkezünk eszközzel, mely a vérnyomás meghatározását embernél nagyobb pontossággal engedné eszközölni, mint a sphygmomanometer. A szív munkája könnyen kiszámítható. A bal gyomrocs tartalma 180 kcm. vér, mely minden szívösszehúzódás alkalmával nyugalmi állapotban 85 mm. higany, lépcsőjárás után 105 mm. higany magasságára lesz felhajtva. Ha a vér súlya a víz súlyával egyenlőnek vétetik, a szív normalis állapotban 1 percz alatt: $0{\cdot}085 \times 14 = 1190$; $1190 \times 0{\cdot}180 = 0{\cdot}2142 \times 65 = 13{\cdot}92$ kgm.-m. munkát, lépcsőjárás után $105 \times 14 = 1{,}470$; $1{,}470 \times 0{\cdot}180 = 2646 \times 108 = 28{\cdot}57$ kgm.-m. munkát végez. *Mosso* maga azt mondja, hogy ezen számítás ellenőrzésére ez idő szerint módszerünk nincsen. És mi részünkről is hangsúlyozzuk, hogy a számítás elvi jogosultságának teljes épségben tartása mellett ilyen számítás adott esetben, és ez igazolja *Korányi Sándor* fent idézett nézetét, a szív munkájáról tényleg felvilágosítást nem ad. Egyéb kifogások mellett fő ok, hogy a bal gyomrocs vértartalma nem tekinthető állandónak és épen ingadozása a szívmüködés fentartására munkával és általában akadályokkal szemben egyik sarkalatos pont és hogy a sphygmomanometerrel nyert vérnyomási érték a bal gyomrocs vagy az aorta kezdeti szakában uralkodó vérnyomásról még megközelítő felvilágosítást sem ad. Ezzel a szívmunka kiszámításának lehetősége esetről esetre meghiúsult. Gyakorlatilag nem is oly fontosságú, hogy kgm.-m.-ekben mennyit tesz ki a szív munkája. A lényeg az, hogy a táplálékból nyert energia oly módon osztassék meg a szív és az akaratlagos izom munkája között, hogy az előbbi által teljesített munka elegendő legyen a szívben és peripherián felmerülő akadályok leküzdésére. Rendes körülmények között megközelítőleg elegendő erre 20,000 kgm.-m. A szív ekkor compenzált állapotban van. De compenzált állapotban lehet a szív akkor is, ha annak munkája ennél jóval nagyobb, az akaratlagos izomzat munkájának rovására. Nagyobb fokú aránytalanság a szívizom munkaképessége és a vérkeringési akadály között igen rövid idő alatt halálhoz vezet. Az egészséges szív működése olyan, hogy az bizonyos határig még fokozható és így még nagyobb munkát is megbir, semmint az rendes feladata *(Jendrássik)*. Bizonyos vérkeringési akadályoknál a szívmüködés elegendő, hogy testi nyugalomnál a vérkeringést fentartsa, míg ilyen esetekben már a legcsekélyebb testi munkánál arra többé nem képes, vagyis az olyan szív, a mely a testi munka okozta nagyobb akadály miatt a rendesnél nagyobb izommunkát kénytelen kifejteni, hogy a compenzált állapotban maradjon, incompenzált állapotba jön, ha a teljesítendő testi munka miatt a szívtől a rendelkezésre álló energiából egy részlet elvonatik. Könnyen képzelhető azon eset is, midőn az elméletileg maximalis izommunkát teljesítő szívmüködés az incompensatio szakába jut. Tehát a compensatio fogalmát úgyis értelmezhetjük, hogy ekkor a szívmunka — legyen az kgm.-m.-ekben bármennyi — az akadályok leküzdésére képes és incompenzált akkor, midőn a szívmunka — legyen az esetleg a rendesnél bármennyivel nagyobb — nem képes a normalis vérmennyiségét időegység alatt normalis nyomás alatt a capillarisokon áthajtani. A szív munkájának megitélésére tehát gyakorlatilag nem a kiszámítható kgm.-m.-ek fontosak, hanem a szív compenzált vagy incompenzált állapotának felismerése.

(Folytatása következik.)

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

A bromalinról.

Irta: *Kollarits Jenő* dr. klinikai gyakornok.

Tekintettel arra, hogy a bromkészítmények az epilepsia kezelésében minden más szer hatását felülmulják és tekintettel azon körülményre, hogy hosszabb időn át történt használatuk gyakran kellemetlen tüneteket okoz, érthető módon szükség volna olyan bromkészítményre, mely e szer hatását magában foglalja a nélkül, hogy káros mellékhatásokat hozna létre. *Féré*[1] szerint azon betegek, a kik hosszú időn át bromkezelésben részesültek, székrekedésben és bélfelfúvódásokban szenvednek, a mi onnan származnék, hogy a brom a bélizmokat bénítja. Ezen bénulás a mérges anyagok felszívódását a bélrendszeren elősegíti s innét magyarázhatók szerinte az emésztési zavarok bekövetkezése és a bromismus valamennyi tünete, a mennyiben az így meggyengült szövetek minden fertőzésre könnyebben hajlanak, innen támadnának az annyira kellemetlen furunculusok is.

Ezen fertőzések meggátlása czéljából a bromsókat antiseptikumokkal, naphthollal vagy bismuthum salicylicummal kötötte össze. *Bardet*[2] e czélra a formaldehydot használta fel és így keletkezett a *bromaethylformin*, melyet a *Merck*-féle gyár *bromalin* néven hoz forgalomba.

Laquer[3] adatai szerint a bromkalium 67·2%, a bromnatrium 77·67%, a bromammonium 81·62%, a bromaethylformin 32·13% bromot tartalmaz, ezért szükséges ez utóbbit nagyobb adagban adni, mint a többi készítményt.

Az első kisérleteket *Féré* tette ez új szerrel négy epilepsiás betegen és arra az eredményre jutott, hogy belőle 9—12 gm.-ot is lehet adni a betegnek naponként, a nélkül, hogy furunculusok támadnának. *Laquer* hét epilepsiáson tett próbát és azon tapasztalatot tette, hogy a bromalinból épen kétszer annyit kell adni, mint a bromkaliumból, hogy egyenlő hatást érjünk el vele. Előnyképen tudja be a bromalinnak, hogy sem furunculusokat, sem étvágytalanságot, sem egyéb kellemetlenséget nem okoz és hogy ize is kevésbbé éles.

Rohrmann[4] közlése szerint a *Merck*-féle gyárat több kisérletező értesítette kedvező eredményről, a nélkül, hogy észleleteiket közzé tették volna. Ugyancsak ő említi, hogy *Bochme*[5] két bromexanthemás epilepsiás betegnek adta a bromalint és úgy tapasztalta, hogy az exanthemák, ha nem is szüntek meg, de legalább

[1] Nouv. Iconogr. de laalp Setriére III.
[2] Les nouveaux rémèdes. VIII.
[3] Neurolog. Centralblatt. 1895. 15. l.
[4] Monatschrift f. Psych. u. Neurol. 4. k. 443. l.
[5] Therap. Monatshefte 1897. 3. sz.

csökkentek. *Rohrmann* a göttingeni klinikán öt epilepsiáson tett próbát. Az ő eseteiben a bromalin-kezelés alatt a bromismus nem rosszabbodott, sőt egy esetben tünetei javultak is. E szerző is más bromkészítményekhez képest kettős adatban adta betegeinek a bromalint és három esetben az öt közül az így elért eredmény jobb volt a többi bromsó hatásához képest.

Laudenheimer[1] dicsérőleg nyilatkozik a bromalin hatásáról. De tulajdonképen csak azt mondja, hogy a bromismus többnyire kisebb fokú volt bromalin használatakor, sőt egy betege, a ki a bromkaliumot tűrte, a bromalin kis adagjától is mindig hasmenést kapott. A bromkaliumhoz képest a kétszeresnél valamivel nagyobb adagot tart szükségesnek.

A gyógyszerek kipróbálásakor baj az, hogy az újonnan felmerülő szerek száma igen nagy, és hogy azok kipróbálásakor általában az egyes szerzők csak kedvező eredményeiket szokták közölni, míg azok, a kik eredményt nem láttak, kedvezőtlen tapasztalataikat gyakran elhallgatják, azokat közlésre érdemesnek nem tartják. Ebből az a visszás következés folyik, hogy minden új szer jónak látszik, és a dicsérő közlemények nagy száma mellett a gyakorló orvos igen sokszor fordul feléjük, sőt a betegek maguk is a ki nem próbált új szerek alkalmazását kivánják, a megbizható régiek helyett. Épen ezért tartom szükségesnek közölni azon a többi szerző adataitól kissé eltérő tapasztalatokat, melyek szerint ezen sokat hirdetett újdonságok egyike, *a bromalin* a hozzáfűzött várakozásnak meg nem felel.

A bromalint a II. belklinika idegbajosok számára tartott rendelésén jelentkező 10 epilepsiás betegnek adtuk. Ezek közül öt megfigyelést közlünk, melyekben különösen a bromismus tüneteire voltunk figyelemmel. Első betegünk egy hónapig, a második 47 napig, a harmadik és negyedik 5½ hónapig, az ötödik 4 hónapig használta a bromalint. A nem közölt öt eset részletezését szükségesnek nem tartjuk, minthogy egyrészt rövid észlelési idővel birnak, másrészt ugyanazon eredményt mutatták, mint a többiek.

Ezen kivül nehány esetben paralysis agitansban, Basedow-kórban, neurastheniában és paralysis progressivában is alkalmaztuk, vele ugyanolyan eredményeket érve el, mint a mennyit félannyi kalium bromatumtól várhattunk.

Epilepsiás eseteink a következők:

1. W. A. 23 éves, asztalossegéd, 1898. április óta áll kezelésünk alatt. Első rohamai három éves korban szédülések alakjában kezdődtek, azóta gyakran ismétlődtek. 18 éves korától typusos, körülbelül 5—6 perczig tartó epilepsiás görcsei vannak, melyek majdnem hetenként ismétlődnek. A rohamok alatt öntudatlan állapotban van, utánuk alszik, nyelvét sokszor megharapta, néha ellenben csak szédülések támadnak, a nélkül, hogy görcsei volnának. A többször megkisérlett bromtherapiát mindannyiszor abban kellett hagyni, mert a bromot nem tűrte.

1898. márczius havában átlag tiznaponként voltak rohamai. Május 6-dikától junius 4-dikéig előbb két, majd három gm. bromkaliumot vett naponként, ez idő alatt 14 naponként van egy-egy rohama. De a bromkaliumot kénytelenek voltunk kihagyni, mert kiütései támadtak egész testén, és mert a szert gyomra sem tűrte, gyakran a bevétel után kihányta.

Többféle, bromot nem tartalmazó szerrel történt eredménytelen kisérletezés után, a mely idő alatt átlag hetenként két rohama volt, a *bromalinra* tértünk át, melyből május 27-dikétől junius 3-dikáig *4 gm.-ot vett* be naponként, e *8 nap alatt* egy epilepsiás szédülése és egy 2 perczig tartó, eszméletlenséggel járó rohama volt, kiütések már az első napokban támadtak, de nem bántották.

Junius 3-dikától junius 28-dikáig *25 napon át 6 gm. bromalint* szedett, ez idő alatt 6 rohama volt, 9., 10. és 20.-án egy másodperczig, 16.-án egy 10 perczig, 24. és 28.-án egy-egy 5 perczig tartó roham. De, mert már junius 17.-én kitarthatatlan viszketést okoztak a mind számosabban mutatkozó kiütések és junius 20. óta a beteg a gyógyszert kihányta és étvágytalan lett, kénytelenek voltunk ezen orvoslást abban hagyni.

Ezen kiválóan súlyos esetben tehát a bromalin épen úgy okozott bromismust, mint a megfelelő félannyi dosisban adott bromkalium és a rohamokra mind a kettő csak kevéssé folyt be.

2. L. L. 24 éves, joghallgató. Három éves korában volt először görcse, mely azóta 4—6 heti időközökben ismétlődik. E görcsrohamok 3—4 perczig szoktak tartani, eszméletét elveszti, nyelvét megharapja, utána alszik. Előadja, hogy egy évvel ezelőtt 10 hónapon át szedett valamely bromkészítményt, melytől folytonosan kiütései voltak, de a kezelésnek a rohamokra nem volt befolyása.

1899. szeptember 1-jén jelentkezett először a klinikán azon panasszal, hogy az nap heves görcsei voltak. E naptól kezdve szeptember 29-dikéig naponként 6 gm. bromalint vett be. Ez idő alatt, tehát 28 nap alatt két rohama volt, egy szeptember 11-dikén csak nehány másodperczig tartott, egy szeptember 28-dikán 5 perczig. Szeptember 29.-étől október 17.-éig terjedő *18 nap alatt 8 gm. bromalint* vett be, rohama nem volt. Október 17.-étől november 27.-éig *4 gm. kalium bromatumot* vett, ez idő alatt rohama nem volt. *Kiütések* a kezelés 10. napján támadtak, nem nagyon bántották, azóta *úgy a bromalin, mint a bromkalium therapia idejében körülbelül egyenlően állottak fenn. A bromismusnak más tünete nem volt. 8 gm. bromalin ugyanolyan hatással volt a rohamokra, mint 4 gm. kalium bromatum.*

3. B. Gy. 21 éves, szabó, a ki jobboldali infantilis hemiplegiában szenvedett, 12 éves korban kocsiról leesett, fejét megütötte. Rövid ideig eszméletlen volt, azután haza vitték. Egy fél évvel ezen esés után támadt először görcsrohama, ez 10—12 perczig tartott és csak a jobboldal rángatódzott. Eszméletét elvesztette, nyelvét is megharapta, utána aludt. Ezen rohamok havonként egyszer jönnek rá. Mindig a jobb kézben támadó paraesthesiákkal kezdődnek. 1899. márczius havában azonban naponként többször is jelentkeztek.

E betegünk 1899. április 13.-ától május 28-dikáig terjedő *45 nap alatt* naponként *2 gm. kalium bromatumot* vett, ez idő alatt *kétszer*, április 19.-én és május 8.-án egy 1—2 perczig tartó rohama volt. Május 28.-ától junius 29.-éig *32 nap alatt 6 gm. bromalint* szedett naponként, junius 23.-án három 1 perczig, 29.-én két 10 perczig tartó rohama volt. Junius 29.-étől október 2.-áig, három hónapon át *8 gm. bromalint* vett, ez alatt *kétszer*, augusztus 20. és 26.-án volt rövid rohama. Augusztus vége óta bromacne támad, mely nem nagyon bántja. Október 2.-ától nov. 16.-áig *10 gm. bromalint vesz pro die, e 46 nap alatt egyszer*, november 11.-én volt rövid rohama. November 16.-ától 1900. január végéig 5 gm. kalium bromatum naponkénti bevétele alatt csak egyszer, november 31.-én volt egy rövid ideig tartó rohama. E betegünk úgy a kalium bromatumot, mint a bromalint jól tűrte. *Kevés kiütése csak azon idő alatt volt, a mikor 10 gm. bromalint szedett, de hamar elmult, és 5 gm. bromkalium bevétele alatt e kiütés nem újult ki. A rohamra gyakorolt hatás tekintetében 5 gm. kalium bromatum és 10 gm. bromalin egyenlő hatásosnak bizonyult.*

4. Sz. J. 37 éves, szabó, 1899. április óta áll kezelésünk alatt typusos genuin epilepsiája miatt. Hol két hetenként, hol három naponként van eszméletlenséggel járó rohama. Ez idő alatt háromszor naponként 1 gm. kalium bromatumot vett, de a kezelést rendetlenül folytatta.

1899. junius 5.-étől julius 11.-éig 37 nap alatt naponként 6 gm. bromalint kapott, ez idő alatt 5 rohama volt; junius 10. és 13.-án egy-egy rövidebb, julius 4., 5. és 11.-én hosszabb ideig tartó. A kezelés 8. napjától fogva étvágytalanságról, hasmenésről panaszkodik. A hasmenés 1 gm. tannalbin-porokra megszünt. Ugyanazon időtől fogva sok kiütése volt. Julius 11.-étől augusztus 2.-áig 23 nap alatt *8 gm. bromalint* és 3, majd 4 csepp sol. arsenic. Fowl.-t vett a beteg naponként. Roham nem volt, a bromismus elmult.

E betegünkön is mutatkoztak tehát a bromismus kellemetlen tünetei, de a szernek Fowler-solutioval történt vegyítésekor visszafejlődtek. A rohamok megszüntetésére 8 gm. bromalinre volt szükség.

5. L. M. 26 éves, asztalossegéd, kis korától fogva szenved epilepsiában, a mely miatt már többször állott hosszabb idei kezelés alatt. 1899. április havában került észlelésünk alá, a mikor átlag hetenként 2—3 rohama volt.

Április 1-jétől május 15.-éig *45 nap alatt 2 gm.*, május 15.-étől 27.-éig *17 nap alatt 3 gm. kalium bromatumot* vett be naponként. Ez alatt 1-jén, 15.-én és 27.-én, tehát háromszor volt rövid ideig tartó rohama. Azon idő alatt, a mikor 3 gm. bromot vett naponként, számos kiütés támadt testén, étvágyára a szer nem volt befolyással. Junius 3.-ától 10.-éig 7 napig 6 gm. bromalint használt naponként; junius 3.-án volt egy 15 perczig tartó rohama. Ez alatt a kiütések visszafejlődtek. Junius 25.-étől augusztus 22-dikéig 58 napig naponként 8 gm. bromalint vett be, 4 rohama volt, egy erősebb junius 25.-én, gyengébbek julius végén, augusztus 7. és 22.-én. Ez idő alatt julius 8. óta újra támadtak kiütések, melyek az egész további kezelés folyamán fenmaradtak. Augusztus 22.-étől október 6.-áig 44 nap alatt naponként 12 gm. bromalint fogyasztott, ez idő alatt három gyenge rohama volt: szeptember 25. és 30.-án és október 6.-án. Október 6.-ától 20.-áig 12 gm. bromalin naponkénti szedése alatt roham nem jelentkezett, a kiütések változatlanul fennállottak. Október 20.-ától 1900. január 23.-áig 3 hónap alatt naponként 6 gm. kalium bromatumot vett be. Rohama kétszer, november 8. és január 23.-án volt. Kiütések ez idő alatt is körülbelül ugyanolyan mértékben voltak, mint a bromalin vételekor.

Ez esetben tehát 12 gm. bromalin és 6 gm. kalium bromatum körülbelül egyenlő hatásosnak bizonyult. 3 gm. kal. bromatum kisfokú bromismust hozott létre, míg 6 gm. bromalin alatt ez visszafejlődött, de 8 gm. bromalin napi dosis vételekor a bromismus tünetei kis mértékben újra előállottak, *tehát a bromalin valami kevéssel előnyösebb volt e tekintetben, mint a megfelelő dosis bromkalium.*

Összefoglalva tapasztalatainkat, következő eredményre jutottunk.

1. A bromalin a kalium bromatumhoz képest kétszeres adatban nyujtva, körülbelül vele egyenlő hatást fejtett ki.

2. A bromalin ilyen arányban adva, nem akadályozta meg a bromismus létrejöttét, mely az esetek nagyobb részében ugyanoly mértékű volt, mint a megfelelő fél adatú kalium bromatum szedésekor. Egy esetben (4. sz.) a bromismus megszünt, a mikor a bromalin napi adatát sol. arsenic. Fowleri 3, majd 4 cseppjével vegyítettük. Egy esetben (5. sz.) 3 gm. kalium bromatum bromismust hozott létre, mely 6 gm. bromalin szedésekor visszafejlődött,

[1] Therapie der Gegenwart. 1900. 7. sz.

de a mikor 8 gm.-ra kellett emelni a napi adatot, a bromismus kiújult.

Ennek alapján a bromalint nem tartjuk a bromkalium fölött álló szernek.

Ha még tekintetbe veszszük, hogy 10 gm. kalium bromatum 24, 10 gm. natrium bromatum 28, 10 gm. ammonium bromatum 40 fillérbe kerül, míg ugyanezen mennyiségü bromalin ára 2 K. 20 fillér, és hogy ez utóbbi szerből kétszer annyit kell adnunk, tehát 24 fillér árú kalium bromatummal ugyanazon hatást érjük el, mint 4 korona 40 fillér ára bromalinnal, nem hiszszük, hogy a bromalin a gyakorlatban valaha tért fogna nyerni.

A hypertrichosis kór- és gyógytana.

Havas Adolf dr. egyetemi m. tanár, kórházi főorvostól.

(Vége.)

A megtámadott szőrszálak, illetőleg hajszemölcsök körülbelül 70%-a ily módon tönkretétetik, ott többé szőrzet nem nő; körülbelül 30%-ban a szőrzet ismét kiújul és pedig azért, mert a behatoló tű által a hajszemölcs el nem éretett. Ennek leggyakoribb oka azon rendellenesség, hogy egyes hajtüszők nem egyenes, hanem görbe, kanyarulatos lefolyásúak, a mely körülmény miatt azután a hajszemölcs az egyenes vagy kissé görbített tű által nem éretik el. Ilyen esetben a procedura mindaddig megismétlendő, míg végtére mégis sikerül a hajszemölcsöt tönkretenni és így a hajnövést megszüntetni.

Ily módon, türelemmel és kitartással úgy az orvos, mint a beteg részéről, bizonyos idö elteltével positiv siker érhető el. A midőn e tényt konstatálom, lehetetlen, hogy két körülményre még külön is fel ne hívjam szíves figyelmüket.

Minthogy ugyanis a hypertrichosis acquisita lényege abban áll, hogy egyes lanugok vastag, éktelenítő szőrszálakká alakulnak át és minthogy a hajlamosság, hogy a lanugok ily átalakuláson menjenek keresztül, a dolog természeténél fogva esetleg állandó, örökös, úgy nagyon természetesnek fogjuk találni, hogy a túltengésre való dispositionál fogva a gyógykezelés után, vagy még a gyógykezelés tartama alatt is egyes lanugok, a mint azt már említém, a beteg nem kis rémületére, vastag, serteszerü hajszállá alakulnak át. E körülményre a betegek már jó eleve figyelmeztetendők, egyrészt azért, hogy a különben hasznos gyógyeljárás ne discreditáltassék, másrészt pedig, hogy utó-, illetőleg pótkúrák által az újabb hypertrophikus szőrök eltávolíttassanak.

Körülbelül 14 év óta áll egy hölgy hypertrichosis miatt gyógykezelésem alatt. Az első évben 21 ülés volt szükséges a túltengett szőrök eltávolítására, a másodikban már csak négy, a harmadik, negyedik és ötödik évben két-két ülés és most már csak minden második évben leszek igénybe véve és ekkor is alig 8—10 szál az, a mit eltávolítanom kell.

A másik körülmény, a melyet komoly figyelemre kell méltatnunk, az, hogy mindig szemmel tartsuk az elektrolysis okozta reactiot a bőrben. Míg az electrolysis okozta egyes urticák különállók, azok rendesen gyorsan, néhány nap alatt visszafejlődnek, de ha azok szorosan egymás mellé helyezettek, sőt egymással egybefolyók, akkor a pír és duzzadás heteken, sőt hónapokon át is fennáll, éktelenít, a mi cosmeticai szempontból súlyosabb elbirálás alá esik. Talán 7—8 évvel ezelőtt, mikoron még a poliklinikán müködtem, egy súlyos hypertrichosisban szenvedő leány jelent meg ott nálam, a kinél egy tökéletesen kifejlődött körszakál és bajusz állott fenn. E betegnél a sok kiirtandó szőrre való tekintetből, no meg a magát gyakorolni akaró és törekvő sok fiatal orvos munkakedvéből, az electrolytikus eltávolítása a szőröknek nap nap után végeztetett; két-három hét után e betegnél oly kemény és erős infiltratum volt az oldalszakál helyén, hogy az sokkalta jobban éktelenítette a szegény leányt, mint az előbbi szakála, és jó darabig tartott, míg a lobos tünetek elmultak.

Mindaddig tehát, míg az előbbi ülésből a reactio tünetei el nem multak, azon a helyen újabb beavatkozást nem tanácsos végezni.

Összegezve tehát nézetünket, azt mondhatjuk, hogy az elektrolytikus gyógykezelési mód végeredményére nézve jó, de oly fáradságos, oly hosszadalmas, érzékeny egyéneknél oly kellemetlen és az orvos részéről oly nagy kézbeli ügyességet feltételező eljárás, hogy általános elterjedést és alkalmazást aligha fog nyerni.

A dolgok ilyetén állása mellett mi természetesebb tehát, hogy mi dermatologusok szíves örömest vettünk tudomást a Röntgen-sugarak hajhullasztó képességéről és azt gyakorlatilag alkalmazni meg is kiséreltük.

Röntgen würzburgi physikusnak 1895-ben tett korszakalkotó felfedezése óta az orvostudomány minden ágán indultak meg kisérletek a felfedezés tudományos értékesítése czéljából és pedig úgy kórismészeti, mint gyógytani szempontból. A Röntgen-sugarak értéke diagnostikai szempontból minden kétségen felül áll. Legio immár azon esetek száma, a melyeknél ez eljárás sikerrel alkalmazásba vétetett. Az átvilágítási methodus is már annyira tökéletesedett, hogy joggal mondhatjuk *Büttner* és *Müller*-rel, hogy a szóban forgó felfedezés az orvostudományra nézve ép oly fontos és kiható, mint annak idején Lister felfedezése.

A diagnostikai czélból tett kisérletek azonban azt is mutatták, hogy a Röntgen-sugarakkal való átvilágítás egyáltalában nem közömbös az emberi szervezetre és szövetekre. Minden egyes vizsgáló és kisérletező tudott valamit jelenteni azon ártalmas mellékhatásról, a mely ez eljárás által előidéztetik.

Oudin, *Barthélemy* és *Darier* párisi orvosok nagy szorgalommal összeállított dolgozatban referáltak a moszkvai nemzetközi orvosi congressusnak a Röntgen-sugarak behatása által előidézett és a különböző kisérletezők által registrált kóros változásokról. Szerintük a kóros alteratiok foka függ az átvilágításra használt villamos áram feszerejétől, az átvilágítandó testnek a lámpától távolságától, az átvilágítás tartamától, az egyes ülések egymásutánjának gyakoriságától, az egyén individualis ellentálló képességétől, más kóros változások fennállásától stb.

Az előidézett reactiv tünetek vagy felületesek és könnyüek, vagy mélyrehatók és súlyosak. A kóros változások rendesen nem mindjárt a sugarak behatása után, hanem sokkal később, egy-két nap, gyakran hetek vagy hónapok eltelte után mutatkoznak. Egy esetemben egy évvel később léptek fel a kóros elváltozások. Rendesen fájdalmasak, néha valóságos neuralgikus fájdalmakkal járók és igen lassú és renyhe gyógyulási tendentiával birók.

Leginkább a bőr támadtatik meg a Röntgen-sugár által, azon pír, duzzadás, égés, fájdalom, hólyagképződés, szárazság, lehámlás, sötét festenyzés, kifekélyesedés, üszkösödés, hegesedés, idült beszürődés, bőrrepedés, az érzékenység és ruganyosság csökkenése, néha fokozott érzékenység, hajkihullás és körömleválás észleltetett.

De a belső szervekre sem közömbös az átvilágítás, hatása itt is káros lehet és mint ilyen felemlítendők: emésztési zavar, hányás, hasfájdalmak, szívdobogás, rendetlen pulsus, ideges izgatottság és a retina irratatioja.

A Röntgen-sugarak baktericid hatására nézve még nagyon eltérők a nézetek. *Barthélemy* és *Oudin* azt is észlelték, hogy a lappangó gümőkór általa floriddá lesz. Csonttöréseknél pedig, ott a hol a csontrészek késedelmesen vagy hiányosan nőttek össze, jó hatással volt, mert az átvilágítás általi izgatással gyorsabb gyógyulás idéztetett elő.

A mint tehát a felsoroltakból látható, a Röntgen-sugaraknak alig pár év óta történt alkalmazása óta máris egy egész halmaza az ártalmaknak észleltetett és semmi kétség, hogy a kisérletek és alkalmazások folytatásával még nagyon sokféle ártalmát és mellékhatását a radiographiának fogjuk megismerni, miért is szükséges, hogy minden egyes átvilágítás okozta ártalom registráltassék.

Általában mondhatjuk, hogy a Röntgen-sugarak okozta hatás individualis. Vannak egyének, kik órákon át, vagy még tovább is exponálhatják magukat az X-sugaraknak a nélkül, hogy a legkisebb kárt szenvednék; viszont másoknál alig pár perczenyi exponálás elégséges, hogy náluk pír, duzzadás, fájdalmasság stb. jelentkezzék.

Apostoli pl. észlelt egy esetet, a melynél kétszeri exponálás után, hol az egyes ülések 40 és 90 perczig tartottak, 15—9 cm.-nyi distantiában, hónapokig fennálló necrotikus szétesés keletkezett.

*

Ezen a radiographia által okozott ártalmak okára nézve még nagyon eltérők a nézetek.

Némelyek chemikus hatást tételeznek fel. *Guillaume* azt hiszi, hogy az X-sugarak a szerves nedvekre szétbontólag hatnak és az így szabaddá váló savi és alji vegyhatású anyagok a szövetekre szétbontólag hatnak. Mások az inductiosa készülékből kiinduló villamos áramokat és hullámokat vesznek fel. Ismét mások az átvilágított szervek idegvégeinek electromechanikus vagy electrolytikus úton keletkezett elváltozásait vélik. Az észlelők legnagyobb száma trophoneurotikus változást tételez fel, és pedig a bőridegek végelágazódásában vagy azok törzseiben.

Tesla nem a sugarakat, hanem az ezek hatása alatt keletkező ozont vádolja az ártalmak okozójául, szerinte a hatás annál nagyobb, mennél melegebb és nedvesebb a bőr.

Eder és *Freund* szerint a normalis szövet változása az egyes molekulák villanyosságának elsülése által okoztatik.

Kaposi a Röntgen-sugarak okozta hajhullást vérkeringési alteratiok okozta táplálkozási zavarok folyományának tartja, ép úgy, mint a napsugarak által okozott erythemánál. *Kaposi* szerint a papillaris és subpapillaris véredények oly módon befolyásoltatnak a Röntgen-sugarak által, hogy azokban először is fluxionarius hyperaemia keletkezik, activ erythema képében, mire a véredények elernyedése folytán passiv erythema képződik. Minél tartósabbak és behatóbbak ezen erythemák, annál tartósabb és behatóbb lesz az általuk okozott táplálkozási zavar és szövetelváltozás. Ezen vérbőséges állapot következtében a hajszemölcs felett a hajhagyma meglazul és azután leválik.

Ha ezen eredményt fenn akarjuk tartani, akkor a véredényeket ezen paretikus állapotban kell mindig tartanunk, a mit az által érhetünk el, ha időnként rövid ideig tartó átvilágításnak teszszük ki a kezelendő testrészt. Miután *Kaposi* szerint az ily módon hosszú időn át paretikussá tett ideg gyakran tönkre megy, úgy lehetséges, hogy ezen eljárás által a papillaris véredények vasomotorikus idegei oly módon befolyásoltatnak, hogy a véredények a hajszemölcs táplálására mindenkorra képtelenekké válnak, mi által azután a hajképződés is lehetetlenné tétetik, vagyis állandó szőrtelenség okoztatik.

A Röntgen-sugaraknak azon mellékhatását, hogy szőrzetes helyen behatása folytán a hajak kihullanak, *Daniel* tanár közölte először. Ha az így keletkezett hajkihullás tartós és állandó, akkor az bőrgyógyászati szempontból megbecsülhetetlen értékű, mert a hypertrichosis egyike a köztakaró azon elváltozásainak, a mely nemcsak a dermatologus, hanem és még inkább a betegnek sok gondot és keserűséget okoz és a melylyel csak nagy nehezen és csak korlátolt mértékben tudunk megküzdeni, a mint azt már különben előbb kifejtettem volt. *Freund* dr. bécsi orvos volt az első, ki curativ szempontból hypertrichosisnál a Röntgen-sugarakat alkalmazta és csakugyan 24, illetőleg 42 órai exponálás után tökéletes effluvium capillorumot volt képes előidézni, de az exponált helyen intensiv lobos tünetek léptek fel. *Kaposi*, ki az esetet látta, mindjárt akkor kijelentette, hogy mihelyt a Röntgen-sugarak által előidézett zavar a hajszemölcsben megszünend, a hajaknak újra ki kell nőniök. És *Kaposi* jóslata beteljesedett, mert két és fél hónap után *Freund* esetében a szőrök ismét jelentkeztek.

Ugyanily tapasztalatot tett minden észlelő. *Jutassy*, ki a hypertrichosisnak Röntgen-fénynyel való gyógyításával foglalkozik, kizártnak tartja azon lehetőséget, hogy minden megtámadott hajszemölcs visszanyerje előbbi tonusát és azon reményének adott kifejezést az Orvosi Hetilapban megjelent czikkében, hogy további kisérletezései által sikerülend neki bebizonyítani azon feltevést, hogy az X-sugarak többszöri alkalmazása által képesek vagyunk a haj hagymáját (valószinüleg a hajszemölcsöt gondolta) életmüködésében annyira zavarni, hogy az többé regenerálódni képes nem lesz és így a szőrösödés örökre megszünik.

Jutassy ezen állítása elől elzárkózni nem lehet. A Röntgen-sugaraknak hatása a normalis szövetre a többi között csakugyan olyan, hogy annak életviszonyaiban zavart idéz elő és ezen zavar, mint sajnosan tapasztaljuk, ha az gyakori, vagy igen hosszú ideig tartó, a szövetrészt tönkre is teszi, a mint azt az előbb felsorolt röntgenezés okozta ártalmak eléggé tanusítják.

Most már csak az a kérdés, hogy nem megy-e egyúttal a hajszemölcsesel más szomszédos szövet is tönkre és így egy kis cosmeticai hiba nem cseréltetik-e ki egy nagyobb nem cosmeticai hibával, hanem defectussal.

Eseteim megadják erre a választ.

Első esetem, melyet 1898. november 5-dikén mutattam be a kir. orvosegyesületben, egy fiatal leány, a kinél egy collega a hypertrichotikus arczrészletet 27 órán át az X-sugarak hatásának tette ki. Minden egyes ülés 1—2 óra hosszat tartott. Az exponálás minden nap egyszer, esetleg kétszer is végeztetett. A második ülés vége felé az arcz bőre vörös, duzzadt és fájdalmas lett, de azért az exponálások folytatva lettek. A 27-dik óra után az exponált bőr a beteg előadása szerint sötét bordó-vörös lett, az ajkak rendkivül megduzzadtak, erősen vérzettek. Bő genyedés mellett fájdalmas seb keletkezett mindkét arczfélen és az állon. A keletkezett seb annyira fájdalmas volt, hogy a beteg csak altató szerek vétele után tudott aludni. Hét hónapig tartott, míg ezen sebek begyógyultak és utána csúnya éktelenítő és stringáló hegek keletkeztek. A hegesedés átterjed a bőr nyaki részletére is mindkét oldalon, miáltal a fej mozgathatósága feszélyezetté és részben korlátolttá vált. Az egész kezelt felületen a bőr tökéletesen achromatikus, hófehér, mely hüvösebb körlég behatása alatt kékes-vörössé lesz. Mindezen elváltozások egy az orrcsúcstól a fülnyilásig vont egyenes vonal alatti arczfélen láthatók, úgy a jobb, mint a baloldalon. Midőn e beteget 1898-ban az orvosegyesületben bemutattam, a kezelt rész szőrzetére a következőket mondottam: Szőrzet csakis a felajk közepén, az orrsövény szélességének megfelelőleg látható. Ezek meglehetősen kifejlett barna erős lanugok. Hogy a kezelt bőrfelület többi részen milyen volt a szőrösödés, azt nem tudom, de konstatálni akarom, hogy a felajk mindkét oldalán, mindkét fülelőtti tájon, bár azon a hegesedésnek, a roncsolásnak semmi nyoma, a szőrzet mégis tökéletesen hiányzik; sőt tekintve, hogy immár nyolcz hónap telt el a kezelés óta, körülbelül biztosra mondhatom, hogy ott szőrzet többé nem is fog jelentkezni. Ha tehát ezen állapot állandó marad, akkor jogosultsággal bir azon reményünk, hogy a radiographia segélyével a hyportrichosis gyökeresen gyógyítható.

A beteget csak egy fél évvel a bemutatás után láttam újolag, a midőn az újra szétesett hegek gyógyítása czéljából fordult hozzám. A felajkon és a fülelőtti tájékon ez alkalommal sem láttam egyetlen egy szőrszálat sem, de feltünt volt az, hogy a röntgenizált bőrfelület mélyebben feküdt, laposabb volt, ha szabad e kifejezést használnom, mint a szomszédos ép bőr. A kifekélyesedett hegek körülbelül nyolcz nap alatt begyógyultak. A beteget ezután ismét egy fél évig nem láttam. Midőn ez év januárjában újolag jelentkezett nálam, már egész határozottsággal észlelhettem, hogy az átvilágított bőrrészlet a határos ép bőr felületéhez viszonyítva határozottan bemélyedt, besüppedt volt.

A felajk köztakarója nem is volt most már olyan sima, mint azelőtt, azon egyes kis lencsényi bemélyedések és sávszerű szederjes hegesedések voltak észlelhetők, a mely változások azelőtt észrevehetők nem voltak. Az egész kép azon benyomást tette, mintha ezen helyen a corium zsugorodott volna az által, hogy a bőr mélyében egy hegesedő folyamat lépett fel, a mely a bőr felülete felé is sugarakat bocsátott ki. E feltevésem helyességét górcsövi vizsgálattal nem igazolhatom be, mert excisiot nem végezhettem. De két körülmény feltevésem helyessége mellett szól. Először is, hogy a felajk köztakaróján szederjes sávszerű hegesedések jelentkeztek és minthogy ezek azelőtt ott észlelhetők nem voltak, mostani jelenlétük csak úgy magyarázható, hogy a bőr mélyében izgalmi lobos folyamatok állanak fenn, a melyek hegesedéshez vezettek és ezek kisugárzásai most a bőr felületén sávszerű hegek képében jelentkeznek.

Másodszor az atrichia, a szőrtelenség létrejötte és keletkezési módja. A hajszemölcs szövettanilag ép oly összetételű, mint a többi bőrszemölcs. Kötőszövet, ruganyos rost, véredény és idegek képezik annak alkotó részét, ép úgy mint a szorosabb értelemben vett coriumét. Az állandó szőrtelenség létrejötte csak úgy magyarázható, hogy a Röntgen-sugarak behatása következtében a papilla pili sorvadt, tönkrement. Ha pedig ez áll, és másképp az állandó atrichia nem is magyarázható, akkor csak természetesnek található, hogy ugyanazon befolyás, mely a papilla pilit tönkre

tette, a hasonszövetből álló és hasonszöveti szerkezettel biró szomszédos coriumrészletet is megtámadta, és ott is zsugorodáshoz vezető reactiot idézett elő. Hogy ezen zsugorodás, illetőleg hegesedés a bőr mélyebb rétegeiben csak most, egy évvel a hajkihullás után lesz észrevehetővé, olykép magyarázható, hogy a papilla piliben már a táplálkozási zavar elegendő volt ahhoz, hogy a hajkészítés hiányos legyen, hogy a praeformált haj a gyökhüvelyben meglazuljon, a hajhagyma a papilla piliről leváljék, és végtére a szőrtüszőből kihulljon. Tehát oly változást idézzen elő, mely az átvilágítás kezdetét a gyógykezelés korai szakában, az első hetek, illetőleg hónapok után észrevehetővé tegye. Ilyenkor a köztakarón pír, szárazság, lekorpázás, stb. van, egyéb elváltozás még nem észlelhető. Az okozott ártalmak csak felületesek, muló természetüek. Csakis később, a táplálkozási zavar állandósulása folytán, a papilla pili szöveti szerkezete is módosulást szenved, zsugorodik, tönkremegy, a hajkészítés állandóan szünetel, végleges, örökös atrichia keletkezik, mert a zsugorodás a papilla pilit új hajképzésre képtelenné tette.

Nagyon természetes, hogy ugyanezen alkalommal a corium is hason elváltozást szenved, ott is hegesedési, zsugorodási folyamat keletkezik, de ez a mélyben lévén, csak akkor lesz észrevehető és jut tudomásunkra, ha a zsugorodás oly nagy fokot ért el, hogy az afficiált bőrrészlet színbeli és consistentialis elváltozást szenvedett. A corium papillaris részének tönkremenetele folytán a hámképzés is módosul, a hámsejtek festenytartalma kevesebbedik vagy tökéletesen eltünik, a bőr elveszti színességét, egészen achromatikus lesz. Ezen achromatosis valószinüleg a basalis retesejtek módosulása vagy elpusztulása folytán okoztatik. Majd a zsugorodás fokozódásával a kezelt bőrfelület mélyebben fekvővé lesz, mint a szomszédos ép bőrrészlet, mintegy besüpped. De minthogy a leirt kóros elváltozások létrejöttéhez hosszú idő kell, természetes, hogy azokat csak hónapok, esetleg egy-két évvel a beavatkozás, a Röntgen-sugarak behatása után veszszük észre. Általában a hatás mindig függ az egyén bőrének ellentállóképességétől és sebezhetőségétől.

Hogy ezen a hajszemölcs és a coriumban létrejött elváltozások vegyi, angioneurotikus, trophoneurotikus vagy más úton jöttek-e létre, azt eldönteni ma még nem lehet.

A röntgenezés által okozott elváltozásokat hypertrichosisnál eddig öt esetben volt alkalmam észlelni. Egyik az, a melynek leirását már előbb adtam volt.

A második eset, egy komárommegyebeli leány, a kinél az elváltozások egészen congruálók az első esetével. Itt is az átvilágított bőrrészlet tökéletesen achromatikus, besüppedt és szederjes, rendetlenül sávszerű hegekkel átszőtt. Ennél is az egyes exponálások egy fél, egy, egész másfél óráig tartottak, ugyanazon acut lobos elváltozásokkal, mint az első esetben. Beteg azért jelent meg nálam, hogy az ektelenítő, achromássá vált és a hűvösebb levegő provocálta szederjes bőrszínezés ellen orvoslást keressen.

A harmadik esetem egy budapesti hivatalnok leánya, a kinél hypertrichosis mellett himlő után hátramaradt hegek is ektelenítik az arczbört. E beteg is a röntgenezéssel foglalkozó budapesti collega által kezeltetett, és nála is ugyanazon elbánás jött alkalmazásba, mint a másik két esetben, az eredmény is egy és ugyanaz: ektelenítő hegesedés a kezelt felületen. Külön felemlítést érdemel azonban ezen esetnél a Röntgen-sugaraknak hatása a himlő után hátramaradt hegekre. A himlő okozta heges behúzódások és léczszerű kiemelkedések jó részt eltüntek, a bőr felülete simább lett. Ezen szempontból tehát javulás konstatálható. De, ha tekintetbe veszszük, hogy ezen javulás oly módon keletkezett, hogy a Röntgen-sugarak hatása által az egész bőr és bőralatti kötszövet hegszövetté alakult át, hogy ezen hegszövet tökéletesen achromatikus, és hogy ez a hűvösebb levegő behatása alatt kékes-szederjes színűvé lesz, akkor jogosultnak találhatjuk a beteg recriminatioit, ki a kúra folytán sokkalta nagyobb fokban ektelenített, mint a kúra előtt. *A Röntgen-sugaraknak alkalmazása himlő után hátramaradt hegek eltüntetésére tehát nem czélszerű, sőt ártalmas, mert az cosmeticai szempontból sokkalta súlyosabb ektelenítést okoz, mint maga az alapbaj.*

A negyedik eset egy budapesti gyáros, ki azért fordult a már többször említett collegához, hogy a kezehátán levő erősebben kifejlődött szőrzetet eltüntesse. Ennél a betegnél is a Röntgen-átvilágítás a kézhát bőrén igen súlyos elváltozásokat okozott. Ugyanis az átvilágított bőrrészlet majdnem egész terjedelmében szétesett, kifekélyesedett. A keletkezett fekély rendkivül fájdalmas volt és hosszú hónapokon át semminemű gyógyulási tendentiát nem mutatott.

Alig indult meg a javulás, megint nagy fájdalmak között újabb szétesés keletkezett és ez így ment hónapokon át. Bajától szabadulandó, beteg hosszabb ideig Kaposi klinikáján Bécsben is feküdt, majd itt Budapesten Róna collegám vesződött vele több hónapon át. Róna collegám szivességének köszönhetem, hogy én is láthattam egy consilium alkalmával a beteget. A szánalomra méltó betegnél ekkor is az átvilágitott bőrrészlet újabb üszkös szétesését konstatálhattuk. E mellett a beteg igen nagy fájdalmakról panaszkodott, ujjai merevek, a kéz hasznavehetetlen volt, a beteg többé-kevésbbé nyomorékká tétetett.

Az ötödik casus saját betegem, ki directe azért fordult hozzám, hogy nála erősen kifejlett körszakála és bajusza ellen a röntgenezést alkalmazzam.

A 21 éves leány V. F. mult év tavaszán keresett fel rendelésemen a szt. Rókus-kórházban. A jó fejlődésű és táplálkozású nőnél erős sörteszerű, sűrű körszakált és bajuszt találtam A beteg előadása szerint ezen állapot már körülbelül négy év óta áll fenn és az ellene alkalmazott különböző eljárás nemcsak, hogy nem javította, nem enyhítette, sőt ellenkezőleg fokozta a túlszőrösödést, miért is ő kizárólag azért fordul hozzám, hogy nála a Röntgen-sugarakkal való gyógykezelés alkalmaztassék. Betegem ez elhatározása mellett még akkor is megmaradt, mikor őt a kezelés eredményének bizonytalanságáról, az esetleges complicatiok felléptéről, a kezelés hosszadalmasságáról felvilágosítottam, sőt még azzal sem birtam elhatározásától eltántorítani, hogy a kezelés következményeire nézve semminemű felelősséget el nem vállalok. Mindezek után elhatároztam magamat a legnagyobb óvatosság és elővigyázat mellett megkisérleni az átvilágitási methodust.

A szt. Rókus-kórház Röntgen-laboratoriumának vezetőjével, *Donáth* collegámmal megállapítottam az eljárási módot és *Stein* dr. laboratoriumi szaksegéd volt szives az átvilágításokat eszközölni.

A röntgenezés 1899 junius 1-jén lett először alkalmazva és egészen október hó 2-dikáig tartott. A kezelés összesen 50 ülésre terjedt ki. Az egyes ülések tíz perczig tartottak. Eleinte minden nap és később külső okok folytán 2—3 napi időközökben tovább alkalmaztattak. Az igénybe vett áram 2—4 Ampère, 5—15 Volt. A távolság eleinte 30 cm. volt, később fokozatosan egész 10 centimeternyire közeledtünk a lámpához. Először a jobb fülelőtti tájat exponáltuk. A hajzatos fejbőr és az arcz többi részlete két millimeter vastagságú ólomálarczczal védetett. Az első négy hét eltelt a nélkül, hogy a legkisebb reactiot is képesek lettünk volna az exponált arczbőrön észrevenni, a nélkül, hogy a szőrzet ritkult volna. Ezentúl azután a hatás fokozására mindinkább közeledtünk a lámpához, 25—20, majd 15 egész 10 cm.-ig. Csakis húsz átvilágítás után kezdett a szőrzet meglazulni és ritkulni. A további exponálások után a hajzat mindinkább ritkult, és 32 ülés után az egész átvilágított felület majdnem tökéletesen szőrmentes lett, a mikoron is a bőr kissé vöröses színt öltött, száraz és korpádzó lett, a mely reactio azonban néhány nap alatt eltünt. Ekkor a már leirt módon elkezdtük a bal arczfelületet is exponálni és összesen 18 ülésben átvilágítottuk azt, a mikor a beteg, mert a kezelés igen hosszúra nyult és mert erélyesebb eljárást sürgető kivánságának nem tettünk eleget, elmaradt. A beteget ezután nem láttam ez év márczius haváig, a midőn előadta, hogy a már többszörösen említett röntgenezéssel foglalkozó collega által tovább kezeltette magát. Ekkor a következőket találtam:

A kezelésem alatt szőrtelenné lett jobb fülelőtti táj most is tökéletesen szőrtelen és a megfelelő bőrrészlet egészen normalis színű és tapintatú volt. Az arcz többi szőrzetes része pedig az azóta alkalmazott 6, egyenként $1/2$ egész $3/4$ óráig tartó átvilágítás után sötét-vörös, száraz és korpádzó, egyes elálló tüskeszerű szőrökkel volt fedett. Ezen beállott reactio miatt a beteg a további röntgenezéstől elállott, mert különben kenyérkeresetétől elesett volna.

Ily állapotban volt a beteg, midőn a közkórházi orvostársulatban tartott előadásomon azon reményemet fejeztem ki, hogy miután az általam kezelt jobb fülelőtti táj köztakaróján immár hét hónap óta áll fenn az atrichia, valószinü, hogy az most már állandó is lesz, hogy a szőrtelenség végleges gyógyulást jelent. Sajnos, csalódtam, reményem meghiúsult, mert a betegnél tegnap, vagyis hat héttel az előadásom után megejtett újabb vizsgálat azt derítette ki, hogy a szőrzet az egész vonalon újra repullulált.

Az újonnan fellépett szőrzet sokkalta ritkább, mint volt az eredeti, mert ez idő szerint csakis a vastagabb, keményebb, sörteszerü szőrök azok, a melyek újra kifejlődtek, a pehelyszerü szőrzet most még nem látható.

Ezen időleges atrichosis kétségtelenül a papilla piliben fennállott, röntgenezés okozta táplálkozási zavarral magyarázandó. *A provocált táplálkozási zavar elégséges volt arra, hogy hét hónapon át, sértetlen és ép bőr mellett tökéletes szőrtelenség álljon fenn, és elégséges volt arra, hogy csak a vastagabb szőrszálak repulluláljanak, mert a vékony pehelyszerü szőrszálak ezidő szerint még hiányzanak.*

A kérdés tehát most az, kinőnek-e újra a pehelyszerü szőrszálak is? Csak a további észlelés adhatja meg erre a választ. *Bármiként fejlődjék azonban a dolog a bántalom további lefolyásában, konstatálni és újolag kiemelni akarom azon tényt, hogy röntgenezéssel lehetett a bőr látható sebzése, ektelenítése, tehát újabb cosmeticai hiba ejtése nélkül egy hét hónapig fennálló atrichiát előidézni. Mi a hypertrichosis eddigi therapiájában nagyon is megbecsülendő eredménynek mondható. Ezen tényből kifolyólag a további kisérletezésnek kell megadni a választ arra, vajjon nem lehet-e két-három hónaponként, vagy még nagyobb időközökben megejtendő újabb átvilágítások által annyira vinni a dolgot, oly táplálkozási zavart előidézni a hajszemölcsben és azt ott állandósítani, hogy a szőrképzés megszünjék, hogy a szőrtelenség állandó, esetleg örökös legyen. Az esetemben elért eredmény után a további kisérletezést jogosultnak tartom.*

Előadásom befejezése előtt szükséges még megemlékeznem azon eljárásmódról, a mit azon esetekben használtam, a melyeknél az erélyes röntgenezés következtében az arczbőr achromatikus heges szövetté alakíttatott át. A cosmeticai hiba, a mely ellen ez esetben a segély reclamáltatott, a heges elváltozás és az ép bőrtől való színeltérés, az achromasia; végtére a hűvösebb levegő behatása alatt fellépő kékes-szederjes elszíneződése a kezelt bőrfelületeknek.

A heges elváltozása a bőrnek egy befejezett kórfolyamat, azon változtatni nem igen lehet. Azon helyeken, a hol a heg keloidikus, léczszerüen kiemelkedő és merev, enyhe massage-zsal kell törekednünk az infiltratum felszívódásának elősegítésére, esetleg higanytapasz alkalmazásával a felszívódási folyamatot támogatására.

Az achromasiát az által kiséreltem javítani, hogy a betegeknek azon tanácsot adtam, hogy lehetőleg sokat tartózkodjanak fedetlen arczczal a napon. Az elmult év egész nyarán tette ezt két betegem és az eredmény az volt, hogy a nem kezelt ép arczbőr sötétebb festenyzésü lett, de a kezelt, az achromatikus, tökéletesen változatlan maradt. A festenyképződésnek természetes úton való előidézése tehát ily módon nem sikerült. Mesterséges úton iparkodtam tehát ezen bajon segíteni, és pedig oly módon, hogy a beteg ép arczbőre színének megfelelő zsíros arczfestéket rendeltem, ennek használata által azután sikerült nemcsak az achromasiát fednem, hanem egyúttal sikerült azt is lehetővé tennem, hogy a hűvösebb körlég behatása alatt keletkező, illetőleg fellépő kékes-szederjes elszíneződés is eltakartatott és így észrevehetetlenné vált. A betegek egész boldogaknak érezték magukat e cosmeticai correctio után, mert míg eddigelé csak sürü fátyollal jelenhettek meg az utczán, a társaságot pedig kerülni kénytelenítettek, most a társaságban és az utczán feltünés nélkül megjelenhetnek, a fátyolt nélkülözhetik. A rendelt arczfesték a következő:

Rp. Satinober 0·75; Carmin 0·10; Crème Stearin. Glycer. 50·0. M. f. ungu. DS. Arczkenőcs.

A beteg bőrfelület ezzel vékonyan bekenetik és azután puderrel letörültetik. A satinober és carmin mennyiségének változtatása, esetleg zinkoxyd hozzáadása által a minden egyes esetben szükséges színárnyalat előállítható.

Mindezek után a következőkben foglalhatom össze nézetemet a túlszőrösödés ellen alkalmazott radiographiára vonatkozólag:

1. A röntgenezés által képesek vagyunk hajhullást előidézni a nélkül, hogy a bőrön látható ektelenítő elváltozások keletkeznének.

2. Az eddigiek szerint az ily körülmények között keletkezett atrichia csak időleges, hónapokig, esetemben hat hónapig tartó.

3. Az átvilágítás csakis a legnagyobb óvatosság és elővigyázat mellett alkalmazandó és az első reactio (megvörösödése, korpádzása a bőrnek) felléptével beszüntetendő mindaddig, míg annak legkisebb nyoma is eltünik.

4. E gyógymódnál is individualizálni kell, azért első időben, míg az egyén bőrének sebezhetőségéről, ellentálló képességéről kellő tapasztalattal nem birunk, az átvilágítás csak nagyobb lámpadistantiában (40—30 cm. távolság) és rövid ideig (10 percz) történjék.

5. A hosszú ideig tartó exponálás (fél—egy óra, vagy még tovább) és az exponálásoknak rövid időközökben egymásutánja (minden nap, esetleg egy nap alatt kétszer), más szóval az erélyes röntgenezés nem csak ártalmas, de veszedelmes is, mert utána fájdalmas fekélyedések, irreparabilis és ektelenítő hegesedések keletkeznek.

6. Mai tudásunk szerint a radiographia a hypertrichosisnál csak akkor alkalmaztassék, ha a kóros elváltozás nagy területre terjed ki, a bántalom ellen más módon sikerrel küzdeni nem tudunk és a beteg a gyógyeljárás előnyei és hátrányai, illetőleg esetleges következményei felől kellőképen felvilágosíttatott.

7. Minthogy pedig a szóbanforgó gyógymód ez idő szerint még a kisérletezés stadiumában van, a gyógyeredmény megitélésénél kellő scepsissel járjunk el.

8. A felsoroltak tekintetbevételével a további kisérletezéseket jogosultaknak tartom.

TÁRCZA.

Az ép elmebeli képességről és az elmegyengeségről.

(Folytatás.)

8.

Az előbbiekből levonhatjuk az ép elmebeli képesség szükséges kellékeit, ezek az emlékezés tartalmát jól kiaknázó synthesisek és ezen synthesisek expansiv, vagyis cselekvésre kiható ereje. Az emlékezés tartalmának kiaknázása alatt azt értjük, hogy habár a tőke nagysága meglehetősen irrevelans, mégis ép elmeműködésről csak ott beszélhetünk, a hol ez nem marad meddő a jövőre irányuló synthesisek képezéseiben. Egy példával kell ezt megvilágitanunk. Az, a ki lop, mert nem ismeri a lopás socialis következményeit, ép elmebeli működésű, mert lopása (pl. élelmi szert lopott) a jövőre irányuló providentiából folyt; de az, a ki ezen következményeket ismerve lop azért, mert ezen tettét mérlegelve mindenre gondolt, csak annak socialis következményeire nem — pedig azokat ismerte —, az már gyengült elmebeli képességű. Ezzel szemben nem gyengeelméjű az, a ki ismerve a socialis következményeket, azokat belevitte megfontolásába, és mégis lopott, mert vagy bizott abban, hogy ezen következményeket valahogyan elhárítja, vagy mert a lopásból ráháramló hasznot nagyobbnak itélte a socialis következmények veszélyénél.

Ezen felhozott példából jutottunk el az ép és gyengült elmebeli képesség egyik legfontosabb szempontjához: függési viszonyukhoz az úgynevezett moralitáshoz.

Végeredményében a moral, legyen az vallási, politikai, vagy társadalmi eredetű, nem áll másban, mint a közös élet súrlódásai által kicsiszolt általánosabb értékű czélszerűségek szabályaiban. A morallal mindig szemközt áll a moralellenes cselekedet bünhődése, mely a közös élet gyakorlata által conventionalis formát nyert az emberi igazságszolgáltatásban és az isteni igazságszolgáltatás hitében. Moral és immoralitás emitten, boldogulás és bünhődés a tulsó oldalon: mind csak a társaságban élő ember porázai, melyek cselekvéseit összhangzásba akarják hozni a közérdekkel. Eltekintve az egyénileg meddő közérdekhajhászástól, minden ember önérdeke a közérdek, mert az biztosítja létfeltételeit, míg ha szembe kerül vele, úgy a megsértett közrend — és itt mindig az egész megsértett társadalom áll a sértő egy emberrel szemközt — rajta áll bosszút és az ő életfeltételeit veszélyezteti. Hogy a moral nem más, mint a conventionalis közérdek szabályba foglalása,

azt mi sem bizonyítja jobban, mint hogy egyes népfajoknál más a moral mint másoknál, és hogy egy bizonyos népfaj moralszabályai is megváltoznak a viszonyok megváltozásával.

A cselekvési providentia azon része, mely gyakorisága és fontossága révén a társadalmi együttélés létfeltételévé vált, kötelező mindenkire nézve, a ki ugyanezen közösségben él és tovább élni akar, kötelező volta pedig ezen moralszabályok törvényerejében vagy mondjuk kényszerű mivoltában nyer kifejezést. A legtöbb ily kényszerű moralszabály nem az egyén tapasztalati synthesiseiből épül, legfeljebb csak erősödik azok által. Oka ennek az, hogy tartalmukat többnyire nem az egyénnek rövidlátó céljai, hanem a társadalomnak amazokkal ellentétes érdekei képezik. Miután a providentia ezen kényszerszabályai az egyénre nézve szinte nélkülözhetlenek, de mégsem képes azokat önmagának megalkotni, kell, hogy traditio útján jusson birtokukba, hogy tudjon felőlük. Igy válik a moraltörvények megtanulása és tudása az előrelátó élet egyik feltételévé, míg minden más téren a tudás csak távoli vonatkozásaiban irányadó a cselekvési providentiára nézve. Láttuk azonban, hogy az ép elmebeli képesség kriteriuma nem a multat a jelennel összekötő synthesisek számában, de tettre kiható erejükben van, innen vagyon az, hogy a csökkent elmeképesség első jele, hogy azon synthesisek, melyek egyik tagja ilyen tanulásból, nem pedig direct tapasztalásból merített moralszabály, nem birnak elég expansiv erővel. Ez a tény magyarázza a gyengült elméjűek gyakori immoralitását, mely miatt sokan indokoltnak tartják, hogy külön beszéljenek erkölcsi elmegyengeségről, a moral insanityről. Onnan van, hogy gyengült elmeképességnél épen az immoralis tendentia emelkedik annyira a felszinre, mert a moralszabályok tudása és a synthesisekben való expansiv szerepeltetésük socialis életfeltétel, és minden azokba ütköző cselekvés a társadalom rendjét bolygatja meg, tehát feltünő, míg saját tapasztalatából többnyire csak oly okulásokat merithet, melyeket, hogy ha követi, úgy az rá nézve hasznos, de ha nem követi, úgy csak rá nézve ártalmas. Csak a társadalom önzése nyilvánul abban, hogy feltünőnek látja, a mi az ő érdekeit zavarja, míg észre sem veszi, ha egy ember önmagát károsítja meg. Ugyanezen önzését tanusítja a társadalom, hogy a rá nézve káros cselekmények ellen kényszerszabályokkal védekezik, míg az egyéni oktalanság fel sem tünik és csak önmagát bünteti. A társadalom gondoskodik róla, hogy ezen kényszerszabályai könnyen hozzáférhetők legyenek mindenki által, elannyira, hogy az államok, midőn új törvényeket alkotnak és azok kihirdetéséről gondoskodtak, azon túl feltételezik, hogy minden beszámítható tagjuk eleve tudomást szerzett róluk, és cselekvéseit azok szerint irányitja.

9.

Magyarázatát adtuk a gyengült elmeképességűek immoralitásának.

Mint már kifejtettük, a gondolkozás a cselekvési providentia eszköze. A socialis élet azonban magával hozta a munkamegosztást: az egyén nem képes egymaga mindazt végezni, mit providentiája diktál, hanem egyrészt más egyén segítségére szorul, másrészt önmaga mások providentiájának eszközéül szolgál. A cselekvések ezen kölcsönviszonyából folyik, hogy az egyén munkája magában véve csak töredékekből áll és a társadalom együttes munkája az, mely mint eredő az összesség providentiájában hordja az egyén jövőre szóló érdekeit is. Az egyéni cselekvések ezen fogaskerékszerű összekapaszkodása hasonlitható egy czélszerűen működő gépszerkezethez. A cselekvési tervek közvetett végrehajtása megköveteli a szellemi termékek csereforgalmát és hogy hasonlatunknál maradjunk, ezen cserekereskedés üzleti becsületessége és pontossága a czélirányos együttműködés alapfeltétele. A társadalmi együttcselekvés, a czélirányos munkafelosztás ezen alapja a gondolatcserélés összintesége, az igazmondás. A szellemi munka közvetve vagy közvetlenül mindig cselekvések forrása és a mikor számos egyén szellemi munkája kapcsolódik össze lánczolatosan, az egész egy providens cselekvés kiválási folyamata, melyben az egyesnek szellemi munkája talán önmagában nézve meddőnek is látszik, de mások szellemi munkájának kiegészítése által czélirányossá válik. Azonban az ily megosztott szellemi munkalánczolat egészében csak akkor lehet igazán czélirányos, ha a lánczolat egyes tagjai teljesen rátámaszkodhatnak az előtte állókra, vagyis, ha mindenki úgy ismeri az előző szellemi munkáját, mintha az sajátja volna. Akár tudatos, akár öntudatlan azon szellemi lánczolat megszakítása, mely a combinált együttcselekvés alapfeltétele, mindig megszakad az együttmunkálás folytonossága is. Az ostobaság, hazugság és csalás — bár sokban különbözők — mind megannyi akadályai a szükséges eszmeforgalomnak, és legyakoribb alapjuk a jövőre vonatkozó szinvakság, az elmegyengeségnek kisebb-nagyobb foka. A jövőre irányuló szellemi munka tovább adásának teljessége az, a mit rövidség okáért igazmondásnak neveztünk, és mely az együttes munka eredményességének biztosítéka. Mint látjuk tehát, a társas élet munkafelosztása önmaga teremti meg az igazmondás szükségességét és mikor a moral ugyanezt védelmébe is veszi és tanítja, tulajdonképen csak annak nagy fontosságát bizonyítja.

Láttuk már, hogy az immoralis tendentia általában jellemzi a a gyengült elmeműködést, az előzők után az immoralitások sorából külön kiemelhetjük a hazugságot, mint a gyengült elmeképesség egyik gyakori ismérvét. A hazugság azért volt a többi immoralitások közül kiemelendő, mert leginkább mutatja a gyengült elmeképesség lényegét, a csökkent providentiát.

Hajós Lajos dr.
e. elme- és idegkórtani klin. v. tanársegéd.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A méhkiirtás kérdésének mai állása.[1]

Közli: **Kubinyi Pál** dr.

(Folytatás.)

Myoma.

A méhkiirtásra a rákon kivül a myoma ad legtöbbször okot.

Mai napság körülbelül oda kristályosodott ki a dolog, hogy a mikor a myomát operálni kell, ha igen nagy, az abdominalis útat választjuk, épen úgy akkor is, ha előrement gyuladások folytán összenövésekre számítunk, valamint akkor, ha a daganat kifejlődése olyan, hogy a hüvely felől nehezen közelíthető meg s a vérzéscsillapitás bizonytalannak látszik, ellenben a kisebb és szabad myomákat a hüvelyen át irtjuk ki. Utóbbi mindenesetre kisebb behatás és a statistikája is kedvezőbb. Ujabban *Wisenlinck* közöl a Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn.-ban erre vonatkozó adatokat.

Az abdominalis műtétek közül a supravaginalis amputatio az, a mely, minthogy rövidebb, általános elterjedettségnek örvend még ma is. Ujabban azonban több oldalról hangoztatják, hogy a csonk utólag bajt csinál, főként lobos complicatiok, néha tartós kifolyás, sőt nekrosis az, a mi a végleges gyógyulást kérdésessé teszi, sőt egyes esetekben a beteg életét is fenyegeti, utólag pedig rosszindulatú elfajulás székhelye lehet. Igy *Landau* a Berl. med. Gesellschaft-ban abdominalis hysterektomia esetét mutatta be, a hol a kiirtás után látták, hogy a fibromás uterus cervixében carc. is van. Azt eddig mintegy 12 esetben tapasztalták, hogy a visszahagyott csonkban utólag carcinoma vagy sarcoma fejlődött. Lehet, hogy már a supravaginalis amputatio idején megvolt, mint ebben az esetben. Nem czélszerű tehát bennhagyni a csonkot.

Landau a supravaginalis amputatio és totalexstirpatio közül az utóbbit választja, épúgy *Czempin* is elhagyta a supravaginalis amputatiot és totalexstirpatiot végez.

Döderlein szintén totalexstirpatiot végez; 90 között 33 vaginalis, halálozás nélkül, 31 laparatomia 1 halálesettel; 26 combinált műtét halálozás nélkül. Ajánlja a Thumin-féle szorító eszközt.

Wisenlinck a boroszlói klinika anyagát közli. A kolpohysterektomia mortalitása 1·8%, a laparohysterektomiáé 12·8%, tehát a hüvelyi út eredménye jobb.

Landau a Doyen-féle módot ajánlja, a lig. latumot manualis compressio mellett metszi át s az edényeket isoláltan köti le s végre egyesíti a hashártyát.

Schauta az Amsterdamban tartott gynaecologikus congressuson a végleges gyógyulás szempontjából legbiztosabbnak tartja a vaginalis totalexstirpatiot. Minden a köldököt meg nem haladó multiplex daganatnál megkisérlendő a hüvelyi út. Ha át kell térni a hasmetszésre, ezt nem tartja veszélyesnek. 148 esetben 12-szer tért át laparotomiára 3·3% mortalitással.

Grimsdale az abdominalis utat ajánlja, mert mortalitása nem nagyobb a vaginálisénál.

Stanmore bizonyos esetekben a combinált mód mellett van, mert rövidebb, nevezetesen a hüvelyfal körülmetszése és az uterinák ellátása szerinte könnyebb oldalról.

Lloyd Roberts az esetek többségében az abdominalis utat tartja helyesebbnek.

W. Duncan csak szoros indicatio alapján operál myomát és pedig 1. vérzés, 2. nyomási tünetek és 3. gyors növekedés esetén és még kis myomáknál is az abdominalis utat ajánlja, mert a halálozás szerinte nem nagyobb, 1—2% s az adnexek állapotát jobban át lehet tekinteni. Nem tartja helyesnek a hüvely megnyitását, azért az amputatio supravaginalis mellett van, kivéve a cervicalis fibromákat. Legalább az egyik petefészket bennhagyja. 4½% mortalitást mutat ki.

H. Snow is az amputatio supravaginalis híve, mert a csonk emlitett malignus elfajulása ritka, nem több, mint az esetek 5%-ában fordul elő s ezzel a csekély eshetőséggel szemben nagyobb veszély az ureterek esetleges sértése.

Tuffier is a supravaginalis amputatio híve.

Schauta szerint nagyobb, kevésbbé mozgékony, részben intraligamentaris kifejlődésű myomáknál az abdominalis totalexstirpatio jön szóba, melyet jobbnak tart, mint a csonkképzést. 106 abd. totalexstirpatio között 16 haláleset, holott amputatio supravag.-nál intraperitonealis csonkképzéssel 3 közt 2 haláleset. A supravagin. amputatiot extraperitonealis ellátással, melyet azelőtt használt, most csak igen nagy vérszegénység, szivgyengeség és a daganat genyedése, vagy evesedése esetén használja. Az enucleatiok csak szoros indicatiok alapján tartja jogosultnak, mert szerinte épen olyan veszélyes, mint a radicalis műtét, ez pedig a végleges gyógyulás szempontjából biztosabb. A műtét modorát illetőleg a lekötéseket részesíti előnyben. A supravaginalis űr drainage-át exsudatum ellen előnyösnek tartja.

Angelesco szintén a totalexstirpatiot pártolja.

Ezzel szemben *Wertheim* inkább az amputatio supravaginalis mellett van, mert a méhnyak kiválasztása időt igényel, nagyobb a vérvesztés és ureter-sértés veszélye.

Richard is ezt pártolja, mert eredményei jobbak. Szerinte a totalexstirpatio mortalitása 9·68%, az amputatioé 4—4·5%.

Buschbeck a hüvelyi útat ajánlja; 100 eset közül 96 gyógyult.

[1] L. a 38. számot.

Weil az irodalomból az abdom. totalexstirpatio mortilitását 6·2, a vaginaliséét 2·5%-ban mutatja ki.

Richelot a vaginalis hysterektomiát pártolja, mert jobbak az eredményei.

Faure csak kis fibromákat operál hüvelyen át, hasonlóképen *Bouilly*.

Bary minden két ökölnél nagyobb fibromát abdominalis úton operál.

J. Fourneaux Jordán nagy myomáknál az abdominalis, kicsinyeknél a hüvelyi útat követi s igen vérszegény nőknél a castratiot végzi.

Czempin pártolja a vaginalis enucleatiot, mint conservativ módot. Az uterusban isoláltan kifejlődött myomákra nézve legjobb a Dührssen által ajánlott vaginalis laparotomia. Az abd. úton, ha lehet, megtartja az uterust, de ha nem lehet, mint az esetek többségében, akkor legjobb a totalexstirpatio. Az amputatio supravaginalist egészen elhagyta.

Myoma és terhesség.

Elv a terhesség kíviseltetése, annál is inkább, mert a gyermekágyban a myoma kisebbedik; másrészt azonban azt is tudjuk, hogy terhesség alatt néha rohamosan nő s súlyos tüneteket okozhat, így hyperemesist, nyomást, oedemákat, eltekintve a szülés akadályozásától s a vérzés veszélyétől, úgy hogy az adott esetben beavatkozásra késztet.

Monprofit egyik esetében hyperemesis, a másikban vizelési nehézségek s oedemák miatt végezte a totalexstirpatio abdominalist. Gyógyultak.

Wertheim (sectio caesarea, retrovaginal cervixmyoma miatt total exst. uteri) graviditas esetén a fibroma bennhagyását veszedelmesnek tarja s ezt több szerző esetével bizonyítja.

Ricard szerint terhességgel combinált fibrománál, ha indicált a műtét, a hasi út a legtöbb esetben az egyedüli helyes, mert jobban lehet a vascularizált szövetekben a vért kímélni.

Adnexbetegségek.

A harmadik, de már ritkábban szereplő indicatio a méh kiirtására az adnexbetegségek.

Ma már csaknem általánossá lett az a felfogás, hogy kétoldali genyes salpingitis esetén úgy gyógyítjuk meg legbiztosabban véglegesen a beteget, ha totalexstirpatiot végzünk. A méh különben is ritkán egészséges és esetleg utólagos bajok forrása lehet.

Freund csak akkor véli végzendőnek, ha genyes megbetegedés forog fenn s ezt előző próbapunctioval biztosan felismertük.

A követendő útra nézve egyesek a hasfal felől, mások a hüvely felől vélik a czélt elérhetni.

Truzzi (Parma) combinált, úgynevezett abdomino-vaginal úton operál. A hasfal felől oldja az adhaesiokat, a genyzsák megnyitása nélkül, leköti a lig. infundibulo-pelvicumot, átvágja s a Douglasba gazet vezet. Most bezárja a hasűrt s a hüvelyen át végzi a totalexstirpatiot. Úgy véli, hogy így kevésbbé sérti a peritoneum vitalitását, mintha a totalexstirpatiot is a hasi úton végezné, vagyis mint a tiszta abdominalis úton s viszont a vaginalis totalexstirpatio az előzmények által meg van könnyítve.

Legneu (Páris) az abdominalis út szószólója, valamint *Faure* (Páris) is, a ki technikai fogásképen a méh kettéhasítását ajánlja.

Faure szerint kétoldali genyes megbetegedéseknél fel kell áldozni a méhet. Acut virulens esetben a hüvelyi útat, chronikus, nem virulens esetben az abdominalis utat ajánlja, mely nagyobb áttekintést nyújt és biztosabb, hogy ha nem hagyunk benn beteg részeket. Az adhaesiokat szem előtt oldja az ember és sokkal tökéletesebb a toilette. A halálozási százalék egyforma, átlag 5%. Másrészt a diagnostikus csalódásoknak nem áldozzuk fel az uterust. A hashegből származó bajok ritkák.

Adhaesiok jelenlétében a hüvelyi úton igen nagy nehézségekre akadhatunk és a melléksértések gyakoriabbak, úgy hogy adnexgenyedéseknél meg van győződve az abdominalis totalexstirpatio superioritásáról.

Hartmann a totalexstirpatiora per lap. tért át, 40 eset közül egy halt meg = 2·5%. Az edényeket isoláltan köti le s nagy súlyt fektet a hashártyával való borításra.

Legneu adnexbetegségeknél nem hagyja el ugyan a hüvelyi útat, de az abdominalisnak az az előnye, hogy conservative járhat el s pl. megtarthat egy egészséges tubát.

Phocas salpingitisnél csak bizonyos esetekben veszi ki az uterust, nevezetesen bilateralis s előrehaladt esetekben.

Segond védi a hüvelyi úton való operálást, mondván, hogy ő ezen az úton ép oly jó eredményeket látott, mint az abdominalisnál.

J. Fourneaux Jordan pyosalpinxnél lehetőleg hüvelyen át operál.

Méhrepedés.

Végzik még a totalexstirpatiot complet méhrepedés esetében is, a midőn a magzat a hasűrbe jutott. Ilyenkor, ha az eset tiszta, vagyis nincsenek infectiora vélő tünetek, a méh sebét a sectio caesareánál ismert szabályok szerint bevarrjuk s ha esetleg kell, Mikulicz-féle tamponáddal egy-két napig drainirozzuk a hasűrt. Ha azonban infectio jelei vannak és a méhűr bomlás szinhelye volt, ennek a forrásnak, vagyis a méhnek eltávolítása jön szóba. Ezen czélból az amputatio supravaginalist extraperitonealis csonkellátással s drainage-zsal vagy a teljes kiirtást végezzük.

Neugebauer e czélra a hüvelyen át való kiirtást ajánlotta, a mely azonban a sérülések (lig. lat., hólyag) áttekintését nem nyújthatja.

Ujabban az abdom. totalexstirpatiot végzik.

Merttens (Düsseldorf) szülés alatt létrejött méhrepedés esetét közli, mely totalexstirpatio által gyógyult.

Walla Béla Kézmárszky tanár klinikájáról ruptura uteri esetét közli, melynél infectio miatt abdomin. totalexstirpatiot végeztek lekötésekkel. Peritoneum egyesítés, drainage a hüvely felé. Gyógyult. Összesen 28 ruptura közül 11 complet, 7 gyógyult, 10 meghalt. A completek közül 6-nál conservativ kezelés, mind meghalt, 5-nél sebészi eljárás, 2 gyógyult.

Winter complet ruptura esetében kihozta a magzatot a méh sebén át s utána kiirtotta a méhet. Sima gyógyulás.

Az utóbbi eredmények minden esetre a sebészi beavatkozás mellett szólnak, a mely azonban csak a klinikai, vagy kórházi működésben vihető keresztül, míg ellenben a vidéki gyakorlat részére, ha nem lehetséges valamely sebészi osztályra való beszállítás, a symptomatikus kezelés marad meg, tehát a kiürítés után a tamponade, hasra nyomókötés s a hozzáférhető cervix- vagy hüvelyrepedés bevarrása.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

A diaetetika tankönyve. Irták: **Hirschler Ágoston** dr. és **Terray Pál** dr. egyetemi magántanárok. A magyar tudományos Akademia hozzájárulásával kiadta tagjai számára a magyar orvosi könyvkiadó társulat. Budapest, 1900. 630 lap.

Mindinkább tért hódít orvosi körökben *Sydenham* hires jeligéje: „Sok betegség egyesegyedül a diaetetika által is meggyógyitható". És nem tagadható, hogy a mai modern therapeutikus irányzat a diaetetika uralma és befolyása alatt áll. Hosszú és bonyodalmas út volt az, melyet az észszerű táplálkozás ismerete a legrégibb időktől *Liebig, Tiedemann* és *Gmelin, Bischoff* és *Voit, Bidder* és *Schmidt, Pettenkoffer, Pflüger, Zuntz* s mások úttörő vizsgálataig megtett. Az empiria által igazolt tények tudományos igazolása és indokolása, a szokás által szentesített czélszerűtlen és ártalmas diaetetikus tényezők kiküszöbölése, a modern vizsgálati eszközökkel dolgozó tudomány eredményei. Milyen érdekes és tanulságos a tudományos nézetek átalakulása *Hippokratestől Gravesig!* Mily pontos élettani észleletek felett kell utóbbinak rendelkeznie, hogy síkra szállhason a szinte dogma jellegével évezredeken keresztül fennálló szabálylyal, mely a lázas beteg éheztetésében állott. Eredménynek tekinthető az is, a mit *Leyden* a diaetetikával foglalkozó nagy gyüjtőmunkájának bevezető szavaiban még óhajnak mond, hogy a diaetetika viszonya a többi tudományhoz ma szigorúan meghatározott. A diaetetika egy önálló, de nem isolált vagy más eljárásokat fölülmúló módszer. Sőt az egész therapeutikus eljárásnak csak egy fontos alkotó része, melynek az egyéb gyógyászati módszerekkel összhangzásban kell állani. Milyen legyen a diaetetika része az adott eset gyógyeljárásában, az általánosságban meg nem határozható. Ha valahol, úgy itt a legszigorúbb individualizálás szükséges. Mert jól mondja *Leyden*: „a mai gyógyítás nem találja alapját egyetlen egy gyógyirányban, hanem a jót onnét veszszük, a hol találjuk, mihelyt a pontos vizsgálat annak értékét megállapitotta".

És hazánkban, a viszonyokhoz mérten, a diaetetika nagy fontosságát és jelentőségét elég korán fogták fel. Hiszen *K. Mátyus István* már 1762-ben Kolozsvárott és 1787-ben Pozsonyban jelentette meg diaetetikával foglalkozó munkáját; és csak néhány éve mult, hogy egy a jóért lelkesedő kartársunk, *Mutschenbacher* egy a művelt nagyközönség igényeinek megfelelő diaetetikát adott ki. De a mi ennél fontosabb, hogy főleg az utolsó évtizedben nálunk kifejtett munkálkodás ezen actualis kérdések megvilágításához a világirodalomban számottevő módon működött közre. És azok között, kik érdekes és fontos dolgozatokkal gyarapitották az idevágó irodalmat, előkelő helyet foglalnak el az előttünk fekvő jeles munka érdemes szerzői: *Hirschler Ágoston* és *Terray Pál.*

Egy a gyakorlati igényeket is szem előtt tartó diaetetika irói irányában a követelmények igen nagyok és azoknak csakis olyan módon képesek megfelelni, ha a szövődményes kérdések elméleti és gyakorlati részeit egyaránt uralják, ha éppen olyan jártasak a laboratoriumi vizsgálat technikájában, mint a milyen képzettek a betegágy mellett és körül felmerülő teendőkben. Örömmel mondhatjuk, hogy szerzők, midőn könyvük megirásához fogtak, ezen igényeknek minden tekintetben eleget tettek. Évek hosszú sorára terjedő klinikai működésre tekintettek vissza és önálló laboratoriumi munkálatok igazolták az elméleti részekben való jártasságot. Ezek mellett direct a könyv czéljait szolgáló táplálószer elemzéseket végeztek az egyetemi élettani intézetben *Klug* tanár támogatásával. Csak ily módon volt lehetséges, hogy könyvükben az elméleti és gyakorlati részeket olyan jó összhangzásban tartották, hogy az a gyakorló orvos legkényesebb igényeit is minden tekintetben kielégiti.

A munka két főrészre oszlik. Az első rész az egészséges, a második rész a beteg ember táplálását tárgyalja.

Az első részben behatóan tárgyalják a táplálóanyagokat, az élvezeti szereket. Gondosan megirt szakasz az, mely a helyes táplálkozás elveit ismerteti. Külön fejezetet szánnak a vegetarianismus nálunk is kisértő kérdésének. Tekintve, hogy újabban orvosi körök sem maradtak mentek egy hamis tan következményeitől, megszívlelendő szerzőknek e fejezetet bezáró mondása: „Testünk épségben maradása egyedül az állati és növényi táplálószerekből vegyesen készült étrend mellett lehetséges." Kivánatos, hogy a napi fehérjeszükséglet úgy fedeztessék, hogy az emberek egy harmadát állati, két harmadát növényi tápszerekben vegyék be. Az étkezés czélszerű beosztását illetőleg támaszkodva

Tangl lovakon végzett kisérleteire, melyek szerint a mozgás a gyomor motilitását, illetve a tápszerek kiürítését hátráltatja, bővebb étkezés után ½—1 órai pihenést javasolnak. Részletesen ismertetik ezután az állati és növényi táplálószereket, az élvezeti szereket. Ha ezt szerzők a külföldi irodalom adatainak bő ismertetésével teszik is, úgy másrészt nagyban emelik a könyv értékét azon számos önálló analysisek, melyekkel e fejezetekben lépten-nyomon találkozunk.

Egy gyakorlatilag használható diaetetikának a helyi és hazai viszonyokkal számolni kell. És az által, hogy szerzők a specialis magyar ételek, hazai italok analysiseit behatóan ismertetik, olyan hiányt pótoltak, melyért eddig a legbecsesebb és legkimeritőbb külföldi szakmunkák minket kárpótolni képesek nem voltak.

Beható élettani tanulmány számba mennek a tápláló szerek vegyi változásait a tápcsatornában, a felszívódást, az ember caloriaszükségletét, a fehérjeszükségletet tárgyaló fejezetek. Egy remekül megirt szakaszban ismertetik a fehérjeszükségletet a nép és katonák táplálékában. Nemcsak tudományos, de socialis szempontból nagyfontosságú kérdés a nép táplálkozása hazánkban. Szerzők ennek ismertetésénél saját vizsgálataik mellett korán elhunyt jelesünk, *Farkas Jenő* úttörő munkájára támaszkodnak. Ezen vizsgálataiból kitűnik, hogy a magyar mezei munkás leginkább növényi anyagokból táplálkozik, a melyeket a szervezet sokkal kevésbbé tud kihasználni, mint a vegyesen felvett állati és növényi tápszereket. Egészben véve Magyarország lakossága között a magyar és német táplálkozik legjobban. Legsilányabbul a tót, a ruthén és az oláh. Adatai azt is mutatják, hogy nagyjából fehérje- és zsírszegény és szénhydratban dús koszton él népünk, a szénhydratok napi mennyisége 1000, néhol 2000 grammon felül is van. Szerzők Nyitramegyéből 5 kenyérmintát analyzáltak. Az eredmények igen szomorúak. A kenyérminta mindegyikének viztartalma 40%-on felül van; e mellett igen alacsony a *N*-mentes extractiv anyag, azaz a szénhydrattartalom, de alacsony a *N*-tartalmú anyag mennyisége is, sőt igen csekély ezen felül a zsírtartalom is. Könnyen elképzelhető, hogy egy ilyen kenyérből egy felnőtt embernek mennyit kell ennie, mennyire megterheli a gyomrot és beleket, hogy tápszükségletét kielégítse. E fejezetet jól egészíti ki a hazai és fővárosi viszonyokra támaszkodó czikk, mely a katonák és foglyok kosztját ismerteti. A fehérjeforgalom viszonyait a legapróbb részletekben ismertetik, úgyszintén a caloria egyensúly zavarait úgy túltáplálásnál, mint éhezésnél. Felsorolják az összes ismert külföldi adatokat, melyeket műkoplalásoknál a pontos vizsgálatok felmutattak. Sajnáljuk, hogy mellőzték itt felemlíteni azon vizsgálati eredményeket, melyeket *Succinak* egy hosszabb tartamú éhezése alatt nálunk megejtett vizsgálatok felmutattak és melyek egyik-másik szempontból az anyagcsere megitéléséhez is számba veendő eredményeket mutattak. Az általános részt az összes mesterséges táplálószerek, valamint a mesterséges táplálás valamennyi módozatának beható tárgyalásával zárják be.

A könyv második része a beteg ember táplálkozásával foglalkozik. Érdemül tudjuk be a szerzőknek, hogy ezen kizárólag diaetetikával foglalkozó munkában sem feledkeznek meg sehol arról, hogy a diaetetika fontos, de korántsem mindenütt kizárólagos eszköze a therapiának. Az összes disciplinákat teljesen uraló orvos képes csak ezen néha bonyodalmas utakon a helyes irányt megtartani. És szerzőknek ez teljes mértékben sikerült.

A lázas betegségek diaetetikájának megitéléséhez mindenek felett két számottevő, kitünő magyar dolgozat felett rendelkezünk. Ezek egyike a néhány fontosabb heveny lázas betegség chloranyagforgalmát tárgyalja, és szerzője a könyv egyik irója, *Terray Pál*; a másik *Benedict Henrik* és *Surányi Miklós* genialis dolgozata. Utóbbiak a diaetetika azon jelenleg divó elvével ellentétben, hogy a lázas betegeket bőven kell táplálni, a typhus-betegek fehérjeforgalma és reconvalescentiája tekintetében olyan adatokat állítanak előtérbe, melyek a bővebb táplálás elvét a typhus első időszakának idejére illusoriussá teszik. Az ezzel kapcsolatos kérdések további megvilágitását a diaetetika sürgős feladatai közé soroljuk. Miután a hevenyés lázas fertőző betegségek diaetetikus gyógyitásával általánosságban foglalkoztak, a hasi hagymáz specialis viszonyaira térnek át és az elmondottakat gyakorlatukból vett néhány eset diaetájának közlése által tanulságosan egészitik ki. Rövid, de velősen megirt fejezetekben foglalkoznak az egyéb heveny és idült lázas betegségek, a száj, garat, gége és bárzsing diaetetikus gyógyitásával.

Kiváló gonddal és szeretettel van a gyomor és bél diaetetikája megirva. Modern beosztásban modern elvekkel találkozunk. A közlött étlapok nagyban járulnak a munka használhatóságának emeléséhez. Hasonló alapossággal foglalkoznak a máj betegségeinek diaetetikus gyógyitásával. Actualitásánál fogva különös figyelmet érdemel a lélegző szervek betegségeinek diaetetikus gyógyitása. Különös gonddal irták meg a tüdőgümőkórral foglalkozó fejezeteket. Mi teljesen szerzők jól megindokolt nézetén vagyunk: „A táplálás kérdése kétségtelenül legfontosabb részét képezi a sanatoriumi gyógyitásnak, ez a döntő a többi kezelési módok mellett. Feladata az összes táplálkozás emelése, a normalis anyagcsere helyreállítása. A tapasztalat azt mutatja, hogy az összes táplálkozás javulása, a testsúly növekedése majdnem állandóan együtt jár a tüdőbeli tünetek javulásával . . . A helyes táplálás, mondja joggal *Dettweiler*, ma a phthiseotherapia alapját és sarkkövét képezi.“ E szakaszban egyszersmind behatóan tárgyalják a tüdőgümőkórság egyes tüneteinek és szövődéseinek diaetetikus gyógyitását, nem hallgatván itt el azon már elnémuló kifogásokat, melyeket egyesek a sanatoriumi eljárások ellen támasztottak és melyek ma teljesen megdöntötteknek tekinthetők. A szivbántalmak diaetetikus gyógyitásának elvei most vannak megalakuló félben. Azt hiszszük, hogy *Korányi Sándor* fagyasztási methodusa és *Löwy*-nek a szív munkájáról irt gyönyörű fejtegetései alapján lesz a szivbetegségek végleges diaetetikája megállapitható. Ha szerzők most megirt részleteiket ezzel összhangzásba hozzák, úgy ezen szakasz is minden igénynek eleget fog tenni.

A dolog természetében rejlik, hogy az anyagforgalom betegségeinek diaetetikus gyógyitása a diaetetika legfontosabb és leghálásabb fejezeteit foglalja magában. Szerzők itt is feladatuk magaslatán állanak. A soványitó kúrák részletes felsorolásával és méltatásával vezetik be az idevonatkozó fejezeteket. Nézetünk szerint a thyreoidea alkalmazása felemlitésének legmegfelelőbb helye itt volna. Erre következik a munka egyik legértékesebb részlete: a diabetes mellitussal foglalkozó szakasz. Nincsen olyan nézet, nincsen olyan elmélet, mely szerzők kritikai ismertetését és méltatását kikerülte volna. A diabetes nehéz elméletei mellett csoportositva látjuk a megengedett, a tiltott ételeket és örömmel registráljuk a diabetes súlyosságának megfelelő pontos étlapok egybeállitását. Mindezek mellett nem hanyagolják el a diaetetikus gyógyitást támogató egyéb eljárások felemlitését és figyelmük itt a legapróbb részletekre is kiterjed. Hasonló alapossággal vannak megirva a húgysavas diathesist, a chlorosist tárgyaló szakaszok, de figyelmük a ritkább és a diaetetika szempontjából csak alárendelt kóralakokra is kiterjed. Behatóan ismertetik a vesék és húgyutak betegségeinek diaetetikus gyógyitását, úgyszintén az idegbajokét is. Utóbbinál leköti figyelmünket az egész orvosi világ közkincsét képező *Weir-Mitchell*-féle hizlaló kúra beható ismertetése. Itt is kimerítő étrendi lapokat közölnek és gyakorlatukból felette értékes példákat idéznek. Minekután a terhesség, szülés, gyermekágy és női bajok diaetetikájáról megemlékeznek, könyvük utolsó fejezeteiben az egészséges és beteg gyermek táplálásával foglalkoznak, legapróbb részleteiben ismertetve a természetes és mesterséges táplálás módozatait és annak értékét.

Egy rövid ismertetés nem terjedhet ki olyan alapossággal ezen kitünő munka részleteire, mint azt tartalma, a tárgy nagy fontossága és a megirás mesteri voltánál fogva megérdemelné. Munkájuk hézagpótló volt. Méltóan sorakozik a külföld legkitünőbb hasonló munkái mellé és az által, hogy hazai viszonyainkat tartja mindvégig szem előtt, nekünk amazoknál becsesebb. Irálya világos és egyöntetű. Seholsem domborodik elő egyik részlet a másik rovására; seholsem látszik, hogy a könyv két búvár műve, annyira összeforrtak szerzők a tárgy feldolgozásában. Nagyban emeli a munka értékét a főbb szakaszok végén egybeállitott irodalmi források feltüntetése, melyben nagy örömünkre igen-igen gyakran találkozunk hazai szerzők nevével.

Szerzők előszavuk végén azt mondják, hogy ha kitűzött czélukat részben sikerül is elérniök, ez törekvésük legszebb jutalma. Az elfogulatlan kritika mondhatja, hogy nemes ambitio által magasra kitűzött czélukat minden tekintetben elérték. Az előttünk fekvő munka egyaránt válik dicséretére tudós szerzőinek, mint díszére a magyar orvosi tudománynak. *Tauszk Ferencz* dr.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A fortoin nem más, mint a cotoin összeköttetése formaldehyddel. A fortoin íznélküli, vízben oldhatlan, alkaliákban könnyen oldódó por. Osztja a cotoin azon kisérletileg megállapitott sajátságát, hogy a bél véredényeiben activ tágulást idézvén elő, a beteg bélnyákhártya táplálkozását javitja. *Overlach* heveny és idült bélhurut, valamint béltuberculosis számos esetében sikerrel használta a fortoint 10—50 centigrammos adagokban. Külsőleg emulsio alakjában használva tonsillitiseknél és gonorrhoeánál szintén jó eredményeket látott. A rendelés belső használatra poralakban történik: Rp. Fortoini, Sacchari albi āā 0·25. M. f. pulv. D. t. dos. X. S. Naponként három port. Külső használatra: Rp. Fortoini 0·5. Alkohol absol. 5·0; Aqu. destill. 45·0. D. S. Felrázva beecsetelésre. Rp. Fortoini 1·0; Alkohol 10·0; Aqu. destill. 150·0. D. S. Felrázva 1 evőkanál 100 gramm vízre öblítéshez. (Centralbl. f. innere Medicin, 1900. 10. sz.)

A salacetol fehér, vízben nehezen oldódó, keserű izű por. A salacetol, mely salicylsav-acetol összeköttetés, csak a bélben bomlik alkotórészére s így a gyomrot nem támadja meg. Hatása körülbelül egyezik a salicylsavéval, mérgezési tünetek azonban *Lasker* szerint, a ki a berlini Urban-kórházban Stadelmann osztályán kisérletezett ezen új szerrel, ritkábban és enyhébben jelentkeznek. A napi adag 6—8 gramm. (Deutsche Aerztezeitung, 1900. 12. sz.)

Antitussin. Emlitettük volt már, hogy szamárhurut gyógyitására az antitussin nevű új szert ajánlják újabban. Az antitussin 5% difluordiphenylt tartalmazó kenőcsszerű anyag, melylyel a nyakat, mellet és hátat erősen bedörzsölik. *Krause* a hamburg-eppendorfi kórháznak Rumpf tanár vezetése alatt álló osztályán szintén megkisérlette ez új szert és azon eredményre jutott, hogy nem ér többet, mint az eddig ajánlott többi szer, sőt a bromoformnak határozottan több a haszna. Minthogy pedig hosszabb használat esetén nagyon nehezen gyógyuló bőrfekélyeket is okoz (17 eset közül 8 esetben), használatát határozottan ellenjavaltnak tartja. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1900. 34. sz.)

Sebészet.

Az actinomycosis jodkalitherapiájáról ir *Lieblein*. Az irodalomból és a Wölfler klinikáján tett saját észleléseiből összesen 100 idevágó esetet állit össze; ezek közül 64-ben a kezelés teljesen conservativ volt: jodkali adagolására és a tályogok megnyitására szoritkozott, a kóros szövet exstirpatioja vagy excochleatioja nem történt; 8 esetben sikertelen operativ kezelés után alkalmazták a jodkaliumot, 3 esetben a jodkaliumtherapia sikertelensége után történt műtéti beavatkozás,

15 esetben pedig operativ eljárással kapcsolatban vették igénybe a jodkalit. A conservativ kezelésnek különösen a fej és nyak actinomycosisánál látták nagy előnyeit, 73%-ban teljes gyógyulást értek el, sok esetben pedig lényeges javulást s a megbetegedés igen súlyos kiterjedt alakjainál is jegyeztek fel sikereket; egyedül ott, hol a cachexia igen kifejezett, nem várható már a jodkaliumtól eredmény; kevésbbé kedvezők a mellkas, tüdők és béltractus actinomycosisánál jodkaliummal szerzett tapasztalatok, de itt is vannak gyógyulások és javulások feljegyezve. Említésre méltó az is, hogy ama 8 eset közül, melyekben operative mitsem birtak elérni, 3 esetben teljes gyógyulás, háromban lényeges javulás következett be. Nehány esetben recidiva következett be, de ezek jodkali újolagos adagolására szépen elmultak. Miképen hat a jodkalium e kórfolyamatra? *Prutz* és *Jurinka* vizsgálatai szerint a sugárgombára magára a szer teljesen hatástalan; a klinikai tapasztalás azonban azt mutatja, hogy a jodkalium használata után a merev infiltratumok elpuhulnak (localis fájdalmak és lázas mozgalmak is kisérik ezért a szer bevételét), a bőrhöz közelednek, incisio által könnyen kiüríthető tályogokká válnak, a fistulákon át is bővebben ürül ki a kóros anyag, a jodkalium tehát a microorganismusnak a szervezetből való eliminálását könnyíti meg s ezért érthető, hogy épen a fej és nyak actinomycosisánál, hol a kiürülés a testfelszin felé legkönnyebben következhetik be, érhető el e gyógyszerrel a legkedvezőbb eredmény.

A mi a kezelés tartamát illeti, az néha nehány hét alatt sikerre vezet, többnyire hónapok, sőt egy évnél is több idő kell a gyógyuláshoz. A bevett jodkali mennyisége 100—300 gm.-ra is felment, sőt egy beteg 2 év alatt 4000 gm.-ot vett be. Rendszerint 1—2 gm.-nyi napi adagokkal beérik, ezenfelül a beteg területre 10% jodkali-oldatba mártott compresseket tesznek. Ha jodismus lép fel, a kezelés megszakitandó; néha úgy sikerült a jod kellemetlen mellékhatásait elkerülni, hogy a beteg egymásután következő 3 napon 1—2—3 gm. jodkalit kapott, azután pauzált. A chirurgikus beavatkozás a tályogok egyszerű megnyitásában állott, radicalis operativ beavatkozás csak ott ajánlható, hol minden kóros könnyen eltávolitható, vagy oly esetekben, melyek a jodkaliumnak konokul ellenállanak; egy ilyen esetet szerző is észlelt, az ebből kitenyésztett microorganismus azonban az actinomycestől több lényeges sajátságban különbözött. (Beiträge zur klinischen Chirurgie. 1900. augusztus.) *Pólya Jenő* dr.

Jodoformglycerinnek hideg tályogba történt befecskendése után fellépett halálos kimenetelű mérgezést észlelt *Anschütz* Mikulicz klinikáján. A beteg egy 30 éves egyén volt, ki már megelőzőleg kapott rövid időközben kétszer egymásután 80, illetőleg 90 cm³ 10%-os jodoformglycerint a jobb czombon, a Poupart-szalag alatt 1½ tenyérnyire elhelyezett, ökölnyi, az ágyéki csigolyák spondylitiséből származó hideg tályogjába; az injectiok különösebb tüneteket nem okoztak, a tályog szépen visszafejlődött, 4 hónappal a II. injectio után azonban recidivált s ekkor jelentkezett a beteg, ki időközben meglehetős cachexiássá lett, újból a klinikán. 95 cm³ 10%-os jodoformglycerint kapott a tályogjába; 3 napig lázas volt, nehányszor hányt; negyednapra már teljesen jól érezte magát. 5 nappal az injectio után somnolens kezdett lenni a beteg, majd soporosus, comatosus, az orron és arczon kezdődő, az egész testre kiterjedő, de különösen a háton és a karok feszítő oldalán jelentkező acne lépett fel kapcsolatban conjunctivitissel, pörkképződéssel az orr- és szájnyákhártyán; a patellareflexek erősen fokozottak voltak, lábclonus is kimutatható volt, a vizeletben tömeges jod jelent meg; daczára annak, hogy a tályogot megnyitották s a benne bőségesen foglalt jodoformot steril konyhasós vízzel kimosták, a beteg 8 nappal a jodoform-injectio után meghalt. Sajátszerű e kórképben, hogy az intoxicatio inkább jod-, mint jodoform-mérgezés képe alatt folyt le; fontos az első tüneteknek késői fellépte is (mire nézve szerző Mikulicz által észlelt 2 esetet is hoz fel, hol sebeknek jodoformmal való megtöltése után 20, illetőleg 21 nappal léptek fel az első symptomák, melyek 5, illetve 8 nap alatt vezettek exitushoz); a dosis, mit a beteg kapott, nem volt igen nagy, hisz már megelőzőleg kapott kétszer majdnem hasonló adagot, különben 5, sőt 2 gm.-tól is láttak már halálos mérgezést; arra is gondoltak, hogy talán injectio közben a vena saphena megsérült, de ezt a bonczolat kizárta. Szerző a mérgezési halált ama cachexiának tudja be, melyben az egyén mindkét mellékvesének a kórbonczolatnál kimutatott elsajtosodása folytán leledzett. (Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1900. augusztus.) *Pólya Jenő* dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Retroflexio uteri gravidi cum incarceratione esetét közli *Reinicke* (Blomberg).

19 éves primigravidánál, kinek utolsó havi baja 4 hó előtt volt, 1899. október elején rázó hideg és alhasi fájdalmak közben állandó vizeletcsurgás kezdődött, mit egy heti teljes anuria előzött meg. Vizsgálatkor R. fluctuáló tumort talált, mely a köldök- és gyomorgödör közt középig terjedt (húgyhólyag); vulva erősen ammoniakalis szagú vizelettel volt elárasztva; mindkét kis ajkon circa tojásnyi oedemás duzzanat. A hátsó boltozaton át a végbél előtt elhelyezkedő gyermekfejnyi tumor volt tapintható: a terhes méh. Ezen lelet után kétségtelen lévén, hogy a terhes méh incarceratiojával áll szemben, legelőször is a hólyagot üritette ki catheterrel, miközben 3100 gm. zavaros ammoniakalis vizelet ürült; ezután a vaginán át reponálta a méhet. Néhány napig catheterismus vált szükségessé a hólyag atoniája miatt, de egyebekben a terhesség normalisan folytatódott.

Ezen esettel kapcsolatban bőven ismerteti Reinicke az incarceratio uteri gravidi retroflecti okait, lefolyását, diagnosisát és therapiáját.

A retroflexio uteri gravidi legtöbbször úgy keletkezik, hogy a méhnek meglevő helyzetváltozása mellett áll be a terhesség. Hogy az oly gyakori retrodeviatiok daczára mért találkozunk oly ritkán incarcerált terhes méhvel, annak oka az, hogy ezeknek nagy része a terhesség alatt spontan kiegyenesedik, más tekintélyes része a terhesség megszakadásával — abortussal — végződik. Csak szám szerint kis részében az eseteknek jön létre az incarceratio.

A spontan kiegyenesedés úgy történik, hogy az erősen kitáguló elülső fal az egész méhet maga után húzza; Chrobak szerint ez az erősen kifeszült elülső fal izomzatának contractioi folytán jön létre és néha igen gyorsan megy végbe. Ennek lehetősége a keresztcsont formájától és íveltségétől, a promontorium kiszögellésétől és a méh consistentiájától függ, éppen ezért a correctura nem következhetik be minden esetben. Például a puha méh előbb fog kiegyenesedni, mint a kemény szövetű. Ezért a retroflexiok gyakrabban reponálódnak spontan, mint a retroversiok, mert amott a méh puhább, itt keményebb. Mikor a kiegyenesedés nem teljes, úgy, hogy a hátulsó méhfal egy részlete a kis medenczében marad: ez az állapot „partialis incarceratio", melynél csak nagy ritkán fejlődnek ki az incarceratio tünetei.

Az eseteknek tekintélyes számában abortussal végződik a gravid méh retroflexioja. Az abortus legtöbbször a IV. hónapban következik be, t. i. mikor a terhes méh kitöltvén a kis medenczét, egyre nagyobb nyomás alá kerül. Máskor, midőn az abortus a II. vagy III. hónapban történik meg, okának a retroflexio által megzavart circulatiot vagy endometritikus folyamatot tekinthetjük.

A terhesség bekövetkezte előtt rendes helyzetű méhnél is beállhat terhesség alatt a retroflexio, mert a növekedő méh a promontoriumon fennakadhat. Keletkezhetik — mint leirják — retroflexio hirtelen elülről és felülről hatott trauma következtében.

A terhes méh incarceratiojának ritkasága a mellett bizonyít, hogy létrejövéséhez sok kedvezőtlen körülmény közrejátszása szükséges. Ha spontan felegyenesedés vagy abortus nem jön létre, minden terhes méhre bekövetkezik azon időpont, mikor a kis medenczében el nem fér. Néhanéha még ezen időpont előtt jelentkeznek: nyomás érzése a medenczében, keresztfájdalmak, székrekedés és gyakori vizelési inger, mely tünetek fokozatosan erősbbödnek. Legtöbbször azonban hirtelen szoktak beállani az incarceratio tünetei: vizelet-retentio, kínos vizelési ingerekkel, a mit csakhamar állandó vizeletcsurgás vált fel. A hólyag maximalis teltsége folytán ugyanis folytonosan szivárog vizelet az urethrán át. A kitágult hólyag a gyomorgödör magasságát is elérheti. A vizelet-retentio közvetlen oka az urethra dislocatioja és compressioja. A végbél részéről a tünetek az amúgy is igen gyakran obstipatioban szenvedő nőknél nem oly feltünőek, de olykor ileusig is fokozódhatnak. A spontan felegyenesedés még ezen excessiv esetekben is megtörténhetik, miről az irodalomban közölt több ily eset tanuskodik. A vizelet-retentio következménye lehet: 1. a hólyag acut rupturája; 2. a hólyag nyálkahártyájának leválása és az urethrán való kiürülése.

A retroflexio uteri gravidi diagnosisára jellemző subjective: a havi baj elmaradása és az egy idő óta fennálló vizeletcsurgás; objective: a hólyagnak megfelelő elastikus tumor; belső vizsgálatkor a magasan álló portio és a hátsó hüvelyfalon át tapintható, tésztás consistentiájú gravid méhtest. A differential diagnostikus különbséget a méh melletti daganatokkal szemben az adja meg, hogy a symphysis felett a méhnek megfelelő test nem tapintható.

A therapia abban áll, hogy magas beöntés után a hólyagot üritjük ki, mi gyakran elég nagy nehézségekbe ütközik. Ezután következik csak a méh repositioja fél vagy egész kézzel a hüvelyben. A méh újolagos visszaeséseinek eseteiben az V-dik hónapig pessariumot is alkalmazhatunk. Olyan esetekben, mikor a repositio nem sikerül, a fenyegető tünetek miatt a méh kiüritése van javalva. (Münchener mediz. Wochenschr. 1900. 25. sz.) *Palotai Andor* dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

Újabb műszerek az orrsebészetben. *Jaenicke* a Krause-féle ecraseur fogantyújához egy új vezető csövet készitett, a melynek főlényege, hogy a drótokat magukba fogadó párhuzamos csövecskék a végek felé egymástól távolodnak és egyszersmind gyűrűszerűleg görbített alakban végződnek. Ezzel az egyszerű változtatással el van érve, hogy a kacsot maga az ecraseur képezi a fogantyú előtolása alkalmával és igy az operáló kézzel nem szükséges a dróthoz hozzányúlni, a mi nemcsak hogy az infectio veszélyével jár (az orrban végezett sebészi eljárások ez idő szerint éppen nem haladnak aseptikus úton, de e bajon a Jaenicke találmánya sem fog segíthetni, miután itt egyéb más akadályokról is van szó. Ref.), hanem másrészt sok időt is elrabol. További előnye éppen a gyorsaság, úgy hogy mielőtt nagyobb vérzés állana be, máris egész sereg polypot eltávolíthatunk. A polyp kocsányát a kacs széles alapon fogja meg és a hurok, bevezetés után, közvetlen a polyp mellett képezhető. Az acéldrót helyett, mely e műszernél merevsége miatt nem használható, szerző 0·33—0·35 mm. vastag, puha vasdrótot alkalmaz. Széles hypertrophiák és orrkagylók levételénél egy nagyjában az előbbihez hasonló vezető csövet alkalmaz, a mely kellő isoláló réteggel ellátva, galvanocaustikus czélokra is használható.

A következőkben egy a Highmor-üreg próbapunctiojához szolgáló troicart ismertet. Fő alkotó része egy a cső hegye mellett oldalt helyet foglaló kis ablaknyilás. Előnye, hogy a punctios tű nem dugulhat el a beszúrás alkalmával és a kifecskendezésre szolgáló folyadékkal, a tű forgatása mellett, az üreg minden oldalához és igy az alsóhoz is könnyen odaférközhetünk.

Végül egy új nyelvlapoczról tesz említést, a mely a nyelv lenyomása mellett egyidejűleg a szájpadivet is előrehúzza, avagy oldalt szorítja. Alkalmazása főleg a mandula sebészi beavatkozásainál jönne

tekintetbe. Egy közönséges nyelvlapocz elülső részére egy lyraalakú és a két oldal felé karomszerűleg végződő fémdrót van keresztbe forrasztva. Mindezen eszközök megrendelhetők H. Pfau-nál Berlin, Dorotheestrasse 77. (Deutsch. med. Woch. 1900. 25 sz.) *Tóvölgyi* dr.

Egy új készüléket az orrgaratüreg tükrözéséhez ir le *Kraus*. Egy tompa szögben behajlitott nyelvlapoczra az orr-garatüreg vizsgálatára szolgáló tükör csavar-szerkezet segélyével reáillesztheto. A vizsgáló igy szabadon maradt jobb kezével esetleg kisebb műtéteket is végezhet az orr-garatüregben. Az új műszer neve rhino-pharyngoscop. (Annal. des malad. de l'oreille, du larynx etc. 1900 január.)

Tóvölgyi dr.

A hangkifáradás psychologiája. A meiningeni operaház egyik előadása alkalmával, a 4. és 5. felvonás között, az egyik kitünő hangú főszereplő hirtelen teljesen elrekedt. Az odakért *Breitung* dr. azon feltevésnél fogva, hogy a hirtelen beállott hangzavar tisztán psychikai alapú, az énekest gyapjútakaróba göngyöltette, absolut hallgatást parancsolt reá, és egy fél üveg pezsgőt azon merész szavak kiséretében itatott meg a művészszel, hogy midőn jelenése következik, egész bátran belekezdhet az énekléshe, miután addig hangja teljesen vissza fog térni. A szinpadra lépés előtt azonban minden hangpróbálgatást eltiltott. A suggestio kitünően sikerült és a művész nagyszerűen megfelelt feladatának. A szerző erős suggestioval már több fiatal művésznél ért el hasonló eredményt. Avellis ezekben látja a legszebb bizonyitékát annak, hogy a functionalis hangkifáradás centralis eredetű. Sahli pedig kisérletileg bebizonyitotta, hogy kis adag alcohollal helyre lehet hozni az elfáradt izmokat, még pedig oly rövid idő alatt, hogy az elhasznált chemiai anyagok pótlásáról szó sem lehet. (Szerény véleményem szerint Sahli kisérleti eredményeinek Breitung ez esetéhez semmi közük sincsen, miután ez utóbbinál nem a gége hangelőidéző izmainak kifáradásával, csupán psychikus depressioval állunk szemben, hasonlóan egy hysteriás betegemhez, kinél a hónapokon át fennálló aphoniát erős suggestio és ez utóbbit hathatósan támogató villanyozás segélyével két percz alatt sikerült teljesen megszüntetnem. Ref.) (Münch. med. Woch. 1900. 16. sz.)

Tóvölgyi dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A tüdőgümőkór gyógyitása. *Schoull*, a tunisi franczia kórház igazgató-orvosa nagyon jó eredménynyel használja a kakodylsavas natrium bőr alá fecskendését thiocol belső használatával combinálva, oly módon, hogy 10 napon át minden reggel (esetleg este is) 5 centigramm natrium kakodylicumot fecskendez a bőr alá és utána 10 napig szünetel, egyidejűleg pedig 15 napon át minden étkezéskor ½—1 gramm thiocolt vétet be és utána 5 napig szünetel. A szünet után új cyklust kezd. (Journal des praticiens, 1900. augusztus 18.)

Vérszegénység gyógyitása ferratoseval. A ferratose nem más, mint destillált vízben oldott ferratin, melyhez 20% glycerint, 7·5% borszeszt és 0·5% maraschino-essentiát adnak. Kellemes ízű, sötétbarna, folyadék, melyet *Kölbl* (Allgem. Wiener med. Zeitung, 1900.) úgy primaer, mint secundaer anaemiák eseteiben feltünő jó eredménynyel használ. Kiemelendő, hogy jó íze miatt még gyermekek is szívesen veszik, teljesen ártalmatlan, gyomorzavarokat és székrekedést nem okoz. Felnőtteknek naponként 3—4 evőkanálnyi, gyermekeknek pedig 3 kávéskanálnyi adható, többnyire evés után. *Hirschkron* (Deutsche Aerzte-Zeitung, 1900. 10. füzet) vérszegénységen alapuló idegbajoknál szintén nagyon dicséri a ferratoset napi 2—4 evőkanálnyi adagban. Használata után az eredmény csakhamar mutatkozik, gyomor- és bélzavarok nem keletkeznek és a fogak sem támadtatnak meg. Nagy előnye még, hogy nagyon kellemes ízű. Szerző még felemliti, hogy anaemia vagy chlorosis kapcsán jelentkező neuralgikus, myalgikus és rheumatikus fájások ellen nagyon jó eredménynyel használja a 30%-os ichthyol-kenőcsöt, a mely fölé vászonba burkolt ichthyol-móriszapot tesz, melyet 30—35°-ra felmelegít; erre még egy melegitett gyapotkendőt és gummivásznat helyez.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 38-dik hetében (1900. szept. 16-dikától szeptember 22.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Élveszületett 471 gyermek, elhalt 217 egyén, a születések tehát 254-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 35·7. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 16·5, az egy éven felüli lakosságnál: 12·4, az öt éven felüli lakosságnál: 11·5. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 0, pertussis 2, morbili 0, scarlatina 3 variola —, cholera asiat —, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 2, meningitis 9, apoplexia 6, eclampsia 1, szervi szivbaj 15, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 25, tuberculosis pulmonum et phthisis 28, diarrhoea et enteritis 12, gastro-enteritis 15, rák és egyéb újképletek 11, ezek közül méhrák 0, morbus Brightii et nephritis 10, rachitis 1, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 12, atrophia et inanitio 5, marasmus senilis 7, erőszakos halálesetek 10, ebből gyilkosság és emberölés 2, öngyilkosság 6, baleset 3, kétséges 0 (—). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2533 beteg, szaporodás e héten 777, csökkenés 784, maradt e hét végén 2625 beteg. *B)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi szeptember 17-dikétől szeptember 23.-áig terjedő 38. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 41 (34), diphtheria, croup 15 (14), hagymáz (typhus) 15 (18), kanyaró (morbili) 49 (35), trachoma 10 (6), vérhas (dysenteria) 6 (8), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 17 (14), orbáncz (erysipelas) 20 (16), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (1), ezenfelül varicella 21 (7).

○ **Egyetemi alkalmazások.** A budapesti kir. magy. tudományegyetem orvosi karának tanártestülete 1900. évi szeptember hó 25-dikén tartott I. rendes ülésében a következő választásokat ejtette meg: *László Gyula* dr. és *Marberger Samu* dr. díjazatlan gyakornokokká az I. sz. belgyógyászati klinikához; *Leitner Vilmos* dr. és *Gabler Lajos* dr. díjas gyakornokokká a szemészeti klinikához; *Wenczel Tivadar* dr. díjas gyakornokká az I. sz. női klinikához; *Kubinyi Pál* dr. I tanársegéddé, *Heresi Arthur* dr., *Finály György* dr. díjas, *Tischler Manó* dr., *Pozsonyi J. Jenő* dr., *Hofmann Oszkár* dr., *Márkus Soma* dr., *Scipiades Elemér* dr., *Ofner Oszkár* dr. díjazatlan gyakornokokká a II. sz. női klinikához; *Brokés Viktor* V. éves orvostanhallgató díjazatlan gyakornokká az általános kór- és gyógytani tanszékhez; *Halász Aladár* IV. éves, *Dobosi Márton* III. éves orvostanhallgatókat díjas, *Dalmady Zoltán*, *Hollós Gábor*, *Kurtucz Valéria* IV. éves, *Blaszberger Győző*, *Géber János*, *Illési Aladár*, *Kőrösi Kornél*, *Lobmeier Géza* III. éves orvostanhallgatókat díjazatlan demonstrátorokká az élettani intézethez; *Kétly László* dr. I., *Wenhardt János* dr. II. tanársegéddé, *Kollarits Jenő* dr. díjas, *Schwetz János* dr., *Torday Árpád* dr., *Tomai József* dr. díjtalan gyakornokokká a II. sz. belgyógyászati klinikához; *Molnár Sándor* dr., *Péchy Henrik* dr. díjazatlan gyakornokokká a bőr- és bujakórtani tanszékhez; *Brezovszky Nándor* IV. éves, *Hartmann Lajos* V. éves, *Bihari Jenő* V. éves, *Berrich Ferencz* szigorló orvos díjtalan gyakornokokká a II. sz. leiró és tájboncztani tanszékhez; *Illyés Géza* dr. I. tanársegéddé, *Zimmermann Károly* dr. II. tanársegéddé, *Holzwarth Jenő* dr. díjtalan műtőnövendékké az I. sz. sebészeti klinikához; *Seligmann Hugó* dr. II. tanársegéddé, *Wiesinger Frigyes* szigorló orvos díjas gyakornokká az I. sz. boncztani intézethez; *Madzsar József* dr. díjas gyakornokká a fogászati intézethez, *Fenyvesy Béla* dr. I. tanársegéddé, *Schreiber Vilmos* dr. díjtalan gyakornokká a gyógyszertani tanszékhez.

△ **A glasgowi pestis.** September 26-dikáig Glasgowban összesen 27 felismert pestis-eset fordult elő, melyek közül eddigelé 5 volt halálos és 22 maradt további orvoslás alatt. Az egyes pestis-esetek meglehetősen enyhén folynak le. Yersin-féle serumot 60 egyén bőre alá fecskendeztek. Ezek közül kettő kapta meg a bajt, de enyhe alakban. A serum venába fecskendezve curative jobban hat, mint subcutan.

— **Gara Géza** dr. fürdőorvosi gyakorlatát Meránban újra megkezdette.

< **Vermes Lajos** dr. szemész lakása október 1-étől kezdve: Podmaniczky-utcza 18. sz. I. 12.

⊙ **A budapesti általános poliklinikán** szeptember hó folyamán 2604 új beteg jelentkezett és 9783 rendelést kapott. A laboratoriumban 75 vizsgálat történt.

♀ **Megjelent.** *Temesváry Rezső* dr.: A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztályának 1899-diki évkönyve; *Polyák Lajos* dr.. A magyar fül- és gégeorvosok egyesületének 1899-diki évkönyve.

† **Elhunyt:** *Pintér Jenő* dr. a pécsvárosi közkórház másodorvosa szeptember 27-dikén 28 éves korában Pécsett.

* * *

—i —d. **Figyelmeztetés.** Lapunk hirdető rovatának vezetője a t. olvasók szíves figyelmébe ajánlja a *Gölsdorf Károly krondorfi kútvállalatára* vonatkozó hirdetést.

Magyarországi fóraktár: Budapest, V., Zoltán-utcza 10.

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedenczéiben az ásványviz 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**

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**" (Ujonnan épült 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 párisi XIII. nemzetközi orvosi congressus szakületeiből. (634. l.) — A stomatologusok (fogorvosok) országos egyesületének IV. köz- és nagygyűlése. (634. l.) — A X. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus Párisban 1900. (635. l.)

A párisi XIII. nemzetközi orvosi congressus szakületéből.

Szülészeti szakosztály. (Folytatás a 619. laphoz.)

Kyriak (Bukarest): Hystero-cysto-ventropexia.

Jonesco: a lig. rot.-on kivül a széles szalagokat is megrövidíti, úgy hogy behajtja és összevarrja azokat.

Inglis-Parsons egy fecskendő tűjét a hüvelyen át a széles szalagok alapjába szúrva, chininsulfat-oldatot fecskend be. A befecskendésre a széles szalagok szövetelemei szaporodnak és megerősödve a méhet eredeti helyzetében megtartják. A műtét csak egy pár perczig tart, fájdalmatlan és veszélytelen. A műtét után a méhet gyűrűvel a kellő helyzetbe hozza és a beteget 3—4 hétre lefekteti. Régóta fennálló és súlyos eseteknél az eljárást megismétli. Eddig több mint 30, 20—66 év közötti nőnél végezte, három évvel ezelőtt egy súlyos, körülbelül 20 év óta fennálló méhelőesést szüntetett így meg. Operáltjai közül egy sem halt meg, kettő pedig normalis terhesség után szült.

Spinelli az inversio uteri chronica conservativ műtétéül a colpo-hysterotomia ant.-t ajánlja, mely után nem lép fel másodlagos retrodeviatio, a mit a colpo-hysterotomia post. 9 műtéte után háromszor látott fellépni.

Petit hullakisérletek alapján az aponeurosis umbilico-pelvicalis megrövidítésével az indirect cystopexiát ajánlja.

Pouey (Montevideo) szerint súlyos complicatioknál coeliotomia abd. vagy vaginalis, hysteropexia abd. vagy vag. végzendő.

Metritis. Doederlein szerint a méh és méhcsatorna lobos bántalmait mikrobák idézik elő. A határt, mely meggátolja, hogy a hüvelyben levő mikrobák a méhbe hatoljanak, a külső méhszáj képezi. Nagy szerepe van ebben a nyaki csatorna nyákhártyája alkalikus váladékának. A metritis cervicalis főokozói a gonococcus és a tuberc. bacillus, a melyek az egészséges szövetbe is képesek behatolni. A gonococcus gyakran localizálva marad a cervixben; a vele együtt behatoló mikrobák elvesztik életképességüket, így a vegyes infectio létezése nem valószinű. A nem infectiosus metritis cervicalis aetiologiájában nagy szerepet játszanak a méhnyak sérülései. A nyaki csatorna nyákhártyája hyperplasiák, polypok és erosiok képzésére hajlandó, míg a portio nyákhártyájának laphámja hengerhámmá változik át és follicularis vagy papillaris erosiokat képez.

Pozzi: Az acut és chronikus lobok sokáig a cervixre vannak korlátozva, de az előbbiek gyakran a méhre is átterjednek. A külső méhszáj szűkülete és ez által a váladékok levezetésének elégtelensége gyakran okoz lobokat, ezek javulnak, ha a méhszájat műtéttel kitágítjuk.

M. de Leon szerint a metritis cervicalis és a metr. corporis együtt járnak; a metr. cervicalis tulajdonképen csak a nyákhártyára terjed ki, tehát endometritis cervicis.

Bouilly azt mondja, ha a collumban a lob körülirtan csak egynehány, egymáshoz közel fekvő mirigyre terjed ki, úgy azt egy csomócskának érezzük, mely egy kezdődő neoplasmához hasonlít. Ha a hypertrophia glandularis körülirtan csak az elülső ajakra szoritkozik, valóságos ectropiumot képez; ha súlyos zavarokat okoz, a Schröder-féle atypikus kimetszéssel eltávolitja.

Petit szerint acut puerperalis endocervicitisnél a curettage, míg gonorrhoicusnál az egyszerű öblítés a helyes eljárás. Chronikus lobnál egy módositott curettet használ, az ectropiumokat pedig Schröder szerint operálja.

Gascard exosmo-endosmotikus eljárását ajánlja.

Morisani az amputatio collinak ad előnyt. Ez nem zavarja a szülést, ha per primam gyógyul.

Delassus (Lille) a panniculitisről szól, mely a pann. adiposus lobja, jellemző rá a köldök körüli, kisugárzó, a czombokra nem terjedő fájdalom, és a hastakaró zsirszövetében tapintható szemcsék és göbök. Eredetileg a tuba és ovarium váladékainak pangása által kiváltott reflex okozta vasomotorikus zavar; massagera javul.

Bernheim (Páris) szerint a női genitáliák primaer tuberculosisát gyakran találjuk, ha uterinális bajban szenvedő nő genitalis váladékaiban keressük a Koch-féle bacillust. Leggyakoribb a 18—30 éves korban. Oka contagium, itt is van egyéni dispositio. Székhelye többnyire a függelékekben van. Gyógyítása: az általánoson kivül — a sebészi kezelés. A diagnosist tuberculinnel vagy a serumreactioval megerősíthetjük.

Hysterectomia. Stapler (Bécs) Tuffier csavaros angiotriptorát használja, e műszer két karja szétvehető és csavarával 1000 kgrammos nyomás fejthető ki. Eljárása: a has megnyitása után a Douglas-t nyitja meg, majd a hólyagot leválasztva, átmetszi a hüvelyboltozatot. Most a hüvelyen át felteszi a műszert és közvetlen mellette átvágva a széles szalagokat, a méhet eltávolítja. Három percz mulva levéve az angiotriptort zárja a hassebet; a hüvely felőli út nyitva marad.

Terrier: hysterectomia suprarvaginalist 155-öt végzett 7·09% halálozással, és hysterectomia abdominalist 45-öt, 20% halálozással.

Hogopoff: hysterectomia abdominalist végez, a méh eltávolitása után a két hashártyalebenyt egy, a hüvely felől bevitt, T alakú pincebe fogja, melyet addig hagy fekve, míg az leesik, a felesleges lebenyszélekkel együtt.

F. de Courmelles: electromos curettet használ az endometritiseknél, kivéve a placentaris retentiot. Eszköze hasonló egy közönséges curettehez, melyen az éles, ives részt egy platin kacs helyettesíti. Először kutasz gyanánt használja, majd vörös izzásba hozva végzi a műtétet vele.

Vidal (Páris) neurastheniában szenvedő 61 nő bőre alá birkaovariumok nedvéből — Gilbert és Carnot szerint — sósavval készült oldatot fecskendett; mind a 61 esetben gyógyulást ért el. Egyszerre 3·5 köbcentimetert fecskend be naponta egyszer; 6 befecskendés már elegendő.

Schmiedlechner dr.

A stomatologusok (fogorvosok) országos egyesületének IV. köz- és nagygyülése.

Közgyülés az orvosegyesület helyiségeiben szeptember 28-dikán délelőtt.

Árkövy tanár elnök hosszabb beszédben üdvözli az ország minden részéből oly szép számmal megjelent tagokat.

Beszédében a szakképzés szempontjából különös megnyugvással emeli ki *Hattyasy* dr. m.-tanár regularis előadásait az odontotechnikából az egyetemen, egyúttal azonban felemlíti a tanügyi kormányzatnak mostoha gondoskodását a fogászati klinika helyiségei iránt, „a mi már-már a botrányos felé közeledik". *A szakképzés fentartását* illetőleg utal az évi szakirodalomra, felsorolván a szakirodalom kiválóbb jelentőségű dolgozatainak szerzői gyanánt: az *anatomia* rovatában *Loos, Szabó;* a *histologia* terén: *Walkhoff;* a *pathologia* terén: *W. D. Miller, Zierler, Goadby, L. Williams, Vicentini, Choquet, G. Campo;* a **klin. pathologia** terén: *Sternfeld, W. D. Miller, Brubacher, Gobbi, Árkövy, H. F. Harvey, Pott, Söderberg Zsigmondy;* a **szájsebészet** terén: *Custer, Brophy, Seitz, S. Marschall;* a **physikai kutatások** során: *Friedmann, W. A. Price;* az **odontotechnika** terén: *Fillebrown, Dalma, Ottolengui, Cobjek;* a **szaktanítás, legislatura** terén: *Amoëdo, Westergrad, Förberg, Ledé;* **történelem, popularis iratok** terén: *Weiser, Röse-t.*

A *törvényes jogok* védelmét illetőleg jelentést tesz a lépésekről, melyeket a központi képviselőtestület ügyésze által folyamatba tétetett. Végül 6 új tagnak belépését az egyesületbe jelentvén, mint vendégeket *Wallisch* és *Rieger* dr.-okat Bécsből a közgyülésnek bemutatja.

Bauer dr. titkári jelentésében a lefolyt év nevesebb ügydarabjairól és a „Fogászati Szemlé"-ről ad reportot. A pénztáros *Rajmon* dr. és a curator *Balassa* dr. jelentései után az indítványok során *Rozgonyi* dr. azt a propositiot teszi, miszerint — ezentúl a nagygyülés munkálatai nem jelenvén meg könyvalakban — az igy felszabaduló összeg pályadijak kitűzésére fordittassék.

Az elnök felvilágositásai során a gyülés úgy határoz, hogy az összeg az egyesület részéről teendő birói eljárások költségeire fordittassék, elvben azonban pályadijak kitűzését magáévá teszi, ha e czélra disponibilis összegekhez jut. *Rozgonyi* dr. egy nyert fogadás révén e czélra 1000 koronát ajánl fel.

Dalma dr. az újságokban megjelent fogorvosi díjszabást teszi kemény kritika tárgyává. Az elnök megnyugtató nyilatkozatára az egyesület az eredeti rendelet megszerzését határozza el, egyben megbizván az elnököt az esetleges remediáló lépések megtételére.

Elnök az egész bureau nevében hivatalát köszönettel leteszi, mire *Unghvári* dr. korelnöksége alatt a választások ejtetnek meg.

Elnök: *Árkövy* tanár, helyettese *Wolff* dr. (Zágráb). I. alelnök: *Rothmann* dr., II. alelnök: *Guttmann* dr. (Pozsony). Titkárok: *Bauer* dr., *Szabó* dr. Jegyzők: *Fodor, Madzsar, Halász, Huszár* dr.-ok. Pénztáros: *Sándor* dr. Kurator: *Balassa* dr. A központi képviselőtestület tagjai: *Hattyasy, Rozgonyi, Rajmon, Turnovszky, Nagy Emil, Vajna, Kosztka* (Kassa), *Unghvári* (Szeged), *Höncz* (Kolozsvár), *Winkler, Dalma* (Fiume), *Révész* dr.-ok.

Wolff dr. elfoglalván az elnöki széket, *Árkövy* tanár „*Kérdések a pulpagangraenás fogak kezelése körül. Aphorismák*" czimmel tart nagyérdekű előadást. Fejtegetésre kerül:

1. Teendő-e különbség a gangraena pulpae tot. *recens* és in statu *detritus* között?

2. Mily befolyással vannak a kezelésre: concrementumok az ostium canalis dent. táján; atresia can. dent. (path. sen.); obliteratio can. dent.; az apicalis negyed erős görbülete?

3. Mi a criteriuma annak, hogy a gangr. p. tot. kezelése sikeres volt, illetve a gyökcsatornák sterilek-e? (szag, wattaszín, ideigl. gyöktömőanyag.)

4. Legyen-e különbség téve (indicationalis) a gyöktömő-anyagokban az egy- és többgyökű fogak szerint? vagy a többgyökűeknél maguknál a tág és szűk lumen szerint?

5. Ajánlatos-e a gangr. p. tot. ellen kezelt fogak felhasználása — korona vagy a nélkül — hídmunkák támpontjai gyanánt?

Nagygyülés szeptember 28-án délután a fogászati klinika helyiségében.

Nagy Emil dr. új saját rendszerű koronákról értekezik; kiemeli az ú. n. „Vollkrone"-k előnyeit, de egyszersmind hangsúlyozza azok alkalmazásának nehézségeit is.

E nehézségek elkerülésére ajánlja a saját rendszerű koronákat; azok készítés módját, gyökérre alkalmazását demonstrálja.

Bilasko dr. fogrendezési methodusokat tárgyalván, egyszerűség, könnyen alkalmazhatóság szempontjából igen érdekes esetet mutat be, a hol minden költségesebb és bonyolultabb gép nélkül gummiszalagokkal sikerült a fogak helyes sorakoztatása.

Szabó dr. felső állkapocs teljes kiirtása után eszközölt pótlás egy esetét demonstrálja, a hol a pótlódarab ballonsystema szerint készült; majd egy erőszakosan, műtéti úton végzett fogrendezést mutat be.

Haberern dr. m.-tanár tart előadást a helyi érzéstelenítésekről, különösen ajánlván a szájűri kisebb műtétekhez (jóindulatú daganatok, extractiok) a Schleich-féle infiltratios methodust. Ezen eljárást betegen demonstrálja is.

Nagygyülés szeptember 29-én délelőtt az orvosegyesület helyiségében.

Schürger dr. számol be a párisi internationalis fogászati congressusról. Fölemlíti *Herbst* demonstratioit, *Amoëdo* által végzett implantatiokat és hosszasabban kitér *Younger*-nek a caries alv. specifica ellenes gyógyeljárására. *Sándor* dr. hozzászólásában kiemeli értesülése alapján *Younger* azon nézetét, mely szerint *Younger* a „pyorrhea alveolaris" okát specifikus kórhatányban véli fellelni, söt hogy Youngernek sikerült már e betegséget kutyáknak inoculálni. *Árkövy* tanár ez alkalommal utal vizsgálataira, melyeket az 1881-ben a Londonban tartott internat. congressus szakosztályi ülésén rövidesen közölt is; a melyek alapján ő már akkor kifejezte gyanúját e bántalom specifikus fertőzéses természetét illetőleg, sőt ily genyben talált képletek rajzát is adta. Ezen képletek azok, melyekkel a legújabb időben *Vicentini* mint „leptothrix racemosa", *Goadby, L. Williams* foglalkoztak. Egyebekben jelzi, hogy ez irányú prioritását szakközleményben legközelebb közzéteszi.

Dalma dr. tart ezután nagyobbméretű előadást *„a fogbélsapkázás; a pulpamumificatio* és *gyökérkezelés* történetéről".

A fogbélsapkázást egy év óta jó eredménynyel végzi *rézjodiddal*, a pulpa destructio kezelés terén az arsent egy általa a legújabb időben előállított és *nervocidin*-nek nevezett szerrel próbálta helyettesíteni, igen jó eredménynyel. A szernek az arsen felett mutatkozó előnyei: hogy teljesen fájdalom nélkül és igen gyorsan hat, reactiv jelenségek a gyökhártya részéről fel nem lépnek. A gyökgangraena kezeléséhez a tömény sósavat és a bromot ajánlja.

Rövid szünet után *Szabó* dr. előzetesen beszámol mindenekelőtt a dentin finomabb szövettanáról, majd az arg. nitr.-ról a fogászatban, végül az Ag NO_3-al eddig tett kisérleti eredményeit demonstrálja górcső alatt.

Rothmann dr. m.-tanár a *„korona és hídmunkák contraindicatioiról"* és a *„tejfogak extractioiról"* tart gazdag tapasztalatai alapján előadást.

Nagygyülés szeptember 29-én délután.

Wallisch dr. demonstrálja *Haskell* koronakészítési módszerét (forrasztás nélküli koronák); *Landgraf* dr. felső jobboldali empyema esetet mutat be; *Dalma* dr. betegen demonstrálja a nervocidin hatását; *Bauer* dr. betegen approximalis aranytömeséket végez; *Dalma* dr. egész sorát mutatja be a különféle üveg- és porczellánanyagokból égetett continous-gum és emailmunkáknak; *Bauer* dr. kisebb üveg- és porczellántömeséket, fogak festését porczellánfestékkel és porczellánemaillel Ash-féle villamos kályhában, Ash-féle nehezen és könnyen olvadó porczellánmassával mutat be. Azonkivül műfogakba aranytömések készítési módját adja elő.

Végül *Weisz* Bécsből az ez év folyamán fogászati eszközökben, anyagokban napfényre került újdonságokat mutatja be.

Szabó József dr.

A X. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus Párisban 1900.

A három év előtt Madridban tartott IX. közegészségi és demographiai congressus elhatározta, hogy 1900-ban, tekintetbe véve a Párisban rendezendő világkiállítást, a tizedik congressust Párisban fogja tartani és az előkészítő bizottság a nagynevű Brouardel M. tanár elnöksége és Martin A. I. főtitkár vezetése mellett minden intézkedést megtett, hogy e congressus a tudomány és a népek közegészsége érdekében minél hathatósabban és sikeresebben működhessék. Meghivta erre a nemzeteket és Magyarország e felhivásnak örömest engedve, Müller Kálmán dr. elnöksége alatt egy magyar előkészítő bizottságot alakitott meg, mely Pertik Ottó dr., ügyvivő alelnök, Földes Béla alelnök és Grósz Emil, Klasz Pál és Thirring Gusztáv titkárok buzgó működése mellett minden erejét megfeszítette, hogy minél több tagot szerezzen a congressusra. E működésnek azonban, daczára, hogy a kiállitás kiváló vonzó pontja volt a párisi menetelnek, daczára, hogy az orvosi congressust közvetlenül követte, nem volt azon eredménye, melyet óhajtottunk volna, mivel csakis 16 rendes tag iratta be magát. Magyarország mint önálló ország vett részt e congressuson és résztvettek ebben oly férfiak, kik hazánkat méltóan képviselték: ú. m. Chyzer Kornél dr., közegészségi osztályunk vezetője, Fodor József dr., Csatáry Lajos dr., Högyes Endre dr., Pertik Ottó dr. stb.

A congressuson körülbelül 1500 tag volt beirva, mely szám nagyon hátramaradt a mindnyájunknak még élénk emlékezetében levő Budapesten tartott VIII közegészségi és demographiai congressus résztvevőinek számától.

Páris lakosságának részvétele, melynek területén a világkiállitás alatt több mint 100 congressus tartotta üléseit, alig volt észrevehető és csakis abban nyilvánult, hogy a többi, ezen időben tartott congressusok tagjaival együtt e congressus tagjai is hivatalosak voltak egy a Hotel de Ville-ban tartott délutáni fogadtatásra, hol Lepelletier alpolgármester fogadta a vendégeket és bemutatta a nagyszerű városháza fényes fogadó termeit és vendégelte meg a tagokat a világváros nevében.

A congressus augusztus hó 10-dikétől, tehát közvetlen az orvosi congressus után, augusztus hó 17-dikéig 8 napon át tartott, mely időből 6 nap volt előadásoknak szánva.

A megnyitó ülés augusztus hó 10-dikén délután $^1/_2$3 órakor tartatott a Faculté de médecin nagy tantermében, mely azonban oly szűknek bizonyult be, hogy alig volt képes befogadni a megjelent congressusi tagokat, kik között sok nőt is láttunk; az ülés külső fényében sokban hátramaradt azon fényes megnyitó üléstől, mely Budapesten a redoute termében tartatott 1894-ben.

A megnyitó ülés elnöke Waldeck-Rousseau M. ministerelnök volt és mellette az emelvényen helyet foglaltak a congressus elnöke, tiszteletbeli elnökei, alelnökei, tiszteletbeli alelnökei, az államok képviselői és a titkárok.

Az ülést a congressus elnöke *Brouardel* tanár nyitotta meg. Szép szavakban megköszönvén a minister megjelenését és a kormány hathatós támogatását, üdvözölte a congressus megjelent tagjait és az idegen államok képviselőit. Nagyhatású megnyitó beszédében az eddigi congressusok működését ismertette röviden és külön említette meg a Budapesten fényesen lefolyt congressust, melyben Roux először mutatta be a serum előállitását és therapeutikus hatását. A kényszer-védhimlőoltás áldásos hatását és a különféle desinfectio eredményeit magasztalva, meleg szavakban emlékezik a lángeszű franczia tudós Pasteurről, kinek működése a hygiene terén korszakalkotó; méltatta továbbá Behring és Roux tudományos működését. A XIX. század hajnalán Jenner neve, ugyane század alkonyán Pasteur neve van fényes betükkel megörökitve, az emberiség e század működésével a hygiene terén meg lehet elégedve, mivel ebben több történt a nyomor, betegség leküzdése ellen, mint a többi századokban összesen és nem kétli, hogy a jelen század még fényesebb eredményeket fog elérni és le fogja küzdeni a legnagyobb bajt is, mely több veszélyt hoz, mint a legveszedelmesebb pestisek, a tuberculosist. A tudomány és társadalom feladata leend e nagy bajt minél inkább leküzdeni. Eredménydús és áldásos működést kivánva a congressus munkálataihoz, megnyitotta a congressust.

Ezután a megnyitó ülés elnöke *Waldeck-Rousseau M.* ministerelnök, ki egyszersmind belügyi és közoktatási minister is, szép előadásban üdvözli a congressust Francziaország, a franczia kormány és nép nevében, meleg szavakban méltatva a közegészségügy fontosságát az államok életében és jó sikert kivánva a congressus munkálataihoz; igéri, hogy a kormány kellőleg méltányolva és tanulmányozva a congressus határozatait, mindenkor teljes erejével fogja előmozditani a közegészségügyet, mint a nemzetek és az emberiség főkincsét. Szavait lelkesültséggel hallgatta a congressus és élénken megéljenezte, azaz franczia módon megtapsolta.

Utána még *Martin* főtitkár ismertette e congressus létrejöveteléneк és szervezetének adatait, valamint munkáinak fontosságát, mire az egyes külföldi államok képviselői köszönték meg államaik nevében a meghivást, üdvözölték az elnököt, az előkészítő bizottságot, a franczia köztársaságot, ennek kormányát és a franczia tudósokat.

A congressus tudományos és szakszerű működése másnap kezdődött el a szaküléseken. A congressus két csoportra volt osztva: ú. m. közegészségügy és demographia. A közegészségügyi csoport 8 szakosztályra, míg a demographiai csoport nem volt szakosztályokra osztva. A nálunk tartott congressuson a közegészségi csoport 19 szakosztályból, a demographiai csoport 7 szakosztályból állott, tehát jóval felülmulta a párisi congressus által felvett anyagot. Az egyes szakosztályok működéséről csakis szűk keretben foglalkozhatom, mivel az egyes fonosabb értekezések a lapokban részletesebben lesznek ismertetve; azonban a határozatokat és kifejezett kivánalmakat, melyek e congressuson hozattak, bővebben fogom ismertetni.

Az I. szakosztályban, melynek a microbiologiának és parasitologiának a közegészségre való alkalmazása képezte tárgyát, következő előadások tartattak:

A madridi congressus által kinevezett nemzetközi bizottság a serum activitásának meghatározását tűzte ki e congressus tárgyává és ezt *Roux M. E.* ismertette előadásában. Ismerteti ebben a különféle módokat, melylyel ezen meghatározásokat előbb és jelenleg eszközlik, nagy jelentőségűnek tartja Behring és Ehrlich eljárását és működését ez irányban, főleg a toxin saturálását az antitoxinnal *in vitro*, vagyis hogy a serum értéke a toxin azon mennyisége által határoztatik meg, melyet ez a kémcsőben neutralizál. Említi, hogy *Denys M.* szintén foglalkozott e kisérletekkel és ajánlja e kisérletek folytatását, hogy biztosan megtudjuk, vajjon a serum gyógyító képessége teljesen megmérhető-e az immunitási egységek által.

Martin Louis a diphtheria-serummal kezelésre és védőoltásra vonatkozó érdekes és a serum-kezelés által elért fényes adatokat közöl.

Vaillard és Thoinot a vizekben és talajban levő pathogen microbákról tartott előadást.

Fodor József az ivóvízben levő typhus-bacillus felkereséséről értekezik és nagy kitartást kivánó módszerét ismertetvén, különösen hangsúlyozza, hogy az ivóvizekben ezen bacillus keresését éber figyelemmel kell kisérni. A typhus-bacillus feltalálható az ivóvízben, e bacillus nagy szivóssággal bir, megtartja vitalitását és jellemző tulajdonságait a vizen kivül is a külvilágban, akármily különféle viszonyoknak (pl. hő, hideg, nedvesség, insolatio) legyen is kitéve. Ezen tárgyban *Loeffler, Widal, Vaillard, Gruber, Dunbar* hozzászólásaik után nagyon méltatva Fodor búvárlatait e tárgyban, elismerték, hogy a typhus-bacillus keresése az ivóvízben igen fontos.

Wurtz és Burges a pestis-bacillus virulentiájának tartósságáról és alakjának változásáról a tengeri vizben értekezik.

Moreau a Sensben előfordult typhoid lázról beszél a Vanne vizének odavezetése előtti és utáni időben. *Fleury* inficiált tej által okozott typhoid epidemia esetéről közöl adatokat Saint Etienneben.

Silberschmidt az actinomycesről bacteriologikus szempontból és ennek az embernél előforduló eseteiről szól. *Jármay Gyula* dr.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1267/1900. sz.

A kormányzatomra bizott Szabolcs vármegye törvényhatóságának „Erzsébet" **közkórházánál** évi 800 korona törzsfizetés, természetbeni lakás és teljes ellátással rendszeresitett kórházi **alorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kivánókat felhivom, hogy törvényes minősitvényüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat és életkorukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket **folyó évi október ho 15-ig**, mint záros határidőig nyujtsák be.

Nyíregyháza, 1900. évi szeptember hó 24-dikén.

1—2 *B. Feilitzsch.*

518/1900. f. i. szám.

A kormányzásomra bizott Nyitra vármegye **miavai** járásában elhalálozás folytán megüresedett **járási orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhivom mindazokat, kik ezen évi 800 korona fizetés, 200 korona úti s 5 korona irodaátalánynyal javadalmazott s nyugdij-jogosultsággal egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében, valamint az 1893. évi 80,099. számú belügyministeri körrendelettel előirt tiszti vizsga letételét igazoló okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket és pedig a közszolgálatban állók hivatali főnökük útján hozzám legkésőbb **f. évi október hó 30-ig** annál inkább adják be, mert a hozzám később beérkezendő kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Egyszersmind megjegyzem, hogy a mennyiben a m. kir. belügyminister úr által Nyitra vármegye tisztviselőinek fizetésjavitása iránt hozott határozat jóváhagyatik, e törzsfizetés 400 koronával emeltetni fog.

Nyitra, 1900. évi szeptember hó 28-dikán.

Thuróczy Vilmos, cs. és kir. kamarás, főispán.

HIRDETÉSEK.

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállitó.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra. — Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András"

név figyelembe ajánltatik.

REINIGER, GEBBERT & SCHALL

Wien, IX/3., Universitätsstrasse Nr. 12.

Berlin—Erlangen—München.

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

Röntgen-berendezések. **Villamos fényfürdők.**

Képes árjegyzések ingyen és bérmentve.

Képviselő Budapesten:

WONKE REZSŐ műszerész

VI., Ó-utcza 42 (Mintaraktár).

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsői és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. VAS BERNÁT a laboratorium vezetője.

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

Dr. Batizfalvy Sámuel

Sanatoriuma és vizgyógyintézete

Budapesten, Városligeti fasor és Aréna-út sarkán.

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

Téli kúra tüdőbajosok részére

Dr. Römpler-féle gyógyintézet

Görbersdorf i. Schles.

Hirdetéseket e lap részére

kizárólagosan vesz fel a

„PETŐFI" KIADÓVÁLLALAT

BUDAPEST,

III., Zsigmond-utcza 53. sz.

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.

PERTUSSIN

Extr. Thymi saccharat Taeschner.

Ártalmatlan, biztos hatású szer hörghurut, gégefő és bronchial-catarrhus ellen

Adagolás: *Naponta 3—4-szer:* gyermekeknek 2 évig 1 kávéskanállal; 3—4 éveseknek 1/2 evőkanállal; 5—6 éveseknek 3/4 evőkanállal; idősebbeknek 1 evőkanállal.

Kapható ca. 250 gr. tartalmú üvegekben minden gyógytárban.

Irodalom: Lásd 7. számú Therapeut. Beilage der D. med. Wochenschr. 27. sz. (98), A. M. C.-Z. 56. sz. (99), A. B. C. 29. sz. (99) és Wiener med. Bl. 17. sz. (1900).

Előállítja a: **Kommandanten-Apotheke E. TAESCHNER,**

Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Raktárak: **Török József** gyógyszertár Budapest, **Dr. Egger Leo és J.** Budapest, stb.

Dr. FRIES-féle magán-gyógyintézet

ideg-, kedély-, morphium- stb. betegek részére

INZERSDORF Bécs mellett.

Orvosi vezetőség: Professor REDLICH és Dr. E. FRIES.

Dr. FELES-VÉDHIMLŐOLTÓANYAG TERMELŐ INTÉZETE ZOMBORBAN

Alapíttatott 1878-ban.

Sürgönyczím: **Keleti J. műszerész, Budapest.**

A t. orvos urak becses figyelmébe.

Betegápoláshoz szükséges eszközök, orvos-sebészi műszerek, kötszerek, villany-gépek és gummiáruk beszerzésére ajánlhatjuk.

KELETI J. orvos-sebészi műszergyártó czéget

Budapest IV., Koronaherczeg-utcza 17., műszergyár: Károlylaktanya.

A czég elvállal **teljes kórházi berendezéseket**; szállít betegsegélyző pénztáraknak sérvkötőket egy évi jótállás mellett és kötszereket legjutányosabb árakon, — úgyszintén gyáraknak mentőszekrényeket legújabb előirás szerint.

Tiszti és körorvos urak részére mindenkor raktáron tart teljes bonczoló és amputáló készleteket, igen czélszerűen berendezett tokokban.

Jegyzet: Az igen tisztelt orvos urak kényelmére legnagyobb készséggel szállitásokat **évi számlára foganatosit,** — **kezdő** orvos uraknak pedig **teljes berendezéseket havi** esetleg **negyedévi részletfizetés** ellen szállit.

Minden a szakmába tartozó **javitások, nickelezések, működszörülések** stb. foganatosittatnak és legolcsóbban számittatnak.

Nagy képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

Negyvennegyedik évfolyam. 41. szám. *Budapest, 1900. október 14.*

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.

Reách Dezső: Közlemény a szt. István-kórház IX. orvosi osztályáról. (Főorvos: Róna S. dr. egyet. ny. rk. tanár.) A gonorrhoikus mellékherelob pathogenesiséről. 637. l.
Tauszk Ferencz: Közlemény a székesfővárosi jobbparti szegényházból. A senilis szív munkája. 638. l.
Fialowski Béla: Törvényszéki orvosi casuistica. 641. l.
Tarcza. *Hajós Lajos*: Az ép elmebeli képességről és az elmegyengeségről. 643. l.
Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Kubinyi Pál*: A méhkiirtás kérdésének mai állása. 644. l. — *Könyvismertetés.* Ujabb kész és készülőfélben levő anatomiai atlasok. 645. l. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Roger* és *Josué*: Az inanitio befolyása a szervezet ellenállóképességére fertőzésekkel szemben. — *Van Gechuchten-Nelis*: A központi idegrendszer szöveti elváltozásai veszettségnél. (Marikovszky György.) — *Belgyógyászat. Joffroy*: Amnesia akasztás után. (—ts.) — *Sebészet. Izrael*: A vese- és ureter-köveknél végzendő műtétekről. (Illyés Géza.) — *Szülészet és nőgyógyászat. Wolf*: Egy hármas szülésről acardiussal. (Neumann Szigfrid.) — *Ponfick*: Adatok az elölfekvő lepény boncztanához. (Neumann Szigfrid.) — *Bőr- és bujakórtan. Blazy*: Psychopathia sexualis. (Schik Károly.) — *Kramer*: Erythema exsudativum multiforme. (Schik Károly.) — *Debove*: Polymorph erythema. (Schik Károly.) — *Frieckenhaus*: Dermatitis medicamentosa. (Schik Károly.) — *Arnheim*: Icterus syphiliticus. (Schik Károly.) — *Brocq* és *Bernard*: A nők intertriginosus bőrbetegségeiről. (Huber Alfréd.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* A Taeschner-féle pertussin. — *Fuerst*: Hysteria. — *Biernacki* és *Napier Jones*: Himlő gyógyítása salollal. — *Domner* és *Rancon*: Gümőkórosok hasmenése. — *Aronsohn*: Haemoptoë. 646—649.
Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — Az állatorvosi főiskola megnyitó ünnepe. — A törvényszéki orvosi vizsgáló bizottság. — Védekezés a pestis ellen. — Tiszttorvosválasztás. — Ifj. Klug Nándor dr. — Korányi Sándor dr. — Hajós Rezső dr. — Gáger Károly dr. — Orvos kerestetik. — A Kézmárszky-féle szülészeti poliklinika. — A Tauffer-féle szülészeti poliklinika. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — Lelenczügy. — Megjelent — Krondorf. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. 649. l. — Pályázatok. — Hirdetések.
Tudományos társulatok és egyesületek.
Melléklet. — Benno Jaffé & Darmstädter (Martinikenfelde) Sidonal czimű különlenyomata.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. István-kórház IX. orvosi osztályáról. (Főorvos: Róna S. dr. egyet. ny. rk. tanár.)

A gonorrhoikus mellékherelob pathogenesiséről.

Reách Dezső dr. műtőorvostól.

Azon gyors és általános elismeréssel ellentétben, melyet a gonococcus mint a gonorrhoikus húgycsőlob egyedüli okozója nyert, az ezen bántalomhoz társuló szövődmények keletkezésének értelmezésében ezen közel fekvő, természetes és azért egyedül helyes magyarázattal mechanikai, reflectorikus ható okok, vegyes fertőzési és gonococcus toxinhatási theoriák versenyeznek. Ezen feltevéseknek tápot és alapot egyrészt a gonococcus kimutathatóságának nehézsége (sokszor lehetetlensége), másrészt biologiai sajátosságainak még mai napig sem teljes ismerete és azok látszólagos ellentétessége szolgáltattak. Igy a virus közvetlen tovaterjedése általi keletkezés kifogástalan bakteriologiai bizonyítása, az epididymitis gonorrhoicánál is igen ritka, mert igen nehéz.

Igy teljesen negativ eredménynyel végezték bakteriologiai vizsgálataikat Guyon és Janet,[1] Jadassohn,[2] Neisser és Schäffer[3] epididymitishez társult serosus izzadmányból, míg genyes exsudatio egy-egy esetében Jadassohn staphylococcust tenyésztett ki, Macaigne és Vauverts[4] Friedländer-féle bacillust; ezen esetek a vegyes fertőzés lehetősége mellett szólottak, ha Dor[5] esetét nem is veszszük tekintetbe, ki két a lágyékcsatornában maradt, meglobosodott és elgenyedt heréből, azok eltávolítása után, górcsövileg gonococcusokat és más genymikrobát mutatott ki. Míg tehát a vegyes fertőzés esetleges lehetőségével szemben ridegen elutasító álláspontot elfoglalni vagy ellene objectiv érveket felhozni, már tekintettel a szervezetben lefolyó egyéb fertőzési folyamatokban mutatkozó analogiára is, igen nehéz, addig a gonococcus-toxin hatása mellett mindeddig semminemű bizonyítékunk nincs.

Marx[6] vissza nem adható, zavaros theoretikus szempontból valódi és álorchitist (hely. epididymitis) különböztet meg. Az utóbbi szerinte reflex útján gonorrhoea nélkül is keletkezhetik, az első a gonorrhoikus váladéknak lefolyása útján jő létre, a mi a hólyagba jutva cystitist, a vas deferensbe jutva valódi epididymitist okoz. A váladék ezen lefolyása pedig létrejön a fájdalom folytán keletkező urethralis spasmus és vizenyő folytán. Ezen nézetnek anatomiai és physiologiai tarthatlanságát külön fejtegetni valóban felesleges.

Mint kórokozónak tisztán történelmi értéke van azon diplococcusnak, melyet Eraud, D'Arlhac,[7] valamint Hugonnenq[8] orchiococcus név alatt irtak le. E diplococcus, a melyet állatkisérletekkel is kórokozóként verificálni igyekeztek és melyet Rollet[9] is az epididymitis egyedüli kórokozójának tekint, úgy alakilag, mint festésre a gonococcussal teljesen egyező, eltér azonban tőle, hogy nemcsak savós táptalajon nő, hanem a közönséges gelatinán, agaron és bouillonban is bőven burjánozva tenyészthető és hogy az egyes coloniáknak külseje nem oly harmatszerű áttetsző, mint a gonococcusok-é.

A *tiszta gonococcus-aetiologia* mellett az első bizonyítékokat Grosz és Collan esetei szolgáltatták.

Routier[10] ugyan már előbb közölt positiv leletet, de a bacteriologiai kimutatás nem volt kifogástalan, ugyanez mondható Palmer esetéről is.

Grosz[11] betegénél, ki négy év óta szenvedett gonorrhoikus húgycsőfolyásban, hat hét óta lassan fejlődő daganat támadt a borék bal felében, melyet, tekintettel a tüdőbeli csúcshurutra, tuberculotikus természetűnek tartottak; ezen a megnagyobbodott epididymisből és folyadékból álló tumort megpungálva, a híg szenyessárga váladékban nem tub. bac., de bőven sejten belüli és kivüli elrendeződésben levő, Gram szerint nem festődő diplococcusokat találtak, melyek ugyan Wassermann-féle disznóvérsavós nutrose-glycerin táptalajon nem, de a vérsavós agaron igen jól fejlődtek. Ugyanezen mikroorganismusokat az excindált sarjszövetből is kimutathatta.

Collan[12] urethral gonorrhoea egy esetében, három nappal az epididymitis keletkezése után, a cauda kissé véres punctios folyadékából a fedlemez készítményen sok genysejtet, spermatozoát, de gonococcust nem talált, tenyészetben ellenben közönséges táptalajon nem fejlődő gonococcusokat.

Hartung[13] elgenyedt mellékherelobból gonococcust tiszta kulturában tenyésztett. Azt hiszi, hogy a gonorrhoeánál fellépő epididymitisek nagy száma vegyes fertőzés nélkül, tiszta gonoc. invasio folytán jő létre.

Colombini[14] esetében az epididymitist parotitis követte (a megfordított sorrend gyakoribb), majd baloldali bubo; a mellékhere gyuladás óriási fájdalmak és magas (39·8°) lázak kiséretében abscedált. Ugy az abscessusokból, mint két izben a hasi viszerekből oltásokat végzett. Az abscessusokból már a mikroscop alatt is tisztán kimutathatók voltak gonococcusok, holott a húgycső váladékában más mikrobiumokkal voltak keverve.

A genyből való kitenyésztés Petri-féle kamrákban agar vizeleten sikerült, a vérből nem egyszerű oltás, hanem csak a Petri-féle kamrákra való ráöntés által. Ezen tenyészetekből húsz éves fiatal ember húgycsövébe oltott, a kinél rendkivül heves tünetekkel meginduló, typikus gonorrhea fejlődött ki, a mely csak hónapok mulva gyógyult meg.

Végre legújabban Witte[15] közölt esetet, a melyben ugyancsak elgenyedő mellékherelob melletti abscessusból tiszta gonococcus tenyészetek keltek ki, melyek infectiositását állatkisérletekkel is igazolta, kétségtelennek tartva, hogy a gonococcusok praeformált utakon közvetlen tovaterjedés által jutottak a húgycsőből a mellékherébe; azt hiszi, hogy daczára azon nehézségeknek, a melyekbe a gonococcusoknak serosus folyadékból való kitenyésztése ütközik, a már eddig közölt esetek is igazolják a gonorrhoikus mellékheregyuladás tisztán gonococcus általi létrejöttét, a mint reméli, hogy szabatos vizsgálatok a jövőben is consecutiv genyedésnél ezt ki fogják mutatni.

Ezen consecutiv elgenyedések az epididymitisek lefolyásában a relativ ritkaságok közé tartozván, minden újabb eset bacteriologiai megvizsgálása, az esetek kis számánál fogva, hálás feladatot képez. Ez indított vizsgálatunk közlésére.

Betegünk* mult év deczember 10-dikén vétetett fel a szt. István-kórház bőrbeteg osztályára, két hét óta tartó, gyakori és parancsolólag fellépő vizelési ingerrel, és a vizelés befejezését követő igen heves, görcsszerű fájdalmakkal járó húgycsőkankóval. Ez idő szerinti megbetegedését négy nap előtti coitusára vezeti vissza; egy évvel ezelőtt mintegy hat hétig tartó, ugyancsak igen heves tünetekkel egybekötött húgycsőkankója volt, a melyből, legalább nézete szerint, teljesen kigyógyult.

Az erőteljes fejlődésű, nyulánk termetű beteg tengéleti szervei épek. Húgycsőből zöldes-sárga, igen bő kifolyás, mely tömérdek genysejtből, igen kevés hámból áll. Minden látótérben 5—6 sürü, sejten belüli és kivüli elrendeződésben levő gonococcus-csoport.

A mellső húgycső kimosása után nyert vizelet mindkét portioja zavaros.

Mindkét prostatalebeny kissé duzzadt, nyomásra csekély fájdalom. Ondóhólyagcsák ki nem tapinthatók.

Baloldali ondózsinór fájdalmas. Bejövetele után három nappal bal heréjében igen erős fájdalmak keletkeztek, majd lúdtojásnyi megnagyobbodás. Jeges borogatásokra, nyugalomra fájdalmak alábbhagytak, duzzanat engedett.

Január 19-dikén az ujjnyi vastag, nyomásra fájdalmas, különállóan kitapintható mellékhere farki részében körülbelül kis diómekkoraságú porczkemény beszürödés, melynek alsó polusán, a kékes-pirosan elszínesedett, fénylő, feszes borék bőre alatt közvetlenül érezhető, fillérterjedelmű, hullámzó, ellágyult hely.

A borék bőrének leborotválása, megtisztítása és desinfectioja után steril fecskendővel néhány csep szalmasárga, hígan folyós genyet szívhattunk fel, majd felmetszve, körülbelül két gyüszűnyi sürü, nyúlós, véres csíkolatú geny ürült.

Az aspirált genyből fedlemezkészítményeket készítve, Löffler-féle methylenkék-festéssel egyik készítményben néhány genysejten elszórt diplococcuscsoportot találtunk, melyek Gram szerint festve színtelenedtek.

A felmetszés után nyert genyből emberhús bouillonos glycerinagarra, a melyre közvetlenül az oltás előtt ujjhegyünk megszúrása által nyert friss vérceseppet kenünk, oltva, négy eprouvetta közül egyiken harmatszerű, áttetsző, kövezetszerűen egymás mellett elhelyezett, össze nem folyó coloniákat nyertünk, melyek typikus kettős és négyes (tetrad) csoportokba elhelyezett, Gram szerint nem festődő coccusokból állottak. Ezen tenyészetek úgy a fent említett módon elkészített glycerines agarra, mint a Wassermann-féle disznóvérsavós nutrose glycerin-táptalajra heveny húgycsőgonorrhoea váladékából ugyanakkor végzett oltásokból nyert kulturákkal mindenben megegyezően fejlődtek és négy generation keresztül voltak cultiválhatók. A közönséges glycerines agaron végzett oltások meddők maradtak. Ezen esetemmel a bizonyító erővel felruházott esetek száma hatra szaporodott.

Az eset szíves átengedéséért Róna S. tanár úrnak hálás köszönetemet fejezem ki, valamint Pertik Ottó tanár úrnak, kinek intézetében a bacteriologiai vizsgálatokat végeztem.

Irodalom. 1. Guyon et Janet: Arthritis et hydrocele blenorrhagique sans gonoc. Annal. de mal. des org. gen. urin. 1889. 462. o. — 2. Jadassohn: Baumgarten és Tangl: Jahresberichte 1893. — 3. Neisser és Schäffer: Lubarsch-Ostertag Ergebnisse etc. III. k. — 4. Macaigne és Vauverts: Etiologie et pathogenie des orchi-epididymites. Ann. d. mal. gen. urin. 1896. — 5. Dor. Cryptorchide hypospade atteint de blenorrhagie et d'epididymite. Ann. ,d. mal. des org. gen. urin. 1892. — 6. Marx: Beitrag zur klin. Studie der sogenannten gonorrhoischen Orchitis, Revue de Ther. 1896. I. k., 12 f. és Baumgarten-Tangl: Jahresberichte XIII. k. — 7. Eraud et D'Arlhac: Observ. d'epididym. blenorrh. terminée par suppuration; examen bact. et chim. Annales 1892. 162. o. — 8. Erand és Hugonneng: Recherches bact. et chim. sur la pathogenie de l'orch. blenorrh. et de certaines orchites infectieuses. Annal. 1893. — 9. Rollet: Pathologie et traitement de l'epid. blenorrhagic. La sem. méd 1894. — 10. Rontier: Orchite blenorrh. suppurée (Presence du gonoc. dans le pus). La med. mod. 1897. 25. — 11. Grosz: Sitzungsbericht der k. k. Gesellschaft der Ärzte 1897. nov. 12. W. klin. Woch. 1897. 46. sz. és W. klin. Woch. 1898. 4. sz. — 12. Collan (Walter): Zur Frage der Path. der gon. Epid. W. klin. Woch. 1897. 48. sz. — 13. Hartung: Gonorrhoische Epididymitis. VI. Congr. d. deutsch. derm. Gesellschaft Strassburg. 592. o. — 14. Colombini: Bakt. und experimentelle Untersuchungen über einen merkwürdigen Fall von allgem. gonorrh. Infection. Centrbl. für Bakt. u. Parasitenkunde 1898. 25. sz. 955. o. — 15. Witte (Paul): Zur Pathog. der gonorrh. Epididymitis. Arch. für Derm. und Syph. 50. k. 1899.

* A beteg, a készítmények és culturák bemutattattak a budapesti kir. orvosegyesület 1900 január 25-diki ülésén.

Közlemény a székesfővárosi jobbparti szegényházból.

A senilis szív munkája.

Irta: *Tauszk Ferencz* dr. egyetemi m. tanár, a jobbparti szegényház rendelő orvosa.

(Vége.)

Ma azon szerencsés helyzetben vagyunk, hogy a szív incompensatios állapotának már legkezdetlegesebb fokának felismerésére szolgáló eljárás felett rendelkezünk, mely az eddig ismert összes vizsgálati eljárásokat érzékenység tekintetében messzire felülmulja. Ez alapját a *Korányi Sándor* által megállapított és a legapróbb részletekben kidolgozott fagyasztási methodusban leli. Értékes módszerének részletezésétől e helyen el kell tekintenem és eredeti dolgozataira utalnom. Itt csak kivonatosan a szívre vonatkozó megjegyzéseit említem fel, a mint azok az alantabb adatok felülbirálásához nélkülözhetetlenek, a mint azt már egy izben gyakorlati czélokat követő dolgozatom egyikében tettem: „A szívműködés hiányossága folytán létesült pangási vizelet a fagyasztási módszerre pontosan reagál és a normalis vizelettel szemben az eltérések a következőkben foglalhatók össze: A pangási vizelet fagypontsülyedése tiszta esetekben nagyobb, mint egészségeseknél (hypersthenuria), mely eltérés azonban nem állandó. Ez a húgycsatornácskatartalomnak a vérkeringés lassúsága következtében csökkent áramlási sebességének folyománya. A vesebeli pangás további következménye molekularis oliguria. Ép embernél a 24 órai vizelet szilárd alkatrészeinek konyhasóegyenértéke nagyobb 25-nél. Vérkeringési zavarnál pedig 25-nél kisebb. A molekularis diuresis nagysága azonban már ép ember nél is annyira változó, hogy erre nagy súlyt nem fektethetünk. A vesebeli pangás legfontosabb jele $\frac{\Delta}{\mathrm{NaCl}}\left(\frac{\text{fagypont}}{\text{konyhasó}}\right)$ növekedése,

a melynek okát a húgycsatornácskatartalom lassú lefolyása képezi. Végeredményben mondható, hogy szívbetegnél a vizelet normalis lehet, a miből az következik, hogy a beteg vérkeringésének 24 órára vonatkoztatott középsebessége szükségleteinek megfelelő. Ha ez a középsebesség a szükségletnek megfelelően alásülyed, ha tehát a szívműködés elégtelenné válik, mindenekelőtt $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ emelkedik, a vizelet relativ konyhasótartalma leszáll. Gyakorlatilag fontosságot csak $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ növekedésének tulajdoníthatunk, miután a hypersthenuria nem állandó és a molekularis diuresis nagysága egészséges embernél is tág határok között ingadozik. A következőkben részletezett vizsgálatainknál a szívműködés állapotára egyes-egyedül a $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$-ból következtetünk."

Az első kérdés, melynek megfejtését magam elé tűztem, az volt, hogy senilis korban levő, a senilitas physikai jeleit magukon viselő egyének szívmunkája normalis körülmények között elegendő-e az akadályok leküzdésére, más szóval, a szívműködés compenzált állapotban van-e? E czélból 6 egyénnél a 24 óráig gyűjtött vizelet fagypontja és konyhasótartalma több napon át lett meghatározva. Könnyebb ellenőrzés végett a kisérleti egyének a szegényház kórházi osztályán voltak elhelyezve és teljes nyugalomban tartva. Mozgás csak a szobában volt megengedve. A táplálék a kisérletezés egész tartama alatt egyforma volt. Az individuumok kora 68 és 96 év között ingadozott és szigorúan vett senilis elváltozásokon kivül más kóros állapot kimutatható nem volt.

Példaképen csak egyről akarom némileg a részletesebb adatokat feltüntetni:

K. L. 74 éves, volt vinczellér. Állítólag mindig egészséges volt. Nemi betegségeket tagad. 68-dik életévéig dolgozott. Fokozódó gyengesége késztette a szegényház felkeresésére. Környi üterek kanyargósak. Carotisok merevek. Szívcsúcslökés V. és VI. b. között a bimbóvonalon kivül tapintható. Has petyhüdt. Máj bordaív alatt 2 harántujjnyira érezhető. Ütérlökés mérsékelten telt, kissé feszes, csekély arythmia, sz. p. 62. Tüdőhatárok jelentékenyen tágultak. Absolut szívtompulat kicsiny. Tüdők felett érdes sejtes légzés, megnyúlt kilégzés, néhány hangos füttyhang. Szívcsúcs felett 2 tompa hang; aorta felett gyenge systolikus zörej, tompa, erős distolikus hang. Vizelet n. m. 700—1100 kcm. Idegen alkatrészek közül sulfosalicylsav-próbánál fehérje nyomokban mutatható ki.

Vizelet napi mennyisége cm³-ekben	Fajsúly	Δ	Na Cl %-ban	Kiválasztott Na Cl gm.-okban	$\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$	Oldott alkatrészek konyhasó egyenértéke	Oldott gram-molekulák száma
1700	1015	1·09	0·75	12·75	1·45	30·2	0·58
2000	1015	1·09	0·81	16·2	1·34	35·5	0·58
1900	1016	1·14	0·89	16·9	1·28	35·83	0·61
1800	1015	1·00	0·83	14·9	1·20	29·9	0·54
2050	1020	1·25	0·87	17·83	1·44	42·1	0·67
1800	1021	1·29	0·90	16·2	1·43	39·5	0·69

Többi vizsgálat alá vett esetünkben, melyeknél a physikalis vizsgálat nyujtotta adatok ezekhez nagyjában analogok:

$\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ minimumban 1·20, maximumban 1·81 volt.

Határozottsággal állíthatjuk tehát, hogy miután a $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ értéke a 2 alatt van, *Korányi Sándor* ép szívre vonatkozó adatait alapul véve, ezeknél a szív compenzált állapotban volt, vagyis a szív munkája a szívben és szíven kivül felmerülő akadályok leküzdésére elegendő volt.

Ragaszkodva azon semához, melyet *Korányi Sándor* szívbetegekre vonatkozólag alaptevő vizsgálatainál követett, a második kérdés, melynek megoldását magam elé tűztem, az volt, hogy miképpen viselkedik ezen senilis, de compenzált állapotban levő szív munkával szemben.

Az első beteg, kinél e tekintetben vizsgálatot eszközöltem, Kr. Zs. 68 éves egyén volt, kinél — részletes kórtörténet közlésétől eltekinthetek — kifejezett endoarteriitis mellett jobboldali vándorvese volt jelen, mely neki semmiféle subjectiv kellemetlenséget nem okozott. Ezen egyénnél a vizelet fagyasztását úgy teljes nyugalomban, mint ergostaton való dolgozás után vizsgálván, a részletes adatok a következő táblázatból tünnek ki:

Datum	Vizelet napi mennyisége cm³-ekben	Fajsúly	Na Cl %-ban	Kiválasztott Na Cl gm.-okban	Δ	$\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$	Oldott alkatrészek konyhasó egyenértéke	Oldott gramm-molekulák száma
23/IV.	1180	1015	0·78	9·20	1·29	1·65	24·8	0·69
24/IV.	1540	1014	0·77	10·85	1·24	1.61	31·1	0·67
25/IV.	1050	1017	0·88	9·24	1·53	1·71	26·2	0·82
26/IV.	900	1010	0·75	6·05	1·16	1·41	15·3	0·62
28/IV.	40 percznyi munka az ergostaton (8 kg.-nyi teher)							
29/IV.	1640	1020	0·78	12·79	1·49	1·91	39·8	0·80
30/IV.	60 percznyi munka az ergostaton három részletben							
30/IV.	750	1022	0·95	6·42	1·65	1·73	21·8	0·89
31/IV.	60 percznyi munka az ergostaton három részletben							
1/V.	920	1016	0·69	6·34	1·36	1·98	20·4	0·73
2/V.	1000	1015	0·53	5·3	1·22	2·30	20·0	0·66
3/V.[1]	1360	1014	0·61	8·29	1·15	1·88	25·5	0·62
4/V.[2]	1240	1011	0·38	4·71	0·90	2·86	18·2	0·48
5/V.	820	1015	0·31	2·54	1·18	3·8	15·7	0·63
6/V.	880	1013	0·60	5·28	0·98	1·63	14·2	0·52
7/V.	740	1014	0·66	4·88	0·97	1·46	12·3	0·52

A vizsgált egyénnél, a mint látható, négy napi teljes nyugalom mellett $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ minimumban 1·41, maximumban 1·71, középértékben 1·59, tehát az adatok compenzált szívműködés mellett tanuskodnak. Ergostaton végzett munkára az érték 1·91-re emelkedik, sőt a munkának megismétlésére olyan időben, midőn már ezen érték úgyis magas, eléri maximalis 3·8 értékét. Vagyis egy ép vizeletet ürítő egyénnél ezen munka relativ oligochloruriát okozott. Ezen relativ oligochloruriát pedig a szívműködés elégtelensége biztos jelének kell tekintenünk. Négy napi teljes nyugalomra a $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ értéke ismét 1·46 lett.

Ezen kisérletet különböző formában megismételtem és pedig a kisérletezés alkalmával először még a viszonyokhoz mérten is csekély munkát végeztettem. L. J. 72 éves (Endoarteriitis) egyénnél a meghatározásokat teljes nyugalomban végeztem márczius 28. és 29-dikén; ezen nyugalmi napokra vonatkoznak a márczius 29. és 30-dikán feltüntetett értékek. Márczius 30-dikától kezdve naponta 1000 meternyi útat tesz meg. Az értékeket a következő táblázat tünteti fel:

	Datum	Vizelet napi mennyisége cm³-ekben	Fajsúly	Δ	Na Cl %-ban	Kiválasztott Na Cl gm.-okban	$\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$	Oldott alkatrészek konyhasó egyenértéke	Oldott gram-molekulák száma
Nyugalom	29/III.	1750	1018	1·21	0·76	13·3	1·59	34·5	0·64
	30/III.	1750	1018	1·25	0·70	12·25	1·78	35·6	0·67
	31/III.	2000	1023	1·89	0·81	16·2	2·33	61·6	1·02
	1/IV.	1750	1021	1·98	0·87	15·22	2·27	55·3	1·07
	2/IV.	1500	1021	1·82	0·91	3·65	2·00	44·6	0·95
	3/IV.	1200	1024	2·05	0·98	10·76	2·09	40·1	1·10
	4/IV.	2000	1020	1·75	0·97	19·4	1·80	57·0	0·94

A járás alkalmával kifejtett munkára a rendes viszonyokat feltüntető $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ hirtelen felemelkedik és állandóan kettő felett van, a mit az eddigi tapasztalatok szerint ki nem elégítő szívműködés

[1] 3/V. délután 60 percznyi munka ergostaton 5 részletben.
[2] 4/V. 40 percznyi munka ergostaton 3 részletben.

jelének kell betudni. Április 3-dikán nyugalom, melynek megfelelőleg az április 4-dikén feltüntetett érték $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ csökkenése mutatja.

Egy másik kisérleti sorozatnál R. K. 81 éves, endoarteriitis kifejezett jeleivel biró egyén nyugalmi állapotából származó vizeletét 16/III. nap tünteti fel. Ettől kezdve naponta kétszer 26 meredek lépcsőt jár fel és le. Az adatok a következő táblázatból tünnek ki:

Datum	Vizelet napi mennyisége cm³-ekben	Fajsúly	Δ	Na Cl %-ban	Kiválasztott Na Cl gm.-okban	$\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$	Oldott alkatrészek konyhasó egyenértéke	Oldott gram-molekulák száma
16/III.	1250	1016	1·39	0·94	11·75	1·47	28·34	0·75
17/III.	1150	1024	2·30	1·09	12·53	2·1	43·0	1·25
18/III.	1250	1027	2·26	1·09	13·62	2·07	46·08	1·22
19/III.	1200	1027	2·30	1·07	12·84	2·15	45·0	1·25
20/III.	1300	1028	2·14	1·09	14·17	1·96	45·3	1·15
21/III.	1050	1027	1·72	1·04	10·92	1·65	29·4	1·84

Tehát itt is a compenzált szívműködésre utaló $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ (1·47) érték kettő fölé emelkedve elégtelen szívműködést mutat, a mely nyugalomnapra (20/III.) ismét compenzált szívműködésnek ad helyet, a midőn $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}} = 1{\cdot}65$.

Ezen kisérletet G. J. 69 éves, endoarteriitis tüneteit mutató egyénnél megismételtem olyan formában, hogy az illető d. e. és d. u. jára meg az előbb említett lépcsőket.

Az adatok a következő táblázatból tünnek ki:

Datum	Vizelet napi mennyisége cm³-ekben	Fajsúly	Δ	Na Cl %-ban	Kiválasztott Na Cl gm.-okban	$\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$	Oldott alkatrészek konyhasó egyenértéke	Oldott gram-molekulák száma
21/III.	1100	1019	1·49	1·00	11·00	1·49	26·7	0·80
22/III.	900	1025	2·06	0·83	7·4	2·48	30·2	1·11
23/III.	1200	1027	2·31	0·98	11·7	2·35	45·2	1·24
24/III.	850	1025	2·32	0·94	7·9	2·47	32·2	1·25
25/III.	1100	1023	2·40	0·98	10·7	2·45	43·1	1·29
26/III.	950	1022	2·30	0·99	9·4	2·32	35·6	1·24
27/III.	1300	1023	1·92	0·81	10·5	2·37	40·7	1·03

Vagyis a nyugalmi napra vonatkozó 1·49 érték a lépcsőn járás alkalmával kettőt meghaladó értékével ugyancsak a szívműködés ki nem elégítő voltát mutatja.

A következő kisérlet-sorozatban az utóbb emlitett G. J.-vel jelentékenyebb munkát végeztettem oly módon, hogy az 1000 meternyi gyors tempoban végzett gyaloglás mellett a lépcsőket négyszer tette meg. A munka a nap tartamára arányosan lett felosztva és ezen kisérleti sorozat az előbb emlitettnél egy hónappal később eszközöltetett:

Datum	Vizelet napi mennyisége cm³-ekben	Fajsúly	Δ	Na Cl %-ban	Kiválasztott Na Cl gm.-okban	$\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$	Oldott alkatrészek konyhasó egyenértéke	Oldott gram-molekulák száma
25/IV.	1270	1023	1·22	0·94	11·9	1·3	25·3	0·65
26/IV.	880	1027	2·14	0·45	3·9	4·7	23·7	1·1
27/IV.	850	1026	1·85	0·87	7·3	2·1	25·5	1·0

Az április 25-dikén feltüntetett vizeleti érték az előző nyugalmi napra vonatkozik és rendes értékeket tüntet fel. Az április 25-dikén végzett munkára, mit kisérleti individuum elég jól tűr (erősen izzad), $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ hirtelen felemelkedik, mely emelkedés az ezt követő nyugalmi napra jelentékenyen csökken, de még kettő felett marad.

Míg előbbi kisérleteimnél a szívműködés elégtelen voltára ő ként az érzékeny fagyasztási methodus segítségével lehetett következtetni, annak subjectiv és objectiv egyéb jelei hiányoztak, a következő kísérletnél a munka forcirozása mellett az incompensatio klinikai tünetei fejlődtek ki.

K. L. 74 éves, munkás. Beteg állitólag sohasem volt. Fokozódó gyengesége miatt mintegy 10 év óta a szegényház lakója. Gerinczoszlop erős, domborulattal hátfelé néző ívet képez. Izomzat kis térfogatú, petyhüdt. Bőralatti kötőszövet zsírtartalma megfogyott. Környi üterek — kivált a halánték tájékán — kanyargós lefutásúak. Mellkas tágult; bordák merevek. Légzés nyaki és mellkasi jellegű, sz. p. 18. Szívcsúcslökés 5—6. b. között bimbóvonalon kivül, körülirt, gyengén emelő. Ütérlökés középhullámú, mérsékelten telt és feszes, sz. p. 76. Ütérfal merev, Has petyhüdt: resistentia nem tapintható. Tüdők t. é. n. d. kopogtatási hangja a VI. b. alsó, VII. b. felső, VII. b. alsó széléig ér. Hátul gerincz m. vonalban a XI. bordáig. Szívtompulat mint absolut IV. b. alsó szélén kezdődik, kifelé szívcsúcslökés helyéig terjed, befelé bal szegyszélt nem éri el. Relativ szívtompulat jobb szegyszélig terjed. Szívcsúcs hangok tompák. Aorta felett gyenge systolikus zörej. Tüdők felett érdes, sejtes belégzés, megnyúlt kilégzés hallható. Vizeletben idegen alkatrész ki nem mutatható.

Az egyén május 3-dikán reggel 8-tól május 4-dikéig reggel 8 óráig teljes nyugalomban van, fekhelyét mindössze kétszer hagyja el rövid időre. Rendes szegényházi étrend, melyet teljesen elfogyaszt. Fenti status praesens ezen időre vonatkozik. 24 óra alatt gyüjtött vizeletvizsgálati adatai a következők:

Vizelet napi mennyisége cm³-ekben	Fajsúly	Δ	Na Cl %-ban	Kiválasztott Na Cl gm.-okban	$\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$	Oldott alkatrészek konyhasó egyenértéke	Oldott gram-molekulák száma
960	1015	1·42	0·88	6·4	1·61	22·2	0·76

Május 4-dikétől kezdve beteggel forcirozott munkát végeztetek estig, miközben hatszor teszi meg fel és le a 26 lépcsőt, 2000 metert gyalogol és négy izben 1—1 kg. súlylyal súlyzó gyakorlatot végez. Tápfelvétel teljesen egyező az előbbi napokéval. Rendes szegényházi koszt. Gyakorlatok alatt erősen transpirál. Szívdobogásról és nehézlélegzésről panaszkodik. Esti 6 órakor beteg megvizsgálásánál: Légzés dyspnoikus, sz. p. 28. Szívcsúcslökés V—VI. b. között bimbóvonalon kivül a bal szegyszéltől 11 centimeternyire, a tegnapi 8 cm.-rel szemben. Ütérlökés száma p. 96, kifejezetten arythmikus. Tüdők t. é. n. d. kopogtatási hangja VII. b. f., VII. b. alsó, VIII. b. f. széléig, hátul mindkét oldalt XII. b. f. széléig ér. Szívtompulat V. b. felső szélén kezdődik; kifelé a szívcsúcslökés helyéig, mint absolut a szegycsont bal szélén 1 centimeterrel, mint relativ jobb szegyszélen 2 cm.-rel túl ér. Hallgatódzási viszonyok változatlanok. Vizeletben fehérje jól kimutatható. Alsó végtagok csekély oedema jeleit mutatják. A még tervbe vett erőmüvi gyakorlatokat beszüntettem. A május 4-dikétől május 5-dikéig (reggel 8—8-ig) gyüjtött vizelet adatai:

Vizelet napi mennyisége cm³-ekben	Fajsúly	Δ	Na Cl %-ban	Kiválasztott Na Cl gm.-okban	$\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$	Oldott alkatrészek konyhasó egyenértéke	Oldott gramm-molekulák száma
540	1018	2·17	0·36	2·04	6·02	19·0	1·16

Ezen esetre nagyobb súlyt helyezek, mert fényesen mutatja a fagyasztási methodus összhangzását a kinikai tünetekkel és *Korányi Sándor* adatainak helyességét, melyekre vizsgálati eljárásomat fektettem. Egy bár senilis, de az összes functiokat jól végező individuumnál az incompensatio klinikai tüneteinek teljes hiányánál $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ értéke olyan, mint a milyent *Korányi Sándor* compenzált szívműködésre j ellegzetesnek mond. Ugyanezen individuum tartós munkára képtelen. Az incompensatiora jellegzetes klinikai

tünetek mellett a $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ értéke olyan lesz, melyet ugyancsak *Korányi Sándor* csak elégtelen szívműködés eseteiben talált. Ezen esetben az oldott alkatrészek konyhasó értéke is jelentékenyen alászállott. Ezt incompensatiora ugyancsak jellegzetesnek, de $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$-nál kevésbbé érzékenynek mondja.

Vizsgálataim egyik sarkalatos eredménye, hogy a senilis szív munkaereje a rendes viszonyok között felmerülő akadályok leküzdésére képes és ennek megfelelőleg a szívműködés compenzált. Nagyobb izommunka teljesítésénél a szívműködés elégtelen lesz és az incompensatio fagyasztási methoduson alapuló jelenségei, néha az incompensatio klinikai tüneteitől kisérve, lépnek előtérbe. A senilis szív különbözik az ép szívtől és a hypertrophikus szívtől is, mert külmunka teljesítésére tartalék erő felett nem rendelkezik vagy pedig ezen tartalék ereje felette csekély. Az ép szív rendelkezik ilyen külmunka teljesítésére szolgáló tartalék erő felett, bár mint *Korányi Sándor* vizsgálataiból kitünik, csak egy bizonyos határig. Egészséges embernél t. i. igen nagy munka hatása alatt relativ oligochloruria következik be. Ezen relativ chlorszegénység azonban eseteinkben már aránylag kis munkára következett be. *Hasenfeld* és *Romberg* felette tanulságos kisérleteikkel kimutatták, hogy a bal gyomrocs túltengése fokozza az egész szív erejét. Ez teljesíti aortabillentyü-elégtelenségnél a billentyühiba által létrejött túlmunkát és rendelkezik egy a rendes viszonyoknak megfelelő erő felett külmunka teljesítésére. Az ép és hypertrophikus szívizom tartalékereje szerintük egyenlő. Mindazonáltal a hypertrophikus szív aortabillentyüelégtelenségnél nem képes olyan terjedelemben külső munkát teljesíteni, mint az ép szív ép billentyükkel és pedig annál kevésbbé, minél nagyobb a billentyühiba. Ezen kisebb működési képesség oka a hypertrophikus balgyomrocs ki nem elégítő diastolikus tágulási képessége, ki nem elégítő diastolikus alkalmazkodási képessége.

A senilis, bár hypertrophikus balgyomrocscsal biró szív, ép aortabillentyük mellett is, külmunka teljesítésére számbavehető tartalékerő felett nem rendelkezik. Külmunka teljesítésénél, és pedig már aránylag kis munkánál is, a szívmunka elégtelenségének tünetei mutathatók ki. Ennek oka nyilván több tényezőnek közreműködésében keresendő. Egyike lehet a szív ki nem elégítő diastolikus tágulása. A végleges állapot megitélésénél el nem hanyagolható tény, hogy fokozott munkánál a szívösszehúzódások szaporodása a diastole rovására történik. A szívizom táplálkozása pedig épen a diastole alatt történik.

A senilis szívben többé-kevésbbé mindig jelenlevő organikus elváltozások a rendelkezésre álló energia-készlet nagyobb részét lekötve, külizommunkára csak kevés áll rendelkezésre. Ha mindazonáltal az energiakészletből külizommunkára fordíttatik egy nagyobb részlet, a szív elegendő energia felett nem rendelkezvén, a vérkeringés fentartására nem képes. Az is figyelembe veendő, hogy — erre *Kövesi Géza* anyagcsere vizsgálatai vannak hivatva felvilágosítást adni — aggkorban a kisebb tápfelvétel miatt a test összenergia készlete is csökkent. Minden elváltozás a szívben a szív részéről nagyobb munkát kiván. Tehát aggkorban, miután ezen elváltozások sohasem hiányoznak, minden esetre 57 kgm.-m.-nél nagyobb munka kivántatik, hogy a szív a vért a szíven magán áthajtsa. És pedig a szív részéről annál nagyobb munka, minél nagyobbak a szívbeli elváltozások és minél nagyobb munka szükségeltetik ennek megfelelőleg a szívbeli akadályok leküzdésére. Kis elváltozásoknál a szív ezen munkatöbblete csekély és a senilis szív az ép szívvel szemben csak kevéssel van hátrányban. Az ilyen egyén munkaképessége kisebb, mint az egészségesé, bár bizonyos fokig a nagyobb energiaszükséglet fedezhető nagyobb tápfelvétel útján. Igen nagy elváltozások a szívben minden külizommunka teljesítését lehetetlenné teszik. Az is bizonyos, hogy aggkorban az edények endoarteriitise 758 kgm.-m.-nél nagyobb munkát — a mely egészségesnél elegendő — követel az egész edényrendszerben levő akadályok leküzdésére. Vizsgálataimból az is kitünik, hogy a teljesített külmunka nagysága arányban van a bekövetkező szív elégtelenség nagyságával vagyis az incompensatio fokával. Láttuk t. i., hogy forcirozott külmunka eredményezte a legnagyobb incompensatiot. Mindazonáltal minden esetben a teljesített külmunkából pontosan következtetni a szív bekövetkezendő állapotára nem lehetséges. Csak általánosságban áll, hogy külmunka incompensatiot eredményez, nagyobb külmunka pedig mindig eredményez incompensatiot, de hogy a külmunka melyik fokánál következik az be, az nyilván a szív olyan állapotától függ, mely az eddigi physikalis vizsgáló módszerek segélyével mindig fel nem ismerhető. Erre vonatkozólag csak egy példát említek: L. G. 72 évesnél mérsékelt endoarteriitis és balszívhypertrophia. 200 meternyi út megtétele után $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}}$ (1·62) megváltozott 2·15-re. M. O. 81 éves; kifejezettebb endoarteriitis és a balszívhypertrophia; $\frac{\Delta}{\text{Na Cl}} = 1{\cdot}47$, mely 200 meternyi útra másnapon 1·37. Incompensatio csak a negyedik napra mutakozik $\left(\frac{\Delta}{\text{Na Cl}} = 2{\cdot}3\right)$, a midőn közel 1000 meternyi utat tesz meg.

Vizsgálataim eredményét abban foglalhatom össze, hogy a senilis szív munkája a normalis körülmények között reáháruló akadályok leküzdésére képes ésa szív organikus elváltozások daczára compensált állapotban van. A senilis szívnek azonban tartalékereje nincsen vagy csak igen csekély és külmunka teljesítésénél az incompensatio tünetei fejlődnek ki, úgy, hogy a senilis szív e tekintetben analog viszonyokat mutat a billentyübántalommal biró szívhez.

Őszinte köszönettel tartozom *Kövesi Géza* dr. I. sz. belklinikai gyakornok úrnak, ki vizsgálataim megejtésénél mindenkoron a legnagyobb készséggel volt segítségemre. Mély hálával adózom mesteremnek, *Korányi Frigyes* tanár úrnak, hogy a szükséges segédeszközöket rendelkezésemre bocsátani olyan kegyes volt és lehetővé tette, hogy a vizsgálatok részben klinikáján végeztessenek.

Irodalom. Zuntz: Eine neue Methode zur Messung der circulirenden Blutmenge u. der Arbeit des Herzens. Archiv f. Physiologie. 55. — *Tigerstedt:* Physiologie des Kreislaufes. — *Landois:* Lehrbuch der Physiologie des Menschen. — *Mosso:* Der Mensch auf den Hochalpen. *Lewy:* Die Arbeit des gesunden u. des kranken Herzens. Zeitschrift für klin. Med. 1897. — *Korányi Sándor:* Az állati folyadékok osmosisnyomásának élettani viszonyaira és kóros eltéréseire vonatkozó vizsgálatok. Magyar Orv. Arch. 1896. — *Friedrich és Tauszk:* A szív viselkedése heveny munkával szemben. Jubiláris dolgozatok. 1891. — *Hasenfeld és Romberg:* l. c. — *Jendrássik:* Klinikai füzetek. — *Zuntz:* Die Ernährung des Herzens u. ihre Beziehung zu seiner Arbeitsleistung. Deutsche med. Wochenschrift. 1892.

Törvényszéki orvosi casuistica.

Közli: *Fialowski Béla* dr., kir. törvényszéki orvos és Torontál vármegye tb. főorvosa Nagybecskereken.

(Folytatás.)

Gyujtogatás büntette. Vádlott felmentése iszákossági elmebaja alapján.

T. R. szb. . a. . i lakos 189. . évi május hó 10-dikén a nb. . i kir. törvényszék vizsgáló birójánál feljelentette M. M.-t, hogy ez istállóját mult év pünkösd táján felgyújtotta s ezen tettét nehány nap előtt a korcsmában pálinkázás közben bevallotta, midőn ki is nyilvánitotta, hogy fel lett bérelve erre s pénzért bárkinek házát felgyujtja.

A bűnvizsgálati iratokból a következők vehetők ki:

M. M. előadja, hogy ugyan már nem tudja mikor, de több egy événél, T. R. istállója leégett éjfél után, ő otthon aludt s az akkor vele élt nő, ki kenyeret dagasztani korán kelt fel, felköltötte s ő is átment a tüz szinhelyére, a hol már sok ember volt, ott látta a község biróját is. M. M. ekkor vizet hordott s segédkezett a tüz oltása körül. Másnap dolgát végezte otthon. Nehány hónapja hallotta az emberektől, hogy T. R. őt feljelentette, mert ő maga M. egy alkalommal a korcsmában oda nyilatkozott volna, hogy ő gyujtotta volna fel részint bosszúból, hogy T. R. fia egy lakodalom alkalmával lovát megsértette, részint mert a R. fiai által elvert I. nevü egyén őt felbérelte volna, hogy gyujtsa fel R. házát, s ugyanekkor azzal kérkedett volna, hogy 1 forintért bárkinek a házát is felgyújtaná. M. mindezekre

nem emlékeznék s még azt sem tudná, hogy mikor lett volna a a korcsmában s hogy kik voltak ott, mert ő akkor már több nap óta részegeskedett, minélfogva csak később tudta meg, hogy kik voltak ez alkalommal a korcsmában. Előadja, hogy T. R. házát valószinüleg ő maga és fia gyujtotta fel, mert ezek is folyton részegeskednek, neki nem lett volna oka ezt megtenni, mert T. R.-val mindig jó viszonyban élt s ennek háza közel van az övéhez, s így a tüz átterjedhetett volna az ő házára is, másrészt ő bár jó ismerős J.-sal, de ez előtte sohasem emlitette, hogy T. R. fiai őt megverték, ezt ő csak másoktól hallotta s J. fel sem bérelte őt, végül pedig igaz ugyan, hogy T. R. fia az ő lovát szekere rúdjával megsebesítette, de ez véletlenül történt s e miatt nem is haragudott.

A 189. . évi márczius hó 24-dikén tartott végtárgyalás alkalmával a tanuk ellentmondólag nyilatkoztak, részint, hogy M. M. részegségében mondotta a fenyegetést, részint tagadták M. M. részeg voltát; másrészt vádlott a büntény elkövetésének tagadása mellett azzal védekezett, hogy alibijét az akkoriban vele élő nő bizonyíthatja, ki elzáratása előtt már jóval elhagyta őt.

Ezek után a végtárgyalás elnapoltatott és vádlott által bekivánt tanu beidézése mellett „bamba magaviselete miatt" elmebeli állapotának megfigyelése elrendeltetett, melyet M. K. dr. fogházorvossal együtt eszközölve, a büniratok egyidejü áttanulmányozása után a következőkben jelentettük be véleményünket.

Előzmény. M. M. 28 éves, nős (nejétől elváltan él), egy gyermeke van, napszámos a. .-i lakos. Atyja 60 éven felül van, egészséges, anyja négy év előtt „köhögés" folytán halt el, két fivére nála idősebb, él és egészséges, mindkettő nős, s az egyiknek öt gyermeke van; másik fivérének nincsenek gyermekei. Két nővére gyermekkorban ismeretlen bajban halt el. A családban ideg- vagy elmebaj elő nem fordult.

M. M. a szülői háznál nőtt fel, beteg lényegesen sohasem volt, 3 évig iskolába járt s ekkor elég jól tanult. 8 éves korában lóról lebukva, fejére esett, ekkor eszméletét elveszítette s hosszú ideig beteg volt, azóta többé iskolába nem járt, hanem disznókat őrzött 15 éves koráig, mely időtől fogva apjával és testvéreivel a mezei gazdálkodásban foglalkozott. Irni és olvasni gyengén tud. Katona volt, de csak nehány hónapig szolgált, mert előtte ismeretlen okból felülvizsgálták és elbocsátották. Haza érkezve, rövid idő mulva megnősült, de neje őt 10 hét mulva elhagyta, mert őt bolondnak tartotta. Neje szüleihez tért vissza s előtte ismeretlen időben fiút szült, de ő sem nejét, sem gyermekét nem látta. Neje eltávozása után 2 évig egyedül élt szüleinél, ekkor M.-ről hozott nőt magának, de ennek nevét nem is tudja, mert ez már két hét mulva hagyta el őtet, szintén bolondnak tartván őt. Ekkor újolag 2—3 évig egyedül volt, midőn újból N. . B. .-ről hozott magának asszonyt s ezzel hosszabb ideig volt együtt, de gyermekük nem lett. Ezen nő öt több izben elhagyta, de ő mindig érte ment; utolszor mintegy 1/2 év előtt hagyta el s azóta vissza nem tért. Ezen nő is azért hagyta el öt, mert M. iszákos volt s ezért bolondnak tartotta. Ezóta M. bátyjánál lakik, a ki szállással, étellel és ruhával látja el és ennek fejében földei termését megtartja. M. M. napszámra járt s az egész télen át a Tisza-töltéseken dolgozott, azonban keresményét rendszerint elitta, a midőn is 4—5 napon át folyton részegeskedett. Az ivást már korán, fiatalon, úgyszólván már gyermekkorában kezdette meg, s azóta — bár nem gyakran iszik — ha hozzáfog, napokig jár részegen s e miatt övéivel sok baja volt, sőt atyja egy izben a miatt, mert a marhára nem vigyázott és egyik borjú a lábát eltörte, fejét is beverte. A községi erkölcsi bizonyítvány szerint M. M. iszákos, munkakerülő, bolondos.

Vizsgálat. A megvizsgált egyén 28 éves, középtermetü, 169 cm. magas, mérsékelten táplált, jól fejlett csont- és izomrendszerrel. Bőre barnás. Hajzata sötét szőke, sürü. Koponyája feltünő rendellenességet nem mutat. A hajzatos fejbőr bal oldalán elől van egy 3 cm. hosszú mozgatható bőrheg. A koponya kerülete 570 mm., hossza 185 mm., szélessége 165 mm., magassága 141 mm. A homlok alacsony, keskeny. Az irisek szürkés-barnák, a pupillák kerekek, egyenlők, úgy fényre mint accomodatiora jól reagálnak. A jobb arczfél redői kissé elsimultak, a nyelvkinyujtás kissé bal felé deviál, erősen reszket. A nyakrész arányos, a mellkas dombordad, a has mérsékelten feszült, a belső szervek épek. A kezek kissé reszketnek, a térdreflex rendes. A megvizsgált láztalan, jól eszik, jól alszik. Halucinatioi, vizioi, pervers érzései nincsenek. Járása széles alapu, ingadozó, behunyt szemmel járva az egyenes irányt eltéveszti.

A megvizsgált magaviseletében nyugodt, csendes, illedelmes, szófogadó, arczkifejezése kissé közömbös, nem nagy érdeklődést tanusító, mozdulatai kissé esetlenek, beszéde nagyfokban hebegő, a midőn ajkai is rángatódzanak (ezen baja állítása szerint gyermekkora óta van meg s egyik bátya is ilyen volna); ezen hebegés a beszélgetés elején kisebb fokú, de annak folyamán mindinkább fokozódik. Beszéde nagyon szaggatott, csak rövidebb mondatokban válaszol, miért is folyton és sokat kell tőle kérdezni, míg valamit ki lehet tőle tudni, ekkor is feltünik nála a gyors szellemi kifáradás, midőn a kérdések elől kitérve „záborovio szám" elfelejtettemmel válaszol s ezen elfeledéssel való kitérés a válasz elől igen gyakori, úgy hogy azon gyanut ébreszti, mintha tettetett volna, azonban pontosabb kutatásnál kiderül, hogy ezen feledékenység tényleg oly nagy fokú, hogy a közelmult eseményeire ép úgy nem emlékszik vissza, mint a régebbiekre és ezen feledékenységnek nem tettetett volta főleg abban nyilvánul, hogy teljesen közömbös dolgokat sem tud reproducálni, vagy pedig minden alkalommal más és másképpen ad elő.

Igy élete körülményeiről csak hosszú faggatásokra, a főbb vonásokban tud elszámolni s ezeket is eltéröleg adja elő a különböző alkalmakkor. A fogházban való tartózkodás idejét sem tudja biztosan és jól. E mellett társadalmi fogalmai is igen hiányosak, alig ismeri a községi szervezetet, de már arról fogalma csak homályosan van, hogy mire való a községi biró, a községi jegyző, a csendőr stb., az adóról is csak annyit tud, hogy fizetni kell, de hogy mire, nem tudja. De nem csak ilyen, hanem hozzá közelebb eső dolgok iránt is közömbös, pl. nem tudja biztosan mi az ára egy metermázsa búzának, kukoriczának, egy hold földnek, egy háznak. Hogy mennyit fizettek neki napszámba bért, biztosan, nem tudja, ő csak annyival törődött, hogy legyen mit elinnia, mert a rendes szükségleteivel bátyja látta el őt. Templomba nem járt, de imádkozni sem tud, de nem is szokott, csakis keresztet vetni tud. Lopni, ölni, gyilkolni, gyujtogatni nem szabad, mert ezekért megbüntetik az embert s az úr Isten is megbünteti az embert a túlvilágon. A szóban forgó korcsmai tartózkodásának részleteire nem emlékszik, azt sem tudná délelőtt vagy délután volt-e ottan, csak azt tudja, hogy akkor is nagyon részeg volt, hogy a korcsmából T. R. vitte őt haza. A tüzvész részleteit elég jól ismeri, mert akkor nem volt részeg, de a tüzvész idejét megjelölni nem tudja. Ezen dolgokon kivül nem törődik mással s így eltüri, hogy bátyja földeit kihasználja, mert hiszen ellátja őt mindennel, azonkivül úgy sincs neje, a ki neki a földje megmunkálásában segédkeznék, de különben is vagyonával olyan keveset törődik, hogy nem is tudja micsoda és mennyi termett a földein. A fogházban már volt bezárva, de hogy mikor, nem tudja biztosan s azt sem, hogy mennyi időre. Tudja azt, hogy a részegeskedés ártalmára van, de ő nem is szokott sokat inni, mint mondja, hanem neki a legcsekélyebb mennyiség azonnal megárt. De ezentúl, ha haza kerül, inni többet nem fog, különben a fogházban elég jól érzi magát, csak kevés az ennivaló.

A fogházban való tartózkodása idejében a megfigyelés tartama alatt magát jól viselte, jól aludt és folyton éhségről panaszkodott.

Iskolázottságának megfelelőleg irni és olvasni tud szerbül, de ezt is csak nehezen tudja, számolni azonban a legegyszerübb müveletekben sem tud. Az időt nem jól jelzi, az évszámot nem tudja, a hónapok neveit nem tudja elősorolni, de a napok neveit is nehezen hozza ki.

Vélemény. A megvizsgált a rajta észlelt tünetek szerint egy elbutult egyén, ki ennélfogva könnyen befolyásolható, mindazonáltal elbutultsága nem oly nagyfokú, hogy akaratának szabad elhatározási képességével nem birna.

Indokolás. A megvizsgálton észlelhető feltünő és nem tettetett feledékenység, a közömbösség, a társadalmi fogalmak iránt való tájékozatlanság, a gyengült itélő és következtető képesség, az élete körülményeivel szemben mutatkozó részvétlenség, elfásultság arra mutatnak, hogy M. M. el van butulva s bár a nehézkes, dadogó, hebegő beszéd szerint kétséget sem szenved, hogy M. kisebb fokban korlátoltabb eszű lehetett születésétől fogva, mindazonáltal ezen nála észlelhető butaság

nem elsődleges, hanem másodlagos, tehát elbutulás, mely elbutulás, a nála jelenlevő elváltozások szerint alkoholismusból származik. A nagyfokú feledékenység, a reszketés, az ingatag, bizonytalan, széles alapú járás, az arcz paresise arra mutatnak, hogy M. M. iszákos és ezen iszákossága annál károsabb behatású lehetett szellemi képességére és szervezetére, mert fiatal korában, mint előadja, eszméletlenséggel járó agyrázódást szenvedett el.

M. M. ezen elbutulása azonban semmiképen sem oly nagyfokú, hogy a jót a rossztól megkülönböztetni nem tudná s a kettő közt a czélszerűt választani nem tudná, daczára annak, hogy könnyen befolyásolható.

Az 189 . évi május hó 28-dikán folytatólagosan megtartott végtárgyaláson a n . . b . . i kir. törvényszék M. M.-t a B. T. K. 422. §.-ába[1] ütköző gyujtogatás büntettének vádja és következményei terhe alól felmentette s vádlottnak azonnal való szabad lábra való helyezését elrendelte, mert „habár a tettet biróságon kivül pálinkázás közben bevallotta, miután azonban P. Sz. tanu vallomása szerint a tüzvész éjjelén lakását el nem hagyta, másrészt az orvosszakértők által bizonyítva van, hogy M. M. korlátolt felfogású, úgy a bűncselekmény elkövetését csak kérkedésből vállalta magára".

Ezen itéletben a kir. ügyész is megnyugodott.

[1] B. T. K. 422. §. A gyujtogatás bűntettét követi el és öt évtől tiz évig terjedhető fegyházzal büntetendő a ki:

1. olyan házat stb., mely emberek lakául szolgál, szándékosan felgyujt.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Az ép elmebeli képességről és az elmegyengeségről.

(Vége.)

10.

Az elmebeli képesség vizsgálatának elméleti eredményeit összegezve azt találjuk, hogy az független az egyén tudásától, független a társadalom tiltó és parancsoló kényszerszabályainak ismeretétől és csak attól függ, hogy minő mérvben képes valaki egyes emlékeiből az okok és foganatok szerves kapcsolatát deducálni, ezen kapcsolatból a jövőre következtetni, továbbá, hogy mily fokban képes ezen providentia cselekvéseire kihatni. Természetes ezek után, hogy az elmebeli képességnek különféle fokai vannak és hogy az ép és a gyengült elmeképesség csak relativ fogalmak, melyek csak a társadalom itéletében és a társadalom czéljainak szempontjából állanak egymástól távol. Láttuk azonban, hogy az ép elmeképesség nem jelenti a providentia helyességét, csupán tettre kiható erejét. A helyes providentia tudást és tapasztalatokat igényel, mert ez képezi azt a talajt, melyből az oksági deductiok forrásai fakadnak. Ebből azután azt látjuk, hogy társadalmi szempontból az ép szellemi képesség még valamit igényel: elég erős emlékezést, mely annak biztositéka, hogy az egyén adott életviszonyai között lehető sok tudást és tapasztalatot halmozzon fel mint deductiok forrását és mint inductiok alapját. Kérdés most, vajjon az emlékezés erejét a szellemi képesség kiegészitő részének kell-e tekintenünk absolut értelemben is, avagy csak a társadalmi szükségesség szempontjából. Azt mondhatjuk, hogy miután emlékezés nélkül nincsenek igazi synthesisek, ezért ezen működés nem csak létalapja a szellemi működések épségének, de ép szellemi képesség csak ép emlékező tehetség mellett lehetséges. Hogy azután ép emlékező képesség mellett kinek mennyi alkalma volt tudást és tapasztalatokat gyüjteni, az csak külső viszonyaitól függ: a tanult ember tőkéje nagy lesz, az analphabeta paraszté nagyon kevés, azé, a ki egy lakatlan szigeten nőtt fel, még kevesebb, de mind a három lehet azért ép elmeképességű. Fordítva ugyanezen tétel nem áll. Bármilyen nagy legyen is valakinek emlékezési tőkéje, azért gyenge elmeképességű lehet, ha ezen tőkét nem képes cselekedeteiben kiaknázni.

Az összes eddigi fejtegetésekből látjuk: *először*, hogy az ép elmebeli képesség alapját normalis emlékezőtehetség képezi, mert mindig az emlékezés tartalmát képező elmult eseményeknek jelen eseményekkel való összevetése az, mely az elmebeli munka tárgyát képezi. *Második* feltétele az ép elmeképességnek, hogy a mult emlékei nem mint szervezetlen kaleidoskop-képek merüljenek fel, hanem a bennök rejlő azonos motivumok szerint rendezve, vagyis hogy az emlékezés deductioval társuljon, mely deductio eredménye az emlékezetbeli eseményekből levonható ok és okozati összefüggések felismerése, helyesebben ezen correlatiok kipraeparálása az események mellékes vagy esetleges részleteinek szövedékéből. Az ép elmeképesség *harmadik* feltétele, hogy a jelen eseményének behatására az a képzelet segélyével a jövőbe tovább építtessék ugyanoly okozati törvények szerint, a milyenek a mult eseményeiből abstrahálhatók voltak. *Negyedik* feltétel, hogy a causalitas törvényein épült phantasia ne legyen meddő, hanem a providens cselekvés irányozója. A szellemi képesség tulajdonképen csakis a cselekvésekben mérlegelhető, azt pedig már láttuk, hogy a szellemi munka ezen expansiv hatása sokszor parallel, talán még többször ellentétes irányú a gyors lefolyású reflexek és a lassubb lefolyású ösztönök irányával. Láttuk már azt is, hogy a mikor ily ellentétek merülnek fel a pillanatos reflex-czélszerűség és a jövőre szóló providentia között, hogy akkor a küzdő felek győzelmi esélyei nagyon különfélék. Az ily ellentétek gyakorisága folytán, másrészt, mert a reflexekben nincs semmi egyéni, hanem azok szorosan vett faji sajátságok és hatásaik jól ismert értékeket képviselnek, ezért valahányszor csak egy reflex meggátoltatott, hogy ereje másfelé fordittassék, ezen reflexgátlásra forditott szellemi erőnek elég positiv mértékét birjuk. A szellemi munka dynamikus egyenértéke elég biztossággal mérhető azon reflexből vagy reflexekből, melyek általa paralyzáltattak, hiszen épen ezen reflexenergiák azok, melyek szűkebb mederbe szorítva lassabban és a providentia irányában kényszerülnek lefolyni. A pillanat behatásának reflexkiegyenlitődése és a providens cselekvést előkészitő szellemi munka oly viszonyban állanak egymással, mint a kazán gőzének feszereje, mely szétveti a gépet, illetőleg kinyitja biztonsági szelepét, vagy pedig időben felaprózva, a gép lassú, de hasznos munkájára lesz fordítva. Annyiban is találó ezen hasonlat, mert úgy a pillanatos reflex, mint a jövőre irányuló meggondolt cselekvés nem exogen erőforrásúak, hanem az élet belső feszereje által fedeztetnek és a külvilági impulsus csak az addig fennálló erőegyensúly megzavarása által hatékony, nem pedig, mintha mint erőforrás szerepelne. A gőzgép által végezett munka egyenértékét a gőz feszerejében birjuk, mely ezen komplikált munka helyett ennyi és ennyi egyszerűbb erőhatásra lett volna képes, pl. egy ilyen súlyú biztonsági szelepet tudott volna felemelni. A szellemi munka mértékegységét is azon legegyszerűbb reflexhatások képezik, melyekre ugyanezen erő képes lett volna, és bár ezen reflexhatások dynamikai értéke nem fejezhető ki positiv számokban, azonban a megfigyelési empiria által önmaguk használható mértékegységeket képeznek. Olyan épen ezen mérési módszer, mint mikor a gőzgép munkaerejét nem meterkilogrammokban mérjük, hanem hogy ugyanez hány napi emberi munkát pótol.

Azon küzdelmi esélyek tárgyalásánál, melyek a reflexszükség és a jövőre szóló érdek között felmerülhetnek, egy szempontra nem figyeltünk eddig, ez pedig a szellemi munka időbeli lefolyása. Tapasztalatból tudjuk, hogy a gondolkozás nem egyforma gyorsaságú, és hogy ha elég gyors, úgy talán még képes egy reflexet elterelni, ha pedig lassú, úgy legyen önmagában bárminő praecis, de elkési azt a pillanatot, a melyben egy reflexcselekvést meg tudott volna gátolni. Miután a szellemi képesség fokát magasabb szempontból mindig expansiv hatásának czélszerűsége adja, ezért azt kell állitanunk, hogy az ép szellemi képesség egyik fontos kriteriumát képezi az elég gyors associatio is.

Mielőtt befejezném tanulmányomat, még egyszer fel kell hivnom a figyelmet azon bizonyitott tényre, hogy a szellemi munka az, mely a puszta reflexekkel és ösztönökkel felfegyverezett emberállatot társadalmi lénynyé avatta, sőt mi több, hogy az egymásra utalt emberek társadalmi csoportosulása fejlesztette ki szükségszerűleg a synthetikus képességgel született emberben a czélirányos gondolkozást, vagyis a szorosan vett elmebeli munkát és munkaképességet. Később az emberiség fejlődési viszonyai alatt az elmebeli képesség annyira magához ragadta az uralkodást a physikai felett, hogy ma már egy ember társadalmi életképessége nem annyira physikai munkabirásán, hanem elmebeli képességein mulik.

Épen ezen különleges fejlődési viszonyokból folyólag az elmebeli képesség, valamint annak különböző fokai ma társadalmi fogalmak, és csak az alapjukat képező synthetikus és emlékező tehetség azok, melyekben minden társadalmi élettől elvontan az elmebeli képesség faji alapját kereshetjük és találjuk. A mi feladatunk azonban, ha egy ember elmebeli képességeit kell megállapitanunk, nem ezen képesség faji alapjának, vagy mondjuk eredő csirájának kutatása, hanem vizsgálnunk kell azon egészet, mely egy ember specialis viszonyai között ezen csirából fejlődött.

Épen ezen egészen specialis fejlődési viszonyok miatt, melyek javarészben társadalmiak, az elmeképesség megállapitásánál is a társadalmi kutatás rendszerét kell követnünk, csak úgy, mint ha egy népfaj vagy egy korszak culturáját akarnók vizsgálni. Mindebből nem következik az, hogy az egyén elmebeli képességének veleszületett faji csiráját figyelmen kivül hagyjuk, mert ez már magában véve is egyénileg különféle nagyságú vagy helyesebben fejlődési képességű, továbbá, hogy ezen fejlődés menetét követve, csakis a társadalmi momentumokra figyeljünk, mert ép olyan fontosak physikai tényezők is, mint az egyén testi állapota, főkép kiállott betegségek, sőt épen ezen tényezők azok, melyek már a méhéletben a leginkább befolyásolják a szellemi élet fejlődő csiráját. Látjuk ezekből, hogy bár az elmeképesség megállapitása első sorban társadalompsychologiai feladat, melyre képesnek látszik a szakértelem nélküli józan emberismeret is, azonban az elmeképesség fejlődésének menetében oly fontos szerepet játszanak tisztára orvosilag mérlegelhető tények is, hogy végeredményében csak az ép és kóros psychologiában jártas orvos lesz képes ezen feladatot jól megoldani. Mint alapvető fontosságút, csak azt tartom kiemelendőnek, hogy az elmebeli képességet vizsgáló szakértő ne fektessen túlságos súlyt a klinikai tünetekre, mert ezeknek csak a szellemi képességek fejlődésére van fontos szerepük, és ha ezekre túlságosan figyel, úgy elveszitheti társadalmi éleslátását, pedig ezen múlik a jelen elmebeli képesség fokának megitélése; és ne feledje el a szakértő, hogy ezen pontnál szemben találja magát minden művelt laikus autentikus felülbirálatával. Az elmeképességet vizsgáló szakértő társadalmi éleslátása több legyen, vagy legalább sokoldalúbb a művelt laikusénál, ez pedig sok tanulmányt igényel.

Még igy is az ügyvéd elmegyengeségét könnyebben fogja felismerni egy per folyamán ügyvéd ellenfele, a kereskedőét vele üzleti viszonyban álló kereskedőtársa; a szakértő orvosnak nem csak éles emberismeretre, de nagy pályaismeretre is van szüksége, mert az elme-

képesség foka mindig azon téren vizsgálható a legeredményesebben, mely a vizsgálandó egyén életküzdelmének professionatus iránya. Olyan fontos a professionatus pálya ismerete, hogy sokszor nem lesz elkerülhető a vizsgálandó egyén pályatársainak meghallgatása sem, főkép azon gyakori esetekben, mikor az elmegyengeség gyanuját legelőször valakinek hivatali főnöke vagy pályatársai emelik, és épen ezen gyanú teszi a szakértői döntést is szükségessé.

Hajós Lajos dr.
e. elme- és idegkórtani klin. v. tanársegéd.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A méhkiirtás kérdésének mai állása.[1]

Közli: **Kubinyi Pál** dr.

(Vége.)

Sepsis.

Hasonló indicatio alapján, azaz az infectio focusát kizárandó, végezték és végezik egyesek a septikus folyamatoknál a méh kiirtását kétes eredménynyel. Az első kisérletet Pryor (New-York) tette 1895-ben. Ha helyes az inficiált végtag amputatioja, akkor ez is helyes, azonban igen nehéz az indicatio felállítása.

A beavatkozás súlyos s a nehézség abban áll, hogy a sepsis korai diagnosisa ma még bizonytalan alapokon nyugszik. Mikorára a kép úgy áll előttünk, hogy többé nem fér hozzá kétség, akkorára elkéstünk az operatioval. Különben még a folyamat kezdetén sem lehetünk biztosak a felől, hogy kivettük-e a betegség egész fészkét, mert a nedvkeringési rendszer egyes ágaiban talán már meszsze elterjedt a fertőzés s az onnan tovább hatványozódva, mégis megöli a szervezetet, a melyet a műtét még csak meggyengitett.

Ujabban *Prochownik* eszközt óhajt kezünkbe adni a diagnosisra. Ez pedig a streptococcus kitenyésztése a véráramból. A betegtől pár csepp vért veszünk s oltási kulturákat készitünk. Ha ez positiv, biztos a sepsis diagnosisa s akkor feltétlenül indikált a műtét, ha egyébként a beteg állapota megengedi.

Nézetét eseteivel támogatja (5 eset): 1. abortus, 2. myoma, mely 7 hónapos koraszülés után visszamaradt placenta kiszedésének útját állotta, láz; 3. abortus, 4. abortus, acut infectio egy orvos által, a ki az nap egy más esetben septikus abortusnál placentaleválasztást végzett; 5. mola destruens.

Hangsúlyozza a vérből (ujjból vett egy csepp vér) nyert kulturák jelentőségét. Ez eseteiben positiv volt.

Az 5 totalexstirpatio közül 3 gyógyult, 2 meghalt.

Hartmann acut puerperal-infectio esetében kétszer végzett totalexstirpatiot. Mindkettő meghalt ugyan, mindazonáltal meggyőződése, hogy ezzel meg lehet menteni a beteg életét.

Tuffier 3 esetet közöl, 1 gyógyult. Minden esetben a méhre lokalizált folyamat volt, fenyegető tünetekkel. Minden esetben előzőleg curettaget próbált. A méh izomzatából staphylo- és streptococcust tenyésztettek ki; górcső alatt a hámréteg alatt sok staphylo- és streptococcus volt.

Segond szerint a műtét problematikus, de meg nehéz is, mert nem szabad morcellirozni, hanem egészben kell a méhet eltávolitani.

Doyen nem hive, mert igen nehéz az indicatiot megállapitani.

Prolapsus.

Ritka esetben, öreg nőknél, a hol a sterillé tétel nem számottevő, prolapsusnál is végzik a totalexstirpatiot, esetleg a hüvely teljes kiirtását. Ritkán azért, mert enyhébb eljárások s kisebb műtétek által is többnyire czélt érünk. *A. Martin* volt az, a ki 1898-ban ajánlotta öreg nőknél, a hol fekélyesedés, hegesedés által különben is alkalmatlanná lett a hüvelyfal plastikus operatiora, vagy ha az előesett méh és a hüvelytölcsér közt összenövések támadtak, ha a méhben álképlet van, ha az adnexákban idült genyedések vannak jelen. A méh eltávolitása után a hüvelycsonkot a lig. lat. csonkokhoz rögzitjük, a melyek feltartják és megóvják a további előeséstől.

Bröse 10 éves irreponibilis prolapsust operált, a hol az egész medenczét izzadmány töltötte ki.

Méhenkivüli terhesség.

Méhenkivüli terhesség eseteiben is végeztek totalexstirpatiot.

A méhenkivüli terhességre nézve a legtöbb szerző elismeri az abdominalis út előnyeit először a vérzéscsillapitás biztonságában, továbbá abban, hogy nem kell feláldozni a méhet. Csak jól határolt régi, esetleg elgenyedt haematokeleket nyitnak meg a hüvelyboltozaton keresztül.

Egyesek azonban gyakran operálnak hüvelyen át; igy *Schauta* haematokele esetében 16-szor operált hüvelyen át, 10-szer totalexstirpatiot végezve. Ez is mutatja, hogy a hüvelyi út nem conservativ, mert csak 4 esetben nem áldozta fel az uterust. *W. Mandlener* is perhorreskálja az uterus feláldozását.

Delaunay graviditas tubo-interstitialist operált totalexstirpatioval. Gyógyult.

Vérzések.

Vérzések is arra késztetnek néha, hogy totalexstirpatiot végezzünk.

Némely esetben sem curettage, sem edzések vagy adstringentiák nem vezetnek eredményre; a vérzés úgyszólván csillapithatatlan. Ennek oka nemcsak az endometrium, hanem a méh szövetének, nevezetesen edényeinek is megbetegedése. Ilyen esetekben néha nagyfokú varicositást találtak. *Recklinghausen* ezeket a vérzéseket neuropathicusoknak tartja s óva int a totalexstirpatiotól.

Robert Mayer esetében a nyálkahártya nagyfokú burjánzása volt jelen, a mely a myometriumba is beterjedt; hosszú mirigycsövek burjánzanak a mélybe s tartják fenn a vérzést.

Olshausen figyelmeztet, hogy ezeknek a vérzéseknek sokszor intraligamentaris daganatok az okai.

Purslow eseteiben többszörös abortus ment előre. Az endometrium sejtjei rendetlenül voltak elhelyezkedve, a méhfal túltengett, edényei vastagodottak voltak.

Lawson-Tait a szülés alatt óriási vérzést észlelt oly egyénnél, a ki mindig vérzésekben szenvedett, ismételten curettezték, cauterizálták; Tait-Porro-műtét; élő magzat.

Hüvely és méh teljes kiirtása.

Minthogy csakis rák eseteiben végeztetik, ez pedig mint primaer hüvelyrák ritka s inkább mint a portio rákjának tovaterjedése kerül elénk, a méhkiirtás keretében emlitendő. Lehet részleges vagy teljes.

A teljes kiirtásnál az egész hüvelycsövet kipraeparálják, a húgycsőről, hólyagról és végbélről leválasztják s a méhhel együtt távolitják el.

Schauta volt az első (1891), a ki hüvelyrák 2 esetében a hüvelyt a bemenethez közel s az egész hüvelycsővel a méhet kiirtotta.

Azóta többen végezték.

J. A. Amann a következő technikával végezte. Körmetszés a vulva körül thermocauterrel. Az anus és tuber ischii között behaladó metszéssel feltárja a cav. ischio-rectale kötőszövetét s leválasztja a hüvelyt a hólyagról és végbélről. Erősen lefelé húzva a hüvely csövét, tovább halad, kifejti a cervixet s az uretereket a látótérben kipraeparálja, azután megnyitja az excav. vesico-uterinát s ezen át kiveszi a méhet s végre elzárja a peritoneumot. A hüvely helye sarjadzással pár hét alatt gyógyult.

A. Sippel primaer hüvelyrák esetében végezte, a hol az egész hüvely hengeres kemény daganattá változott. Csekély eltéréssel hasonló technikával végezte. *Truzzi* (Parma) Martin szerint operál.

Atmocausis.

Ritka indicatio alapján végzett totalexstirpatiot *Guérard*; ugyanis *atmocausis után* bekövetkezett súlyos tünetek késztették reá.

Technika.

Végül emlitendők röviden az *exstirpatio technikájára vonatkozó* újabb vívmányok.

A méhkiirtás technikájának punctum saliense a vérzéscsillapitás. Ezt lekötések, vagy a *Péan* óta meghonosodott szorító csipőkkel való lefogás s legújabban a *Doyen* által kezdeményezett angiothripsia, az edények nagy erővel eszközölt rövid időre terjedő zúzása által érjük el. Emlitendő még a *Mackenrodt*-féle igniexstirpatio, a hol a kés helyett a tüzes fémet használjuk s ezzel csillapitjuk egyszersmind a vérzést. Bizonytalan eljárás s főkép a melléksértések szempontjából veszélyes. Nincs hatalmunkban a hő mélyrehatását mérlegelni s igy utólag a necrosis ott is pusztít, a hol nem kellene; igy gyakran támadtak sipolyok. Mackenrodt 39 esete közül 7 halálos = 17·9%. Köztük 7 ureter-, 4 hólyag-, 3 bélsértés. Utóvérzés nem volt.

Legújabb vívmány az angiothripsia s igy erről röviden.

Doyen mutatta be először a moszkvai congressuson. Tuffier 1897. deczember 22-dikén mutatott be hasonlót a párisi sebésztársaságnak.

Németországban *Landau* klinikáján karolták fel az angiothripsiát. Segédje *Thumim* egy vaskos egyszerű eszközt szerkesztett e czélra, a melynek emeltyűszárai a sajtoló és záró részen 3:1 arányban vannak, tehát az erő 30-szorosával hat. Excenterrel záródik. Midőn a berlini orvosegyesületben bemutatta, 31 esetről referált; 2 perczig tartották zárva s utóvérzés nem volt. A legtöbb beteg 15 nap alatt felkelt.

Amann 28 esetben alkalmazta. 21 totalexstirpationál, 7 laparotomiánál különféle betegségek miatt. Az eszköz levétele után egyikmásiknál indult meg vérzés, a melyet catgutligaturával látott el. Utóvérzés nem volt. A gyógyulás sima, fájdalommentes.

Newmann saját eszközt construált, a melynek lényege a csavarral való zárás és hosszú szárak. 6 esetben 2 percznyi leszorítás után nem volt utóvérzés.

Stone dicséri főként a gyógyulás szempontjából.

Thumimmal végzett totalexstirpatio után utóvérzés két esetét közli *Levy Fritz* Koppenhágából.

Ratschinsky (Szt.-Pétervár) állatkisérletet végzett kutyán, herekiirtást, a mesenterialis edények, a lig. lat. lefogását, az art. femoralis compressioját. A compressio oly erős, hogy górcső alatt sem fedezhető fel az edény lumene, azonban mélyebb niveauból vett metszetben látható a kezdődő szétválás. Ez okozza az utóvérzést, úgy látszik az eszköz nem sajtol eléggé.

Hazánkban *Doktor Sándor* közölte az „Orvosi Hetilap" 1900. 18—19. számában az angiothripsiáról az I. sz. női klinikán szerzett tapasztalatokat. Előnyeképen emliti, hogy megkönnyiti az exstirpatiot, többet lehet eltávolitani a parametriumból s hogy az gyorsabban is végezhető igy, mint lekötésekkel. Műtét után feltünően kevés fájdalma van a betegnek s gyorsabb a gyógyulás. A Thumim-féle eszközzel legalább 5 percznyi compressiot tart szükségesnek.

M. Strauch kisujjnyi vastag kaucsuk ligaturát alkalmaz a lig. latumra. Ha a méh mozgékony, akkor ez könnyű, különben nem. 23 eset mind gyógyult.

A beteg önként vizelhet, nincsenek nagy fájdalmai, nem szükséges olyan folytonos felügyelet és nagy mozdulatlanság, mint a szorító csipőnél, nem zavarja a hashajtást, 9—10. napon felkelhet. 15. napon a ligatura meglazul, eltávolíttatik. Sohasem látott utóvérzést. Csak fibroma s kétoldali adnexbetegségeknél használta. Rák esetében nem alkalmas, mert nagy csonkot kell hagyni, hogy a ligatura le ne csúszszék.

Delaginière (1900) a műtétet új combinált vagino-abdominalis módon a hüvely felől kezdi: körmetszés, a hólyag és Douglas feltolása, a parametrium leszorítása, átmetszése s az így szabaddá tett méhnyak amputálása; a méhtestet pedig hasmetszés útján veszi ki s ugyanekkor a mirigyeket is kiirtja.

Bilhaut a vaginalis totalexstirpationál a méh kettéhasítását ajánlja technikai előnyképen.

Könyvismertetés.

Újabb kész és készülőfélben levő anatomiai atlasok.

I. Dr. *Carl Toldt*. Anatomischer Atlas für Studirende und Ärzte. Unter Mitwirkung von Dr. Prof. *Dalla-Rosa*. Urban & Schwarzenberg. 1896—1900. I—IX. füzet

A mult tanév végén jelent meg a *Toldt* és *Dalla-Rosa* bécsi egyetemi tanárok által kiadott, minden tekintetben kitünő boncztani atlas, a mely a mellett, hogy ábrái anatomiai készítmények után felvett kitünő rajzok s ezek után fára átvitt photoxylographiák útján természethűen lettek reproducálva, úgy a szövettanra, mint az embryologiára, nemkülönben a baseli anatomiai congressus által elfogadott internationalis nomenclatura tekintetbe vételével készült s e nemben is páratlan: minden tekintetben s minden oktatással foglalkozó által az ügy fontosságához mérten méltatandó s itélendő meg.

Mintegy 7 esztendő kellett szerzőknek ahhoz, hogy az óriási anyagot feldolgozzák, a melyhez a még *Hyrtl* nagynevű hazánkfia által és általuk alkotott remek muzeum, de számos szerzők által készített új praeparatumok is szolgáltatták a substratumot. Vannak, a kik tankönyvekre és kisebb atlasokra nem nagy súlyt fektetnek; de a ki az oktatás ügyét igazán szívén viseli, mint szerzők velem együtt, azok belátják, hogy mennyire fontos vállalkozás az, ha egy-két komoly tudós a fiatalság, sőt kezdő anatomusok számára ilyen óriási, fárasztó, tudományos búvárlati idejökből 7 egész esztendőt s mondhatni még többet életükből elvevő munkára adja magát, mikor azon hosszú idő alatt búvárkodva, a tudományra nézve még maradandóbb becsű eredményekre juthattak volna. Nem a legnagyobb feláldozás kell-e ahhoz, hogy ilyenre vállalkozzék egy vagy két tudós? Csakugyan az s bár művök méltánylásban is részesült, az nem annyi, nézetem szerint, mint a mennyit megérdemeltek volna.

Mindkét tanár mentorom volt Bécsben való dolgozásaim alatt. Láttam ernyedetlen szorgalmukat, lelkiismeretüket, a melylyel az oktatást, a búvárlatot végezték; tudom méltányolni s elképzelni, mennyit kellett munkálkodniok, hogy 7 év alatt azt a sok száz ábrát elkészíttessék, hát még, hogy ahhoz a jó készítményeket kikeresgessék, sőt azok nem létében száz és száz új készítményt hozzanak létre. Mert ez az atlas nem olyan ám — habár egynémely ábrájához, mint a szerzők is megemlítik előszavukban, egyes esetekben 2—3 készítményből is combinálgatták össze rajzaikat, a mi érthető és természetes is mindazok előtt, a kik készítményeket készítettek s munkát illusztráltak —, hogy $^2/_3$ része vázlatos s az ábrák fantázia szülte kiegészítésekben tévelyegnek s tévedéseket gerjesztenek a szemlélőben és a tanulóban egyaránt, hanem első tekintetre is felismeri azokon az ember, hogy komoly munkának s realis substratumoknak a szüleményei.

A kitünő rajzok nagyrészét *Meixner Frigyes* virtuozitással készítette, egy részét pedig *Fleischmann József* rajzoló ugyancsak kifogástalanul, míg *Matolony* híres xylographiai intézete minden tekintetben mesterien adta vissza. Az ábrák rajzai érthetők, tiszták; a felirások egészen ki vannak nyomtatva az egyes részek mellé s a hol kell, 2—3 szintől sem irtózott a kiadó, a kit szintén a legnagyobb dicséret illet meg a remek kiállításért.

Messze vezetne, ha itt minden egyes füzetet külön-külön részletesen s érdemlegesen tárgyalnánk, itt csak röviden legyen az atlas czélszerű beosztása ismertetve a következőkben:

Az 1-ső füzet 1—10 ív tartalommal az emberi test tájékait (*regiones*) tárgyalja *A*) részében, míg *B*) részlete a csonttant 172 ábrán ismerteti az új anatomiai nomenclatura és a baseli IX. anatomiai congressus (április 19. 1895.) megállapodásai szerint;[1] és pedig ez utóbbi *B*) részben a csontok szövettani szerkezetére, nemkülönben a hengeres és sokszögű csontok architekturájára, végül csontosodási folyamataira nézve is tájékozódhatunk. Az egyes skeletrészek oly nagyfontosságú csontosodási pontjai is érzékitve vannak s embryologiai és orvostörvényszéki szempontból is felette fontosak a különféle korszakok csontosodási góczai mind rajzban és felirásokban közölve. Ehhez egész önálló tanulmány kellett s nagy anyag, a mivel Bécsben csakugyan rendelkeznek is.

A koponya topographiai viszonyai számos frontal és sagittal, valamint vízszintes metszeteken hűen vannak visszaadva, úgy hogy ezen atlast nemcsak medikusok, de előrehaladt anatomusok is haszonnal használhatják. A koponyán az anthropometriai, nemkülönben az embryonalis viszonyok is tekintetbe vannak véve. Ugy van ez a törzs-, valamint a végtagok tárgyalásánál is, míg a medencze tengelyei és méretei is tekintetbe vannak véve.

A *szalagtan* és *izülettan* szintén kitünően vannak illustrálva. Az egy-, két-, háromtengelyű izületek tengelyeinek irányai is meg vannak a a rajzon tanulmány és helyes constructio útján pontosan adva. A *csonttan, szalag* és *izülettan* 3 nagy füzetet foglalnak el s 486 kitünő ábra szolgál a megértésre bővebb szöveg nélkül, a melyet szerzők az egész műben perhorreskáltak.

Az izomtant egy nagy vaskos füzet (260—383. lap) tartalmazza a 487—616. ábrával. Itt is először a szövettani, azután a makroskopi szerkezet van feltüntetve előbb számos ábrán s azután az egyes részek izmai és pedig azon, a mi intézetünkben is divó szokás szerint, hogy az egyes skeletrészeken csak annyi izmot hagyunk meg, hogy az ott maradottaknak mind eredései, mint lefutásai és tapadásai láthatók legyenek. Egynéhány czifra atlason és az ú. n. plastikai anatomiákban ennek nyoma nincsen.

Az 5. füzet a zsigertannak van szentelve, az 537. lapig terjed s utolsó ábrája 903-mal van jelezve. Szerzők itt is az egyes zsigerek mikroskopi rajzaival kezdik, nemkülönben fejlődéstani ismereteinek alapján a coelom (testűr) és a szerveknek ehhez és a hashártyához való viszonyai is érzékitve vannak. Egyes zsigereknél, pl. az arczon és nyakon, az erek s a mirigyeknél egyúttal a kivezető csövek viszonyai is feltüntetve vannak.

Toldt-nak a *peritoneum*-ra és *mesenterium*-ra vonatkozó kitünő fejlődéstani és anatomiai vizsgálatainak[1] eredményei e füzet 435—537. lapjain szintén közölve vannak könnyen érthető rajzokban.

A hashártya eddig ismert összes recessusai minden zavartól menten, igen érthető ábrákon vannak kézzelfoghatólag feltüntetve. Semmiféle leirásból nem érthetők meg azok oly jól, mint szerzők atlasából.

A *tüdőfa* (légcsőágazat) rajzainál meglátszik *Dalla-Rosa* kitünő vizsgálatainak a hatása[2] s igen tanulságosak a test harántos átmetszeteinek rajzai is, a melyek a tüdők, a pleura és a szív helyzetét tüntetik fel (773. és 774. ábra), nemkülönben azok, a melyek a gyomor, máj, vesék és belek topographiájára vonatkoznak (783. és 784. ábra). Igen tanulságosak a törzs homlokirányú (frontal) metszetei is (785., 786. és 787. ábra); végül e füzetben nagy haszonnal tanulmányozhatók a *Joessel* módjára szinekkel rajzolt zsigerhatárok ábrái (788., 789. és 790. ábra).

Igen szépek, érthetők és tanulságosak az *urogenital apparatus* rajzai is (egyesek szinesek) s a *nemi szervek*, a *pete*, az *emlő*, a *foetus*, a *placenta* rajzai, valamint az embryologiai s a *külső ivarszervek* fejlődési viszonyait feltüntető ábrák is.

Valóban kitünők a *medenczekimenet* izmainak és rekeszeinek, valamint topographiai viszonyainak ábrái is.

A 6. és 7. füzet az *angiologiát* tárgyalja. Ugy az *arteriákra*, mint *venákra*, nemkülönben a *nyirokerekre* nézve is remekebbnél remekebb ábrákra bukkanunk itt. Minden atlasnak e része szokott legfényesebb lenni. A szinek pompája itt szokott érzékeinkre is jobban hatni s ép azért a kritikának vigyázóbbnak is kell itt lennie. Bármennyire sceptikusok vagyunk is az atlas e részlete iránt, ki kell jelentenünk, hogy még a legkitünőbb s nagy szabású franczia atlasok után is ilyen még nem jelent meg. Nemcsak a szépségét kell itt a rajzoknak tekintenünk, hanem igazságát is; itt mindkettő nemcsak megfér egymással, hanem egészen fedik is egymást s egyik rovására sem settenkedik itt a másik. Nem is kell említenünk, hogy a viszonyok az ereknél és szívnél, valamint a kifejlődési viszonyok is mind érthetően vannak tárgyalva. A két füzet terjedelme az 570. laptól a 719. lapig terjed s kezdődik a 904. ábrával s végződik a 1085. ábrával. A remek injectiok szerzők mesteri kezeire vallanak.

Az utolsó, 8. és 9. füzet az *idegrendszert* és az *érzékszerveket* tartalmazza; de nem úgy mint a régibb atlasok, hanem itt is szövettani és fejlődéstani alapon s a *központi idegrendszer rostozattanán* felépítve s mindezeket kitünő s igen érthető rajzokkal illustrálva. Az *agyvelő* különösen bőven van tárgyalva és számos minden irányú metszet alapján a belső topographiája feltüntetve. A *neurontan* is rajzokban figurál itt.

Az egyes idegek érhez való viszonyai, valamint a bőridegeknek elterülése *Hasse*[3] szines rajzai mintájára szintén fel vannak tüntetve.

Az érzékszerveket tárgyaló 9. füzetrész is minden tekintetben sikerült. Látszik, hogy a *szem rétegei* önálló vizsgálatok alapján nyert készítményekről vannak visszaadva, de azért nem átallották szerzők, és pedig helyesen, *Leber Th.* két kitünő szines ábráját is átvenni a 223. és 224. rajzban. A két füzet ábrái 1-től 378-ig terjednek.

A *bőr* mikroskopi szerkezete ez utolsó füzetben több testtájról szintén igen sikerült rajzokban van visszaadva.

Megemlítjük végül, hogy a műhöz bő tárgymutató van csatolva.

Mindezekből látható, hogy ez atlas orvosi tudományunkban nemcsak hézagot pótló, hanem nagy esemény s nyeremény, és jóságát az is eléggé mutathatja, hogy utolsó füzeteinek megjelenése előtt már 2. kiadását kellett sajtó alá rendezni.

A munka mestereiket maga dicséri s olyan, hogy azt kézi atlasul minden orvosi szakma ősze haszonnal forgathatja.

[1] *Wilhelm His*: Die anatomische Nomenclatur (Nomina anatomica). Archiv für Anatomie und Physiologie. 1895. Pótkötet.

[1] Prof. C. Toldt. Die Darmgekröse und Netze im gesetzmässigen und im gesetzwidrigen Zustand. Wien 1889.

[2] Dr. L. Dalla-Rosa. Beiträge zur Casuistik und Morphologie der Varietäten des menschlichen Bronchialbaumes.

[3] Dr. C. Hasse. Hand-Atlas der sensibilen und motorischen Gebiete der Hirn- und Rückenmarksnerven etc. Wiesbaden 1895.

II. *Werner Spalteholz.* Handatlas der Anatomie des Menschen. Mit Unterstützung von *Wilhelm His.* Leipzig, 1896—1900.

A kitünő lipcsei anatom és embryolog *His* tapasztalatainak felhasználásával tanítványa s tanártársa Spalteholz csakugyan osztozik *Toldt* és *Dalla-Rosa* tanárokkal az érdemben, hogy az anatomiát tanulók igényeinek megfelelően egy, szintén minden tekintetben megfelelő atlast, a melyhez rövid szöveg is van csatolva, adott ki. Az atlasból eddig két kötet s a harmadiknak első része jelent meg. A képek zinkographia s autotypia útján voltak előállítva s azok a valósághoz meglepően hűek. Bár a szöveg, a mit ő maga is hangsúlyoz, nem elegendő az anatomia megtanulásához, de tanulóknak mégis igen czélszerű, nézetem szerint első tanulmányul és repetitoriumra; csak igazat adok *Toldt*-nak abban a tekintetben -- a ki atlasánál perhorrescálta a bővebb magyarázatot —, hogy a tanuló ne tartsa ezt a compendiosus szöveget elegendőnek, hanem valamely elsőrangú anatomiai műből egészítse ki első tanulmányai után ismereteit.

Szerző előszavában kiemeli, hogy a szövettanból csak azt veszi fel, a mit loupé-val lehet e téren látni; továbbá tájanatomiai vonatkozásokat sélettani functiokat sem tárgyal. Ez egyéni nézet, melynek részéről meg lehet a jogosultsága, de nézetem szerint kár volt ezekre is ki nem terjeszkedni. E nézetkülönbség azonban mit sem von és vonhat le a különben igen használható kitünő műből, a melynek egyetlen hibája csak az, a fentitől eltekintve, hogy még nem jelent meg egészen.

Az ábrák s azok felírásai jól érthetők, tiszták, a szöveg szabatos, rövid s fülbemászó, s a baseli nomina anatomica szerint vannak legtöbbnyire benne a műszók alkalmazva, csak itt-ott követte *Spalteholz* a maga izlését.

A rajzok előállításában egész sereg kitünő rajzoló vett részt, s egyáltalán egy intézet sincsen a világon oly előnyös helyzetben, mint a *His*-é, a kinek intézete tulajdonképen egy valódi tudományos és művészi telep, ellátva külön photograph-fal, modeleur-rel, rajzolóval, mechanikussal és több más segéd-személyzettel s így nem csoda, hogy ily nagy apparatussal nagyokat is alkothatnak.

Áttérve most az egyes fejezetek nevezetesebb részeinek méltánylására, felemlíthetjük, hogy az első kötet a *csonttant, izületeket* és *szalagokat* tartalmazza 235 lapon s 2·0 ábrán. Az egyes csontok mindegyike 2—3 oldalról van felvéve s az állásuk oly jól megválasztva, hogy az egyes részek egybetartozása igen jól szemlélhető azokon. Eredeti készítmények után felvett rajzok ezek. Igen tanulságos azon csontfestési eljárások alkalmazása nála, a miket nagyban már 10 év óta gyakorolunk intézetünkben s erről egy közleményben *Halász* dr. volt segédem röviden meg is emlékezett,[1] s a melyet azóta a franczia szerzők után indulva mások is, bold. *Mihalkovics* tanár[2] is szélesebben alkalmazott. Czélszerű, de nem tartom szükségesnek, s a költséget is igen kímélte volna s másra fordíthatta volna szerző, hogy több ábrán, különösen a koponyán dupla rajzokat, egy árnyékoltat s egy körrajzosat készíttetett, csak azért, hogy az árnyékolt rajz el ne rontassék a felirások által.

A második kötet első része az izomtant tárgyalja, részint bold. nagyérdemű *Braune* készítményei, részint új, friss készítmények alapján. Kár, hogy a különben igen szép színes izomrajzok túlozva vannak terjedelmüket illetőleg. Nagyon tanulságosak különösen a bonyolult hátizmok egy-egy rétegben meghagyott izomábrái.[3] Ugyane füzet a baseli congressus megállapodásai szerint közli, úgy mint *Toldt* atlasa is, a testtájak beosztását.

A második kötet második része, a mely 1898-ban jelent meg, a *szívet*, az *arteriákat*, és *venákat* tartalmazza igen csinos és természethű rajzokban; az igaz, hogy sokkal kisebb számban, mint *Toldt* atlasa, de arra mégis elegendő számban, hogy a medikus igényeit kielégítse, a mi czélja is volt az atlasnak. A harmadik kötet első része (1900) a 477—616. lapon számos szép ábrával illustrálva a zsigereket tartalmazza.

Mohón várjuk mi anatomok *Spalteholz* atlasa további hátralevő füzetét, s ha ezek is olyanok lesznek, mint az eddigiek, elmondhatjuk, hogy tanítványaink a *Toldt* és *Spalteholz* atlasaiban megbizható, s mert az előbbiben szöveg nincsen, egymást némileg kiegészítő, útbaigazító és hű tanítókat nyernek; ehhez természetesen csak azt adjuk még, hogy ahhoz, hogy anatomiát tudjanak, még a tanár tanítása, friss készítmények, rajzok, projectiok s önálló bonczolótermi dolgozások is kellenek, a mint hogy ezekben most már egy modern anatomiai intézet sem szűkölködik.

III. Dr. *L. Dalla-Rosa.* Abbildungen zum Einzeichnen bei den Vorlesungen ueber descriptiv-topographische Anatomie des Stammes. Franz Deutike. 1900.

A mult tanév kapuzárójakor örömmel vettem a kitünő bécsi professor *Dalla-Rosa* fenti czimű két füzetes munkáját, a mely sorakozva *Gerlach*[1] leiró boncztani rajzkönyvéhez, a fiatalságnak tájanatomiai előadásoknál megbecsülhetetlen verérfonalul szolgálhat, különösen ott, a hol *Zeiss*-féle projectios készülék és pedig olyan van, a milyent intézetem számára s kivánságomra ő nekem készitett, hogy oly professor is, a ki kitünően rajzolni nem tud, az ő rajzait táblára projiciálhatja s az illető tanár színes irónnal az ereket ott kiszinezi gyorsan, vagy az ábrákon még hiányos egyes szervrészeket abba belerajzolhatja; vagy ha valakinek e készüléke nem volna meg, a megnagyobbitott ilyen rajzokat *Lucae* módszere szerint áttünő, homályosra köszörült üveg hátára rakja s a hallgató magyarázatkor a füzet rajzaiba a tanár által berajzoltakat magyarázat közben utána rajzolja.

Hogy vajjon a szemléleti oktatás ezen vagy más módja helyesebb-e, azt mindig egyénileg szokták eldönteni. Rendesen, a ki maga jól, vagy csak elég jól is tud rajzolni, azt a módot tartja helyesnek, a melyet *Merkellel* én is követek, hogy t. i. nagy táblákon a fiatalság szemeláttára rajzolok s a fiatalok az utánrajzolást szintén velem együtt végzik; azok, a kik kevésbbé jól tudnak rajzolni, a *Lucae*-féle módszert alkalmazzák több-kevesebb kivétellel. Egyik-másik módszer is egyének és körülmények szerint jó lehet. Erről már sokat irtak s egy anatomiai congressuson is vitatkoztak, de a kérdés mindeddig eldöntetlen maradt.

Mondhatjuk, hogy mennél több módszerrel birunk a szemléleti oktatás tökéletesitésére, annál jobb s mint ilyen egyik módszert a *Lucae*-félét, melyet Dalla-Rosa s mások is követnek, örömmel üdvözöljük, sőt mohón várjuk Dalla-Rosától a végtagok táblázatát is, a melylyel bizonynyal nem fog késni s a mely mesterét szintén akképen fogja dicsérni, mint az eddig megjelent részek.

IV. Dr. *E. Zuckerkandl.* Atlas der topographisen Anatomie des Menschen. I. Heft. Kopf und Hals. Braumüller 1900.[2]

Szintén hézagpótló s nagybecsű kéziatlast birunk *Zuckerkandl* hazánkfiától, a jeles bécsi professortól, fenti czimű topographiai atlasában, noha kisebbszerű s szintén igen jó egy két ilyen német atlas birtokában máig is vagyunk.

Az első vaskos, 220 lapra terjedő s gyönyörűen kiállitott atlas csakis irigységünket keltheti fel az iránt, hogy az ilyen atlasok kiadhatása viszonyaink mellett hazánkban lehetetlen. Rég ideálom, hogy egy ilyen tájanatomiai atlas hazánkban is napvilágot lásson. Addig is, míg ehhez juthatunk, használjuk csak a külföldi termékeket.

Törekvése volt, mint rajzaiból látszik, Zuckerkandlnak, hogy rajzai hűek, szépek, tetszetősek legyenek s ne minden csipp-csepp apróságot, a melyek a megérthetést akadályozzák, hanem csak azt tartalmazzák, a mik a dolog megérthetésére szükségesek; egyúttal meglátszik azokon, hogy alapos praeparáló munka után készültek.

Az izmok gyöngéd sárgás barna színezete bár nem felel meg a természetesnek, de igen szépen harmoniál az arteria piros s a vena kék színezetével, a mellett a rajzokon a rétegzés igen szépen látszik. A szöveg alatti rövid magyarázat sokat mond, néhány sorában vázolja az egymás mellett, alatt és fölött levő tájanatomiai viszonyokat s itt-ott a praeparálás menetét is feltünteti.

Az egyes ábrák rétegről rétegre, a bőrtől kezdve a csontig mutatják be számos ábrán a viszonyokat akként, hogy mi kivánni valót sem hagynak hátra. A csontokba is behatol, így pl. az arcz állcsontjánál a *Highmor*-űrbe is s minden készitménye a kitünő kezű praeparatort állitja szemünk elé. Hogy itt-ott egy két ábrája el van rajzolva, nem ő, hanem rajzolója lehet az oka, de ez semmit sem von le műve kitünőségéből. Igy pl. 38. ábráján az a. occipitalis nagyon is medial fut.

Az *agy belső topographiája* különösen sikerült rajzokban van visszaadva; de az agy koponyához viszonyitott tájanatomiája is érdekesen van szemléltetve.

A *szem hátterét Fuchs* rajza után mutatja be s igen excellál az orrüreg rejtekeinek feltárásában. A hallószerv is tanulságosan van bemutatva s a *csecsnyúlvány-operatiokra* rajzai szintén igen fontosak.

Az *oldalsó garatfalat* feltüntető 165. ábrája szebb is lehetne, de inkább igaz, mint szép legyen az ilyen rajz. Igen tanulságos a 173. rajza is egy retropharyngealis tályoggal, ámbár ez a rajz sem vetélkedhetik a többivel s úgy látszik borszeszes készitmény után van felvéve, mert csak is elhúzódás következtében érthető a forgócsigolya magasságában levő gégefő.

A tracheotomiára oly fontos gyermeki gégetájat is felvette igen helyesen szerző atlasába.

A mű I. füzete, mint említők, 220 lapra terjed s a *nyak és fej tájanatomiáját* 219 ábrán mutatja be. Meggondolva, hogy még a törzs és végtagok tájanatomiája hiányzik, el lehetünk készülve, hogy a mű csak több év mulva, s több vaskos füzetben jelenend meg. Nem baj, csak megjelenjen s csonka ne maradjon, ezt kivánjuk a szerzőnek, a kiadónak, a tudománynak s a kitünő műnek egyaránt.

Thanhoffer Lajos dr. e. tanár.

[1] *Halász Henrik* dr. A boncztan tanításának néhány újabb módszeréről. Orvosi Hetilap 1894. 17. sz.

[2] *Mihalkovics Géza* dr. Az ember anatomiája és szövettana. I. k. Budapest, 1898.

[3] Már tiz év óta ilyen, de vázlatos izomrajzokban szoktam oktatni tanítványaimat, a melyekre nézve atlasra való kézi kis rajzaim vannak s azokat ki is óhajtom adni több más rajzaimmal ú. n. mnemotechnikai atlas czime alatt a medicusok számára, mihelyt időm engedi.

[1] Prof. Dr. L. Gerlach. Skelettafeln. Erlangen. 1895.

[2] A szöveg nyomtatása közben a mellkas füzete is megjelent.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az inanitio befolyása a szervezet ellenálló képességére fertőzésekkel szemben. Ismeretes, hogy éheztetéssel állatok fogékonyakká tehetők különböző fertőzések iránt. *Roger* és *Josué* szerint azonban, kik e tárgyról a „Société de biologie“ julius 7-dikén tartott ülésén előadást tartottak, épen ellenkező az eredmény, ha hosszabb ideig tartó éheztetés után néhány napig jól tartjuk az állatokat és ezután vizsgáljuk ellentálló képességüket. Ilyen körülmények között ugyanis azt tapasztalták,

hogy a coli-bacillussal szemben a házinyúl ellentálló képessége tetemesen fokozódott. Előadók állataikat 5—7 napig koplaltatták és azután rendesen táplálták. 3—11 nappal a koplalás megszünte után coli-bacillusokkal intravenosusan fertőzték őket; 5 állat közül csak 1 pusztult el, míg az 5 kontrol-nyúl közül csak 1 maradt életben. Ezen kisérleti eredményekből tehát látható, hogy állatkisérletek végzésénél ismernünk kell a használandó állatokra vonatkozó antecedentiákat, így azt is, vajjon nem szenvedtek-e nélkülözést bizonyos idővel a kisérletezés előtt. Másrészt e kisérletek gondolkodóba ejthetnek, vajjon a bizonyos vallások által előirt bőjtöléseknek nincs-e jelentőségük abban az irányban, hogy a szervezetnek védelmi eszközeit erősítik. (La semaine médicale, 1900. 29. sz.)

A központi idegrendszer szöveti elváltozásai veszettségnél. *Van Gehuchten*-t *Nelis*-sel végzett buvárlatai arról győzték meg, hogy a központi idegrendszer azon sejt- és edényelváltozásai, melyeket több szerző mint a veszettségre jellemzőket irt le, nem állandók és nem is magyarázzák meg a veszettség tüneteit. A ganglionokban általuk talált tünetek (l. Orvosi Hetilap f. é. 22. sz.) ellenben állandóak, könnyen észrevehetők és post mortem pathognostikus értékűek. *Nocard* „egyszerűsége és biztossága miatt becses módszer"-nek nevezi a Van Gehuchten-Nelis módszert, *Babes* ellenben kijelenti, hogy, legalább kutyáknál, csak a nyúltagyban talált jellemző elváltozásokat, a mit Van Gehuchten nem tud mire magyarázni. Azt, hogy eljárásuk minden gyanus kutyánál alkalmazható volna, nem állitják Van Gehuchtenék: eljárásuk nem *korai*, hanem *gyors* diagnosist szolgáltat.

1898-ban egy napon 8 kutyát fertőztek ugyanazon utczai virussal subduraliter. Az egyik közülük 6, a másik 9 nap mulva megöletett, s az elsőnél még nyoma sem volt a sejtelváltozásnak, a másodiknál már megkezdődött az, a nélkül, hogy az állat életében mutatta volna már a veszettség symptomáit. Sajnos, azt nem vizsgálták meg, hogy az állat nyála fertőző volt-e már akkor. A többi kutya a 8 közül 14—20 nap mulva elhullott. Minthogy ugyanazon napon, ugyanolyan módon, azonos utczai virussal fertőzött kutyák elpusztulásának ideje annyira eltérő volt, 1900-ban fix virussal kisérleteztek Van Gehuchtenék. A párisi virussal inficiált kutyák közül kettő a 9-dik, egy a 11-dik napon pusztult el, a lille-i virussal inficiált nyulak pedig 8 és fél nap mulva. A spinalis gangl. idegsejtjei egyik kutyánál sem mutattak elváltozást, sőt az egyiknél a csomós sem; a másiknak csomós ganglionjában volt ugyan feltünő elváltozás, de az endothelialis tok sejtjei proliferatiojának semmi nyoma. A nyulaknál is elégtelenek voltak a talált jelek. Fix virussal történt infectionál tehát hiányoznak vagy hiányosak a ganglionbeli elváltozások. A Van Gehuchten-féle lelet tehát csak utczai veszettségnél érvényes. Ez analog Babes leletével, ki utczai veszettségben elhalt ebeknél mindig talált „tubercules rabiques"-t, míg fix virus által elpusztultaknál sohasem látott jellemző elváltozást. Ezt Babes arra magyarázza, hogy a fix virus annyira activ, hogy a halál hamarább beáll, semmint a tubercules rabiques-eknek ideje volna eléggé kifejlődni. Minthogy azt hitték, hogy utczai virussal subduraliter inficiált kutyáknál meg fogják találni a ganglionbeli elváltozásokat, Van Gehuchten is úgy gondolkozott, mint Babes, a nélkül, hogy meghatározhatta volna, hogy a két virus hatása közti különbség az activ tendentia quantumában vagy qualitásában van-e. Mikor azonban két kutyát utczai virussal subduraliter inficiáltak, azok elpusztulása után alig találtak kifejezettebb elváltozást, mint fix virus után. Nem a virusban van tehát a különbség, hanem az inoculatio módjában. A természetes veszettségnél a nyál jut a megmart testbe, többé-kevésbbé távol a központi idegrendszertől, experimentaliter pedig ideganyag kerül közvetlenül a központi idegrendszerhez. *Cuillé* és *Vallée* hat kutyát fertőztek olykép, hogy utczai veszettségben elhullott kutya velöemulsioját musc. semitendinosusaikba fecskendezték. Eddig háromnál tört ki a veszettség, ezeket nehány óra mulva leölték. Az egyiknél, mely legkésőbb öletett le, igen szépen megvoltak a ganglionbeli elváltozások, a másiknál kevésbbé, a harmadiknál nem. A leletet csak akkor lehetne összefüggésbe hozni a természetes veszettséggel, ha szerzők nyállal inficiálták volna az ebeket. Fontosabb lelete e két szerzőnek az, hogy egy kutyánál, mely dühöngése közben öletett meg, a ganglionból vett metszetekből lehetetlen volt megállapitani a veszettséget, pedig a rabies klinikai képe kifejezett volt. *Nocard* ebből azt a következtetést vonja le, hogy: „Ha a szövettani lelet positiv, megerősíti a veszettség diagnosisát, de ha negativ, a mi gyakori akkor, mikor a gyanússá lett állat azonnal megöletik, még nem mondhatjuk, hogy az eb nem volt veszett". Van Gehuchten szerint úgy segithetünk a dolgon, ha figyelembe véve *Roux* és *Nocard* leleteit, melyek szerint a nyál csak 24—48 órával az első tünetek fellépése előtt kezd fertőző lenni, a maró ebet nem öljük le. Ha az állat nem mutatja a veszettség jeleit, figyeljük meg 3—4 napon át; ha már felléptek volna maráskor a tünetek, hagyjuk az ebet elpusztulni. Ez 1—3 nap alatt bekövetkezik, s akkor a gangl. elváltozások evidensek lesznek. *Hébrant* és *Degive* vizsgálatai teljesen megbizhatóknak tüntetik fel a Van Gehuchten-Nelis-féle tüneteket, s annyi praktikus haszna a leletnek minden esetre van, hogy csak akkor kell nyúlinoculatiohoz fordulni, ha a szövettani vizsgálat eredménye negativ. Az Acad. de médec. de belg. 1900. jun. 30-dikén tartott ülésében is hangsúlyozza Van Gehuchten, hogy módszere a diagnosisnak nem *korai*, hanem *gyors* felállitására való; utczai, természetes veszettségben elpusztult állatoknál sohasem hiányzik ezen tünet, fix virus által megölteknél azonban nincs idő arra, hogy a ganglionbeli elváltozások kifejlődjenek. (La Semaine Méd. 1900, 21. és 28. sz.)

Croqu szerint sem Babesnek, sem Van Gehuchtennek nincs igaza, midőn a másiknak leletét kevés értékűnek mondja. A Babes lelete sok száz esetben bevált s a Van Gehuchtené is igen értékes. Croqu különben egy croupban elhalt gyermek gangl. plexiformójában a Van Gehuchtenéhez hasonló leletre bukkant, mely azonban kevésbbé volt kifejezett. De mint *Sano* lelete bizonyítja, a veszettségi gangl. elváltozások is kevésbbé kifejezettek embernél, mint kutyánál. A respiratio idegzete croupnál olyanforma állapotban van Croqu szerint, mint veszettségnél valamennyi ideg s ezért hasonlóan kell reagálniok is. Tény az, hogy utczai veszettségben elhullott kutyáknál megvannak a kérdéses jelek, s ha veszettségi tüneteket mutatott ebnél bukkanunk rájuk, biztos a diagnosis. (La Semaine Méd. 1900. 30. sz.)

Gratia olykép készíti a praeparatumokat, hogy a gangliont 12 órán át absolut alkoholban keményíti, azután 3 órára xylolba teszi, majd paraffinba ágyazva metszi és eosinnal és haematoxylinnal festve, balzsamban vizsgálja. Rendesen előforduló — utczai — veszettségnél szerinte absolut értékű a Van Gehuchten lelete, mert megerősíti a diagnosist. Nincs kizárva, hogy más bajnál is előfordul, de a klinikai kép s a boncz lelet útba igazítanak. A jelek hiánya persze nem negativ bizonyíték, de csakis ilyenkor szorulunk a Van Gehuchten-Nelis-féle jelek felfedezése előtt ismert diagnostikai támpontokra. Minthogy azonban a veszettség kifejlődhetik ama ganglionaris elváltozások nélkül is, ez azt bizonyítja, hogy azok nem specifikus, essentialis és szükségképeni tartozékai, illetve okai a veszettségnek, hanem Gratia szerint csak az organismus védekezésének jelei, s a baj klinikai tüneteit az agy, nyúltagy és gerinczagy circulationalis zavarai okozzák, nem pedig a veszettség kitörése után fellépő ganglionaris elváltozások. (Journal méd. de Bruxelles, 1900. 30. sz.) *Marikovszky György* dr.

Belgyógyászat.

Amnesia akasztás után. *Joffroy* 52 éves melancholiás betege öngyilkos szándékból felakasztotta magát, de a kötél szakadása következtében nem halt meg. Ezután teljes amnesia állott fenn mindazon dolgokra vonatkozólag, melyek az öngyilkossági kisérlet előtti második naptól az öngyilkosság után való második napig történtek, daczára, hogy ez utóbbi napokra esett utazása Párisba. A beteg semmi hysteriára valló tünetet nem mutatott. Joffroy az ilyen eseteket az epilepsiás amnesiához hasonlítja, a mennyiben mindkettőben vérkeringészavarból anaemia származik az agyvelőben. Az akasztáskor a carotis összenyomása hozza azt létre, és hogy az epilepsiában is anaemiás az agyvelő, bizonyítja a roham kezdetekor támadó sápadtság. A másik hasonló pont, hogy mind a két esetben ezután vértódulás támad, mely az arcz pirosságát, az arcz és végtagok rángását idézi elő. Ugy az epilepsiás roham végén, valamint a magához tért akasztotton is excitatios deliriumokat, hallucinatiokat és emlékezéshiányt észlelni. Akasztás után amnesia nem támad olyankor, ha az egyén eszméletét nem vesztette el, de az eszmélet elvesztése nem elég ilyen amnesia létrehozására. Hogy azon esetekben, mikor akasztás után epileptiform rohamok támadtak, nem mindig áll be amnesia, Joffroy egy másik esettel bizonyítja, tehát ezen convulsiokkal sem lehet az amnesiát összeköttetésbe hozni. Miben áll tehát annak oka, hogy egyiknél létre jön az amnesia, a másiknál nem? A magyarázatot a két eset különböző volta adja. Az első betegen a strangulatio két oldalt mélyen nyomta symmetriásan a carotist, a mennyiben a csomó a nyakszirten volt; a második esetben a csomó oldalt lévén, a jobb carotist a stangulatio kikerülte, és ezért az agyvelő anaemiája sokkal kisebb fokú volt. (Soc. de neurol. de Paris. Rev. neurol. 1900. 7. szám.) —*ts.*

Sebészet.

A vese- és ureter-köveknél végzendő műtétekről közöl tanulmányt *Israel* tanár. A műtéti modorok történelmi áttekintése után a műtéti beavatkozás indicatiojáról ir nephrolithiasisnál, megjegyezvén, hogy itt csak elsődleges vesekövekről szól, mert a másodlagosak, mint a pyonephrosisnál képződő productumok annál tárgyalandók.

Legsürgősebb indicatiot képez a műtéti beavatkozásra az anuria calculosa, akár egyik oldali ureter eldugaszolásával és a másik oldal reflectorikus működési képtelenségével, akár kétoldali ureter eldugaszolással van dolgunk; ilyenkor az utólag eldugaszolódott vesén rögtöni műtétet kell végezni.

Egy másik sürgős indicatiot képez azon eset, midőn a köves vese acut pyelonephritikus infectiot szenved, midőn a késedelmezés következménye a mérgező anyagoknak a vérbe való jutása után másik oldali toxikus parenchymatosus nephritis lehet. Ez esetben a vesét tágan meg kell nyitni s nyitva tartani.

A kő által feltételezett súlyos vesevérzések ritkábban jelentkeznek, de ilyen esetben minden esetre korán be kell hatolni a veséhez s meggyőződni a vérzés okáról. Kevésbbé sürgős vesekő-esetekben is a beteget mindig fenyegeti az anuria, a pyonephresis s a vese-parenchyma tönkremenésének veszedelme. Chronikus esetekben a fellépő vesetáji fájdalmak, melyek néha kisugárzók, a dyspepsiás nehézségek, rosszullét, hányás indikálják a műtétet.

A műtétnél behatolás czéljából két út áll rendelkezésünkre, egyik a vesemedencze falán keresztül, másik a vese szövetén keresztül. A vesemedenczén ejtett sebnyiláson át a kövek eltávolitása nehéz, különösen azoké, melyek a kelyhekben vannak, melyeket néha nem is fedezünk fel; a seb egyesítése után sipolyjárat visszamaradása gyakori, ha pedig drainezésre van szükség, az tökéletlen, mert a seb falai a szomszéd képletek által összenyomatnak s a drain-cső megtöretik. A vese szövetén át ejtett seb tág betekintést ad a kelyhekbe és vesemedenczébe, egyesítés után az elsődleges összegyógyulás rendesen be szokott következni s a drainezés tökéletesen keresztül vihető. Ezen okok miatt utóbbi műtétet szokta végezni.

A vese szabaddá tevése után óvakodni kell a capsula propria leválasztásától, mert ennek ruganyos egyenletes nyomása megóv a nagy

utóvérzésektől. Bemetszünk a vesébe a legnagyobb domborulatán, behatolunk ujjunkkal a vesemedenczébe s azt végig tapintván, a köveket eltávolítjuk. Majd az uretert megsondázván, meggyőződünk annak átjárhatóságáról s aseptikus, savanyú vizelet jelenlétében a vese sebét összevarrjuk. Ha azonban ammoniakalis vizelet mellett genyedés, nagyobb retentio vagy esetleg miliaris genygóczok vannak a vesében, akkor a sebet nyitva hagyjuk s drainezzük.

A vese elsődleges kiirtására aseptikus kőesetekben csak igen ritkán kerül a sor. Másodlagos nephrectomiát végezünk súlyos vérzéseknél, vagy ha a vese már egészen tönkre ment.

Az ureterkövek néha a végbélen vagy vaginan át érezhetők, vagy Röntgen-sugárral kimutathatók. Ha jelenlétüket constatáltuk, feltárjuk a vesét s a megfelelő ureterrészt; rajta ejtett hosszmetszésen át a követ eltávolítjuk, majd a sebet Lembert-varrattal egyesítvén, a vese sebét nyitva hagyjuk, hogy a vizelet lefolyása arra is szabad legyen. A vagina vagy végbél felől érezhető köveknél extraperitonealis úton haladhatunk az ureterhez a Poupart-szálag mentén, de csak akkor, ha a vizelet aseptikus; különben a vesemedenczét is megnyitjuk egyrészt a vizelet lefolyásának biztosítására, hogy az uretervarrat ne feszüljön, másrészt esetleg jelenlevő kövek eltávolítása czéljából. Anuriánál, ha kő van beékelődve az ureterbe, életmentés czéljából nephrotomiát kell végezni, hogy a vizelet erre lefolyást nyerjen; a kő eltávolítását később végezhetjük. (Archiv für klinische Chirurgie, 61. kötet, 3. füzet.)

Illyés Géza dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Egy hármas szülésről acardiussal. Ezen a legnagyobb ritkaságok közé tartozó esete *Wolff*-nak egy 31 éves először szülő nőt illet; az 1. magzat — 41 cm. hosszú fiú — spontan született meg, a 2. harántul feküdt, fordítás és kihúzás útján jött a világra, 41 cm. hosszú, asphyktikus leány szívműködéssel, de nem volt felélesztheto; a 3. magzat végre tökéletes lábfekvésben született: fejnélküli torz. A két lepény spontan születik meg, az egyik a leánymagzaté, a másik pedig a fiúhoz és a monstrumhoz tartozik. Mindkét lepény a rendesen fejlett magzatok köldökzsinórjai felől lett injiciálva. A leány lepénye 1 chorionnal s amnionnal bir s egyébként is rendes, a másik lepényhez 1 chorion s 2 amnion tartozik; a torz köldökzsinórjában csak 1 üt- és 1 visszér fut, a zsinór egy ideig a burkokban halad s itt inserál; körülbelül 5 cm.-nyire a lepény szélétől edényei egymástól elválnak, külön-külön haladnak a burkokban tovább s egymástól mintegy 4 cm. távolságban érnek a lepény széléhez. A fiú zsinórjában 1 vissz- és 2 ütér fut; az előbbi, miután a lepényhez ért, több erős ágra oszlik, melyek legerősebbike a lepény széléhez halad s miután előzőleg még 2 erős ágat adott, átmegy a torz zsinórjából jövő visszérbe. A fiú zsinórjának 2 ütere rendesen oszlik a lepényben, egyik ága párhuzamosan halad ama visszérrel, a mely a torz köldökvenajával anastomizál s a mikor a lepény széléhez ér, szintén átmegy a torz köldököterébe.

A torz maga egy typikus acardius acephalus; hossza 22 cm., a fejnek s a felső végtagoknak nyoma sincs; a nemi részek durványosak, a külsők megfelelnek a férfi genitaliáknak. Számos egyéb érdekes fejlődési rendellenességet mutatott még a torz s különös érdekkel bir az edényrendszer fejlődése, de mindez itt nem sorolható fel, valamint a két rendesen fejlett magzat anatomiai vizsgálata sem, csak annyit kell kiemelnünk, hogy a torzzal egy petéből származó fiúmagzatnak szíve és mája úgy absolute, mint relative is tetemesen nagyobb volt, mint az acardiustól független leányé. A fiúnál tehát szívhypertrophia állott fen, melyet munkahypertrophiának kell tartanunk, miután a szív nemcsak a saját individuumának vérkeringését tartotta fen, hanem egyszersmind a hozzátartozó torzét is. A májhypertrophia oka pedig nyilvánvalólag azon visszeres pangásban keresendő, a mely a túltengett szív relativ elégtelenségének volt a következménye. (Archiv f. Gynaek. 59. kötet, 2. füzet.)

Neumann Szigfrid dr.

Adatok az előlfekvő lepény boncztanához. A *Ponfick* által vizsgált háromkészítmény közül kettő a szülés harmadik időszakában, egy pedig az első időszakban elhalt nőtől származik; egy eset plac. praev. totalis, kettő lateralis. Az 1. esetben — eltekintve számos egyéb érdekes és tanulságos adattól — különösen fontos volt klinikai szempontból is, hogy a lepénynek kitapintható alsó szélén oly elváltozások állottak fenn (göbös, kemény, daganathoz hasonló tömegek), melyek vizsgálatnál az élőn rosszindulatú álképletnek a gyanuját keltették. Ugyanez esetben feltűnő volt a lepény óriási nagysága s az, hogy az említett göbös részletekkel az egész nyakcsatornát kitöltötte, sőt legalsó része reáterjedt a mellső ajkra, de még 1·5 cm.-nyire a hüvelyboltozatba is lenyúlt. A 2. eset, typikus plac. praev. centralis, a lepénynek sajátságos alakja által tünt fel; hasonlított egy mindkét végén felakasztott marhanyelvhez, melynek keskenyebb része a mellső, a szélesebb része pedig a hátsó méhfalon tapadt. A lepény sajátságos alakjának megfelelnek a méretei is: hossza 32 cm., szélessége 6—12·5 cm. Az eset azért bir különös érdekkel, mert egy valóságos plac. praev. centralisnak felel meg, a mennyiben tényleg a lepénynek középső részlete feküdt a központilag tapadó köldökzsinórral együtt a belső méhszáj felett. Miután e része a lepénynek csak 8 cm. széles volt, úgy feltéve, hogy a méhszáj teljesen kitágul, egy sajátságos vizsgálati leletet adott volna in vivo: a lepénynek mindkét oldalszéle ki lett volna tapintható, a mi kétségkivül egy kiválóan ritka s a helyes megitélést esetleg zavaró lelet lett volna. A 3. készítmény végül egy 31 éves, a tágulási időszakban elhalt nőtől származik; a lepény rendes nagyságú volt s egy részlete mintegy 3 cm. mélyen ért le a még megtartott, 6 cm. hosszú nyakcsatornába; tehát ez is egy ú. n. cervicalis placenta, azaz oly lepény, a mely alsó részével cervicalis nyálkahártyán tapad, még pedig nem másodlagos elváltozások következtében, hanem kétségkivül primaer insertiojánál fogva. Anatomice bebizonyított ilyen esetek rendkivül ritkák; szerzőnek e két esetén kivül még csak két más ilyen eset ismeretes az egész irodalomban. (Archiv f. Gynäk. 60. kötet, 1. füzet.)

Neumann Szigfrid dr.

Bőr- és bujakórtan.

Psychopathia sexualis körébe eső esetet említ *Blazy*, mely spermin injectiokra gyógyult. Egy terhelt családból származó egyénről van szó, ki kora ifjúságától gyakran és sokáig masturbált és a normalis coitust még hőn szeretett nejével sem tudta elvégezni. Az injectiok mellett a patiens húgycsöve, melyben egy kis szűkület is volt, sondával kezeltetett s a herék faradicus és galvanárammal felváltva villanyoztattak. Állítólag a 3. spermin injectio után normalis coitus. (La méd. moderne, VIII. évf. 91. sz.)

Schik Károly.

Erythema exsudativum multiforme esetről számol be *Kramer*, hol e kór rövid fennállás után morbus maculosus Werlhoffi-ba ment át s a patiens pyaemiában elhalt. Ugy az erythema exsudativum multiforme, mint a morbus maculosus Werlhoffi aetiologiáját sötét homály fedi sok tekintetben s igy annál érdekesebb Kramer közleménye, hogy e két kór egyszerre s félreismerhetlen nexusban lépett fel. A beteg egy 22 éves cselédleány, ki a megfigyelés ideje előtt körülbelül 10 héttel betegedett meg. A beteg felvételekor az erythema exsudativum multiforme typikus képét nyújtja izületi fájdalmak kapcsolatában. Folytonosan újabb-újabb affectiok az izületek részéről újabb eruptiokkal, melyek mindjobban a Werlhoff-kórba mennek át, tünetileg bő bőr- és nyákhártyavérzésekkel s végre 4 havi fennállás után pyaemia folytán exitus. (Inaug.-Dissert. Berlin. 1899.)

Schik Károly.

Polymorph erythemában szenvedő 30 éves férfiről értekezik *Debove*. A beteg alkoholista, lobbanékony természetű. Éjjel hirtelen megbetegszik heves lázak, erős csont- és izületfájdalmak között; a következő napon három kategoriába sorozható kiütés a végtagok bőrén, t. i. 1. hyperaemiás oedematosus foltok; 2. bőrinfiltratio fájdalmas csomókkal; 3. gombosúfejnyi apró pustulák sűrű, piszkos, genyes tartalommal. Közérzet rossz, hőmérsék állandóan magas (39·5), heves izületi fájdalmak. Szerző a differential diagnosis kedvéért még az ezzel összetéveszhető kórokról értekezik és végül megjegyzi, hogy az erythema exsudativumot infectiosus bajnak tartja, melynek infectio képessége azonban oly csekély, hogy a beteg elkülönítése nem szükséges. (La méd. mod., 1898. 101. sz.)

Schik Károly.

Dermatitis medicamentosánál a következő kezelést ajánlja *Frieckenhaus*. Az új pustulák vattával betekert gyufával, mely salmiakszeszbe vagy higitott kalilúgba (Kalium caust., Aqu. d. aa) mártatott, gyengéden megtöröltetnek. Miután a szesz vagy lúg felszivódott, a pustulák collodiummal bevonatnak. A viszketés gyorsan csillapul, esetleges recidivált eruptioknal újolag ezen eljárás. 3—4 kezelés után teljes gyógyulás. (Monatshefte f. prakt. Dermat. 1899.

Schik Károly.

Icterus syphiliticus. *Arnheim* 10 esetről számol be, hol a korai icterus a syphilis kisérője volt. Az említettekből csak egy esetben lépett fel az icterus a syphilitikus roseolákkal egyidejűleg, a többi esetben már a primaer affectio idején jelentkezett. Két esetben emésztési zavarok, két esetben májhypertrophia nyomási érzékenységgel. Az összes esetek nőkre vonatkoznak. Szerző még két atrophia hepatis acuta esetet említ, melyek közül az egyik recens luessel kapcsolatosan, a második antiluetikus kúra befejezte után lépett fel. (Monatshefte f. prakt. Dermat. 26. kötet.)

Schik Károly.

A nők intertriginosus bőrbetegségeiről közölnek érdekes dolgozatot *Brocq* és *Bernard*. Felhivják a figyelmet arra, hogy a baj mily közönséges, főleg oly nőknél, a kik blenorrhoeában vagy vulvaris syphilidekben szenvednek. A bántalomnak legkedvenczebb székhelye a nagy ajkakkal szemben levő helye a czombok belfelületének, a melyet szerzők rövidség kedveért genito cruralis gödröcskének nevezznek. Előfordul továbbá a czombok belső felületén és az anus körül is. A betegség főképen két alakban nyilvánul: az egyik a nyugalmi állapot, a midőn a nevezett helyeken hosszirányban futó felületes barázdáltság látható, a mely állapottal karöltve az esetek túlnyomó többségében pigmentatio is észlelhető. A bántalom úgylátszik gyakrabban jelentkezik oly nőknél, a kiknek genito-cruralis gödröcskéjét szőr nem borítja; a pigmentatio pedig annál fokozottabb, minél sötétebb az egyén általános bőrszíne. Fájdalom vagy viszketés teljesen hiányzik. A másik a lobos állapot, a melynél szintén jelen van az említett barázdáltság, csakhogy itt kifejezettebb, az alap maga duzzadt, lobos, a beteg pedig subjective rendszerint viszketést érez. Ugy a lobos duzzanat, mint a viszketés bőrvizes mosogatásokra a legrövidebb időn belül eltünik. A szövettani elváltozás ezen utóbbi állapotnál abban áll, hogy az epidermisnek összes rétegei a lobos reactio tünneteit mutatják.

A bántalom főleg oly nőknél fejlődik ki, a kik nem tartják magukat tisztán. A gyógykezelés a kóros váladék távoltartásában, a bőr tisztántartásában, a beteg helyeknek bőrvizzel való mosogatásában és utólagosan zinkpuderrel való behintésében áll. A prognosis mindig jó. (Annal de dermatol. et. de syphil. 1899. január.)

Huber Alfred dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A Taeschner-féle pertussinnal, mely a thymus vulgarisnak szörppel édesitett folyékony kivonata, kitünő eredményeket ért el Ernst Fischer hökhurutnál, a gége s légcső heveny s idült hurutjainál s tüdő-

tágulatnál. A gyógyszer hatását úgy magyarázza, hogy a görcsös köhögést megszünteti s a tapadós nyákot lazábbá teszi. Éme tulajdonságáért jó eredményt vár a pertussintól a légutak álhártyás lobjánál s a tüdőgyuladás oldódási szakában is. (Deutsche med. Wochenschrift. 1898. 27. sz. Therapeutische Beilage, 7. sz.)

Hysteria két esetét ismerteti *Fuerst*, mint a melyek gyakorlati szempontból fontossággal birnak. Az egyik esetben gyomormosást akartak végezni. A 43 cm.-nyire bevezetett gyomorcső azonban oesophagus-görcs folytán beszorult, úgy hogy csak mély chloroform-narkosisban volt eltávolítható. A másik esetben gümőkórra lévén gyanus a beteg, tuberculin-befecskendést végeztek, mire kifejezett reactio állott be hőemelkedés alakjában. Ugyanilyen hőemelkedés mutatkozott azonban akkor is, a mikor tiszta vizet fecskendeztek be, sőt egyszerűen a canule beszúrása is már kiváltotta a hőemelkedést. A beteg tudta, hogy az injectio hőmérsékében valami változást fog előidézni; ez a képzet elegendő volt arra, hogy objective kimutatható hőemelkedés álljon be. (Deutsche med. Wochenschrift, 1900. 14. sz.)

Himlő gyógyítása salollal. Említettük volt már, hogy *Begs* szerint a salol napi 4 grammos adagban kedvező befolyást gyakorol a himlőnél, a mennyiben a pustula-képződést megakadályozza és általában a lefolyást enyhébbé teszi. Ujabban *Biernacki* és *Napier Jones* tapasztalataik alapján szintén igen kedvezően nyilatkoznak a salol-kezelésről, a melyet az eddig rendelkezésünkre álló himlőellenes gyógyításmódok közül a legjobbnak mondanak. (British med. journal, 1900. junius 2.)

Gümőkórosak hasmenése ellen *Domner* és *Rancon* a has faradizálását ajánlják. Naponként 2—3-szor végzik ezt 4—5 perczen át oly erősségű árammal, hogy a hasizmok összehúzódjanak. Az eredmény már néhány nap mulva feltünő. (Bulletin médical, 1900. 48. sz.)

Haemoptoë egy súlyes esetét irja le *Aronsohn*, mely a szokásos kezeléssel (teljes nyugalom, jégtömlő, tinctura haemostyptica Denzel, liquor ferri sesquichlorati, plumbum aceticum, digitalis) 10 napon át daczolt és tej-klysmákra azonnal megszünt. A tej-klysmák hatását eddig még nem tudják megmagyarázni; a szájon át adott tej hatástalan. (Deutsche medic. Wochenschrift. 1900. 31. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. október 12.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 39-dik hetében (1900. szept. 23-dikától szeptember 29.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Élveszületett 447 gyermek, elhalt 241 egyén, a születések tehát 206-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 33·9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 18·2, az egy éven felüli lakosságnál: 13·9, az öt éven felüli lakosságnál: 12·8. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 0, pertussis 0, morbili 1, scarlatina 8 variola —, cholera asiat —, typhus abdominalis 6, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 7, apoplexia 2, eclampsia 10, szervi szívbaj 21, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 14, tuberculosis pulmonum et phthisis 40, diarrhoea et enteritis 15, gastro-enteritis 17, rák és egyéb újképletek 19, ezek közül méhrák 3, morbus Brightii et nephritis 4, rachitis 1, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 16, atrophia et inanitio 2, marasmus senilis 5, erőszakos halálesset 14, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 6, baleset 6, kétséges 1 (—). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2526 beteg, szaporodás e héten 743, csökkenés 776, maradt e hét végén 2493 beteg. *B)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi szeptember 24-dikétől szeptember 30.-áig terjedő 38. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 52 (41), diphtheria, croup 20 (15), hagymáz (typhus) 22 (15), kanyaró (morbili) 34 (49), trachoma 6 (10), vérhas (dysenteria) 2 (6), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 9 (17), orbáncz (erysipelas) 22 (20), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (0), ezenfelül varicella 17 (21).

○ **Az állatorvosi főiskola** megnyitó ünnepe az intézet új disztermében f. hó 9-dikén folyt le.

A megnyitó beszédet *Hutyra Ferencz* dr., a főiskola rektora tartotta, beszámolva a mult tanév jelentősebb mozzanatairól. Az új szervezeti szabályzat, a mely az intézetet a többi főiskolák rangjára emelte, a mult évben lépett először életbe, de még nem érvényesülhetett a maga teljességében. Hatása azonban már érezhető volt. A beiratkozott hallgatók száma eddigelé el nem ért magasságra emelkedett, úgy hogy szinte félni lehetett, hogy az állatorvosi kar túltömöttsége majdnem proletariatust szül. De alaptalanná teszi ezt a félelmet az új tanulmány-rend szigorúsága, a mely még idejekorán eltávolitja azokat, a kikben kevés a kötelességérzet, s főleg nem elég nagy a hivatás iránti szeretet. A kellő arány ilyeténképen megmarad, s míg egyrészt megszűnik majd az állatorvosokban érezhető hiány, másrészt nem kell tartani attól, hogy az állatorvosi tanulmányait befejező ifjú kenyér nélkül marad. Statistikai adatokkal számol be azután a rektor a mult esztendő tanulmányi eredményeiről, s végül szorgalmas munkára, kötelességérzetre és választott hivatásuk iránti szeretetre buzditotta a fiatalságot.

⊕ **A törvényszéki orvosi vizsgáló bizottság.** Az igazságügyminister a törvényszéki orvosi vizsgáló bizottság tagjaivá *Czárán István* kir. itélőtáblai birói czimmel és jelleggel felruházott budapesti kir. törvényszéki birót, *Felletár Emil* dr. orsz. birósági vegyészt, *Genersich Antal* dr. budapesti kir. tudomány-egyetemi ny. r. tanárt, *Katona Béla* dr. kir. koronaügyészi helyettest, *Kenyeres Balázs* dr. és *Lechner Károly* dr. kolozsvári Ferencz József-egyetemi ny. r. tanárokat, *Moravcsik Ernő Emil* dr. budapesti kir. tudomány-egyetemi ny. rk. tanárt, *Preisz Hugó* dr. kir. állatorvosi főiskolai ny. r. tanárt, *Réczey Imre* dr. kir. tudomány-egyetemi ny. r. tanárt, *Salgó Jakab* dr. orsz. tébolydai főorvos egyetemi magántanárt, *Szabó Dénes* dr. kolozsvári Ferencz József-egyetemi ny. r. tanárt, *Szász Béla* kir. itélőtáblai biró czimmel és jelleggel felruházott kolozsvári kir. törvényszéki birót és *Traiber Vincze* királyi főügyészi helyettest három év tartamára kinevezte.

// **Védekezés a pestis ellen.** A hivatalos lap f. hó 7-diki száma a belügyminister körrendeletét közli, mely az Egyptomból származó némely árúra és tárgyra nézve f. évi május 7-dikén kelt rendeletével közzétett s a törvényhatósággal f. évi május 12-dikén kelt körrendelettel közölt, behozatali és átviteli tilalmat kiterjesztette *Glasgowra*, minthogy ebben az angol kikötővárosban a pestis jelenlétét megállapitották és az angol kormány részéről hivatalosan is notifikálták. Felhivja egyuttal a törvényhatóságokat, hogy a Glasgowból netalán területükre érkező utasokat Glasgowból történt elutazásuktól számitott 10 napig megfigyelés alatt tartsák.

— **Tisztiorvosválasztás.** A fővárosi közgyülés f. hó 9-dikén *Demkó Béla* dr.-t és *Feleki Sándor* dr.-t tisztiorvosokká megválasztotta.

⊥ Ifj. **Klug Nándor** dr. A „Stefánia"-gyermekkórház választmánya a fülgyógyászati rendelőorvosi állásra, mely *Böke* tanár lemondásával üresedésbe jutott, ifj. *Klug Nándor* dr.-t választotta meg.

○ **Korányi Sándor** dr.-t egyetemi ny. rk. tanárrá történt kineveztetése alkalmából az I. sz. belklinika jelen és volt alkalmazottai ünnepélyes ovatiokban részesitették és tiszteletére bankettet rendeztek.

⊕ **Hajós Rezső** dr. fürdőorvosi gyakorlatát — tanulmányi útjáról visszatérvén — Lussin-Piccoloban megkezdette.

⊙ **Gáger Károly** dr. Gasteinból visszatérve, *Arcoban* fürdőorvosi gyakorlatát újra megkezdette.

□ **Orvos kerestetik.** Budapesttől alig háromnegyed órányi járásra egylet részére egy orvost keresnek *egyelőre* 600 korona évi fizetéssel. Ajánlatok VIII., Kőfaragó-utcza 8. sz., I. em. 20. adandók be.

⊕ **A Kézmárszky-féle szülészeti poliklinika** segélyét f. év szeptember havában 61 esetben vették igénybe 39 műtéttel. Évi folyó szám 608.

± **A Tauffer-féle szülészeti poliklinikum** szeptember hóban 132 esetben nyujtott segélyt. Az esetek évi folyó száma: 1249.

△ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** szeptember hóban 945 esetben működött. Évi folyószám 8531.

+ **Lelenczügy.** A Fehér-Kereszt Országos Lelenczház-Egyesület szeptember hónapban felvett a központban 229, tizenegy fiókintézetében 348, összesen 577 lelencz, elhagyatott és árva gyermeket. Nevelt a központban 3884, a fiókokban 2133, összesen 6017 gyermeket.

⊕ **Az országos orvosszövetség elnöksége** a közgyülés által elfogadott memorandumot a belügyministernél benyújtotta.

⊙ **Megjelent.** *Kiss Gyula* dr.-tól: A gonorrhoea kezelése férfinál. Budapest 1901. Ára 3 korona. Mai Henrik és fia bizománya.

* * *

—i. —d. Jelen számunkhoz a *Benno Jaffé & Darmstädter Martinikenfelde* bei Berlin czég *Sidonal* szerre vonatkozó melléklete van csatolva.

A KRONDORFI SAVANYÚVIZ KITÜNŐ ASZTALIVIZ ÉS NYÁLKAOLDÓ GYÓGYITAL.

Magyarországi főraktár: **Budapest, V., Zoltán-utcza 10.**

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. Prospectust ingyen küld az **igazgatóság.**

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**" (Ujonnan épült 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 X. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus Párisban 1900. (650. l.) — A párisi XIII. nemzetközi orvosi congressus szaküléseiből. (651. l.)

A X. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus Párisban 1900.

(Vége.)

Mazza egy új bacillusról értekezik, mely a tyúkoknál egy choleraforma epidemiát okoz.

Markl a pestis toxinjáról és az antitoxikus pestis serum készítéséről értekezett. Még többen tartottak értekezéseket, melyeket mind e szűk keretben felsorolni lehetetlen.

Az első szakosztály végre következő határozatokat és kivánalmakat fogadott el:

A közegészségügyre igen fontos és kikerülhetlen, hogy a kormányok és városok elegendő számban állítsanak fel oly laboratoriumokat, a melyekben a diphtherikus betegek és diphtheriát kiállott convalescensek váladékai ingyen vizsgáltassanak meg.

Kivánatos, hogy a diphtheriából kigyógyult gyermekek csak akkor bocsáttassanak ismét iskolába, ha oly bizonyítványt hoznak, hogy torkukban nincs már virulens bacillus.

Miután az antidiphtherikus serum praeventiv alkalmazása többször elégséges eredményeket szült, minden államból erre nézve adatok gyüjtendők. Ez adatok megszerzése és gyüjtése egy nemzetközi bizottságra bizatott és ennek feladata leend a jövő congressuson erről referálni.

A serum activitása mérésének egyöntetűségére vonatkozó munkálatok napirendben maradnak és a következő congressus tárgyát fogják ismét képezni.

A védhimlő-oltás és újraoltás kötelezővé tétessék minden államban.

A II. szakosztály tárgyát a tápszerek hygieneje, valamint a chemikus és állatgyógyászati tudományok alkalmazása a közegészségügyre képezte.

Riche Alfred referált az edények választásáról és tulajdonságairól, melyekben élelmi szereket és italokat lehet készíteni és eltartani, kifejtve és részletesen előadva azon anyagokat, melyeket ily czélra használni nem szabad.

Bordas F. értekezett, vajjon tűrhető vagy eltiltandó-e az élelmi szerekhez úgynevezett conservativ antiseptikus anyagok hozzáadása és azon conclusiora jő, hogy ez végleg eltiltandó volna.

Lévy Albert értekezésében azon óhaját fejezi ki, hogy a vizek és levegő vegytani elemzésénél egyöntetű módszerek és meghatározások alkalmaztassanak.

Vaillard a conservekről tart hosszabb előadást és ezek készítésénél több ellenőrzést, sőt hygienikus szempontból ezek előállítására szabályzat megalkotását kivánja.

Ogier J. és Rocques X. szintén a conservekről tart előadást és módozatokat ismertet, melylyel az egészségre ártalmatlan conservek állíthatók elő.

Hanriot M. az ásványvizek töltése, kezelése és árusítása tárgyában szakszerű módszereket ajánlva, azon conclusiora jő, hogy ásványvizek csakis gyógyszerészek által hozassanak forgalomba.

Laurent A. a kenyérkészítésnél a közegészségügyre való tekintettel többféle készítésmódot ismertet.

Bordas a mesterséges jégről, *Walter* a különféle gázok által telített vizekről beszél hygienikus szempontból.

Schürmayer a növényi fehérnyékről és néptáplálásról beszél, míg *Morot* azon módszereket ismerteti, melyek kivánatosak volnának a vágóhidakban vágott hús vizsgálatánál és a hús eladásánál.

Ezen előadások tekintetbe vétele után a II. szakosztály következő határozatokat és kivánalmakat fogadott el.

Minden conservszelenczén feltüntetendő a gyártás napja és készittessék egy oly szabályzat, melyet minden conserv-gyáros készitményeinek gyártásánál betartani tartozik.

Ételek és italok eltartásánál minden antiseptikus anyag hozzáadása tilttassék el. A conservszelenczéknél az ólom 2—5% antimonnal helyettesítendő.

Kivánatos, hogy vízvezetékeknél csakis egy helyről jövő víz használtassék, jobb törvény és végrehajtási szabályok hozandók, hogy ipari vagy más piszok ne szenyezze a folyókat és biztosittassék az ivóvíz beszerzésének helye.

A III. szakosztály a mérnöki és építészeti közegészségügyet foglalta magában, melyben mérnökök és építészek szakmájukba vágó érdekes és fontos előadásokat tartottak, mire a szakosztály következő fontosabb határozatokat és kivánalmakat fogadott el.

Azon fontos oknál fogva, hogy az ivóvíz tisztasága minél nagyobb legyen, kivánatos, hogy az ivóvizek vizsgálata bakteriologikus szempontból egyöntetű legyen; ezen kérdés tanulmányozására egy nemzetközi bizottság választatott.

A congressus felhivja a kormányok figyelmét, hogy törvények által szabályozza a hús vizsgálatát, ennek kimérését és ez a mennyire lehetséges, egyöntetű legyen minden államban. Vágóhidak minél nagyobb számban állíttassanak fel.

Több fontos követelményt fogadtak még el, melylyel az egészséges háznak birnia kellene, hogy az a lakók közegészségének mindinkább megfeleljen, pl. minden talaj-szenyvíz stb. azonnal távolittassék el, minden lefolyási cső szelepes legyen, az ilyen csöveket alaposan lehessen szellőztetni, hogy csatornalevegő ne hatolhasson a lakásokba, a lakások túlzsúfoltsága ellen törvényes intézkedések hozassanak életbe.

A IV. és V. szakosztály az ipar és társadalom (egyesületek, iskolák, nevelés, börtönök stb.) közegészségügyével, valamint a hulla égetésével foglalkozott.

Igen sok előadás tartatott e szaküléseprogrammjának megfelelőleg, melyek közül az igen érdekesek és fontosak közül némelyeket emlitek csak fel. A teherben levő nő, a méhben levő gyermek, a kisdedek, a gyermekek, a munkások közegészségügye több szép előadásban tárgyaltatott és mindegyik előadó ezek sorsának főleg közegészségügyi szempontból való javitásának előmozditására fordította főfigyelmét. Tárgyaltatott a munkások lakásviszonya, a munkaidő czélszerű beosztása, némely ipari munkánál előforduló kártékony befolyások javitása, a ragályos betegségekben szenvedő betegek izolálása és még sok más a szakosztály keretébe tartozó kérdés.

E két szakosztály fontosabb kivánalmai következők voltak:

Kivánatos, hogy minden áldott állapotban lévő asszony, a ki pénzért szolgál vagy munkát végez, a terhesség utolsó három hónapjában fizetése megtartása mellett a munkától felmentve legyen. A családra, a gyermek közegészségére vonatkozó fontos tudnivalók az alsó és felső iskolákban tanitandók, különösen leánynevelő-intézetekben.

Minél több bölcsőde és kisdedóvoda állíttassék fel. Minden ragályos beteg a körülményeknek megfelelőleg lehetőleg izolálva ápoltassék.

Az államok és hatóságok az adó leszállitásával és más megfelelő módok által is segitsék elő, hogy minél inkább a közegészség követelményeinek megfelelő munkáslakások épittethessenek.

Ingyenes fürdőket minél nagyobb számban kell létesiteni.

Gyári városokban különösen a fekete füst képződését meg kell akadályozni és e czélból a füstemésztő eljárások használata kötelezővé tétessék.

Valamennyi államban tanulmányozni kellene azon kártékony befolyásokat, a melyeket különféle iparágak gyakorolnak a munkások egészségére, és erre nézve statistikai adatokat kellene összeállítani.

Oly gyárakban, melyekben az egészségre veszedelmes por képződik, kellő szellőztetés alkalmaztassék, vagy ha ez általában lehetséges nem volna, a congressus ajánlja oly eszközök használását, melyek legalább egyénileg gátolják ennek belehelését, ú. m. álarczokat, inspirateuröket stb.

Kivánatos volna, hogy azon törvény, mely Francziaországban megengedi a kereskedésekben alkalmazott nőknek az ülést, minden országban szintén hozassék be.

Az államok távolitsák el lehetőleg azon akadályokat, melyek a laégetést gátolják.

A VI. szakosztály a katonai, tengeri és gyarmati közegészségügygyel foglalkozott több előadásban, melyek után következő kivánalmak fogadtattak el:

Kivánatos, hogy a hygiene taníttassék az érdekeltek körében, állíttassék fel Francziaországban és más államokban is, melyeknek coloniái vannak, oly iskola, melyben az úgynevezett tropikus betegségek ismertessenek; taníttassék ott a coloniában leginkább előforduló betegségek pathologiája és a coloniák közegészségügye, úgy a mint ily iskola már Londonban és Liverpoolban fennáll.

A coloniákban levő hadsereg a közegészségnek megfelelő lakásokban vagy táborokban lakjék.

A coloniákban is sanatoriumokat kellene létesiteni.

A VII. szakosztály az általános és nemzetközi közegészségügygyel, a ragályos és fertőző betegségekkel és a közegészségügyi törvények és szabályokkal foglalkozott.

Ezen szakosztályokban *Landouzy* és *Mosny* számos adattal és érvvel bizonyitja, mennyire fontos az emberiségre nézve, hogy a tuberculosis hivatalos és kötelezett bejelentése minden országban keresztül vitessék, a mit a congressus el is fogadott.

Előadása végén ajánlja minél több népsanatorium felállitását.

Vallin E. és *Martin J.* előadása folytán e szakosztály kivánatosnak tartja, hogy a ragályos betegeknek hivatalos bejelentése kötelezővé tétessék minden államban.

Calmette a pestis elleni védekezésről értekezik praeventiv oltások által és erre a congressus azon kivánalmát fejezi ki, hogy minden hajótársaság, minden hajótulajdonos és a katonai tengerészet elegendő antipestis serummal legyenek ellátva, ha pestises helyekre indulnak; a franczia kormány kezdeményezzen egy újabb nemzetközi értekezletet a pestis prophylaxisa tárgyában és végre, hogy a hajóorvosoknak függet-

len működésük és intézkedési joguk legyen a kapitányokkal, valamint a hajótársaságokkal szemben.

Proust és *Wurtz* érdekes adatokat közöl a sárgaláz bacillusa és prophylaxisa tárgyában.

Bourges H. a syphilis prophylaxisáról és gyógyításáról értekezik. Ezenkivül még számos értekezés volt: a különféle desinfectiok alkalmazásáról, az influenza, a tuberculosis, a katonaságnál előforduló syphilis prophylaxisáról stb.

E szakosztály azon kivánalmát is kifejezi, hogy gondoskodni kellene alkalmas módokról a syphilis ingyenes gyógyítására.

A VIII. szakosztály a közlekedési eszközök (vasutak, hajók, omnibusok, közúti vasutak és automobilek) közegészségügyét vette fel tárgyul.

Több előadás tartatott e szakosztályban is a szakosztályban felvett kérdések tárgyában, mire következő kivánalmak fogadtattak el:

Ragályos betegségben szenvedő utasoknak nem volna szabad utazni a közlekedésre szánt vasúti kocsikon, és ezért e czélra külön vasúti kocsik volnának alkalmazandók.

A vasúti kocsik berendezése olyan legyen, hogy azok könnyen tisztíthatók és desinficiálhatók legyenek és a desinfectio rationalisan és gyökeresen történjék meg ezekben. Szárazon söprés helyett a vizes söprés volna alkalmazandó.

A közlekedési kocsikban a köpés eltiltandó volna, éppenúgy a várótermekben és az indóház előcsarnokában.

Minden állomásnál jó ivóvíz legyen a közönség rendelkezésére.

A közlekedési eszközök, különösen a hajók helyiségei jól szellőztethetők legyenek. Szigorúan büntetendők azon vasúti alkalmazottak, kikre reábizonyult az iszákosság.

A demographai csoportban többek közt következő fontos kivánalmak fogadtattak el:

Kivánatos volna, hogy meghatároztassék a népszámlálásoknál azon adat is, hogy a lakások száma mily arányban áll a lakók számával, és erre nézve szorosan határoztassék meg, mi értetik egy helyiség (pièce) alatt és mi értetik egy lakás (logement) alatt.

A hyilvános épületek, a laktanyák, kórházak, zárdák és más középületek ne legyenek felvéve a lakások általános kimutatásában és külön tüntettessenek fel a statistikában.

Ezek voltak kivonatban a congressus főbb munkálatai, lényeges határozatai és kivánalmai; elég fontosak és az emberiség közegészségére áldásosak ezek és ha a kivánalmak csak részben is fognak teljesedésbe menni, kiválóan elő fogják mozditani a közegészségügyet. Megemlíthetem még, hogy a congressus szakosztályainak ülései nem voltak nagyon látogatottak, de ezt főleg a világkiállítás és Páris városának nagyszerű látványosságai okozták, melyek sok, különben buzgó tagot, elvontak azoktól.

Még röviden meg kell emlékeznem a congressust bezáró ülésről, mely augusztus 17-dikén délután 3 órakor tartatott meg, és melyben Putzeys M. meghivása folytán, melyet kormánya nevében tett, elhatároztatott, hogy a jövő congressus Brüsselben fog tartatni.

Tudományos szakszerű működésük mellett a congressus tagjainak alkalmuk volt több kiránduláson, fogadtatáson és szórakozásban is részt venni. Augusztus 10-dikén a congressus megnyitása után Loubet a franczia köztársaság elnöke és neje fogadta a congressus tagjait más congressusi tagokkal együtt az Elysée palota fényes termeiben, a hol a terjedelmes szép kertben egy rögtönzött szinpadon az opera balletje tartott fényes előadást; a perzsa sah is megjelent ez ünnepélyen és a közönséggel együtt gyönyörködött a balletben, melyben a barbár, görög, régi és modern franczia tánczok voltak 4 képben pompásan előadva. Ugyanaznap este 10-kor a congressus elnöke, Brouardel tanár fogadta a tagokat a Faculté de médecin fényesen diszitett helyiségeiben.

Augusztus 13-dikán este 10 órakor Waldeck-Rousseau minister elnök és neje adott fényes estélyt a congressus tagjainak saját palotájában, melynek házi szinpadján Páris elsőrangú művészei által Offenbach operettjeinek egyvelege adatott elő csakis a francziák által alakitható igen finom előadásban, és végül Judic asszony, a francziák kedvencze, ámbár nem játszik már szinpadon, elragadóan alakitotta és énekelte Offenbach operettjeinek egynehány főalakját.

Augusztus hó 14-dikén nagy ebéd volt a világkiállítás „Paris vieux" látványos helyiségeiben, a hol eredeti szini előadás is gyönyörködtette a congressusi tagokat.

Több kirándulás is rendeztetett. Különvonaton az Acheresi síkságra, közel a St. Germaini erdőhöz mentek a kiránduló tagok és megszemlélték Páris városa gazdasági kertjét, mely körülbelül 10 kilometer hosszú és egy kilometer széles, és hol az 1895-ig teljesen puszta síkságot most buja és dús növényzet boritja, mely a párisi nyers csatornavizzel lesz öntözve. Kirándulás volt még Noiselbe, hol a Menier testvérek nagy chocoladegyárát, a munkáslakásokat és gazdasági kerteket mutatták. Ezenkivül sokan meglátogatták a tagok közül az Institut Pasteurt, a nagy közcsatornahálózatot, a choisy vizfiltráló medenczéket és sok más párisi közegészségi és philanthropikus intézetet.

A világkiállításon a közegészségügy egy külön nagy pavillonban a Quai d'Orsay-n volt bemutatva és szépen rendezve, hol a bemenetnél a Salon Pasteur ennek méltó kezdetét képezte. A nagy franczia tudós mellszobra állott ott, mely felett egy idealis női alak egyik kezében babérkoszorút, mint az érdem, másik kezében pálmaágat, mint a tudomány fényes győzelmének jelképét tartotta; a világkiállitás is kifejezte ez által hódolatát és kegyeletét, melyet e nagy tudós méltóan kiérdemelt.

A jövő Brüsszelben tartandó XI. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus feladata leend a közegészségügyet, mint a nemzetek főkincsét, tovább fejleszteni. *Jármay Gyula* dr.

A párisi XIII. nemzetközi orvosi congressus szaküléséből.

Szülészeti szakosztály. (Folytatás a 634. laphoz.)

Bernheim (Páris) szerint a tuberculosist — praedisponált egyéneknél — a terhesség nem indítja ugyan meg, de nagyon fiatal nőknél vagy ismételten egymás után következő szülések után a gyengeség és a szülőutak sérülései elősegítik a tubersulosis bacillus behatolását. Az atya tuberculosisa nem zavarja a terhességet; az anyánál kifejezett tuberculosis abortust okoz gyakran. Az újszülöttet születése után azonnal el kell távolítani és különös gondot kell fordítani a táplálására. Phthisikusok ne szoptassanak. Ha a tuberculosus nők állapota terhességük következtében súlyosbodik: meg kell indítani a koraszülést.

A. Herrgott (Nancy) emliti hogy, két terhes nőnél szülés előtt két nappal az appendicitis tünetei léptek fel, az egyiket azonnal, a másikat pedig a szülés után öt órával operálta meg, mind a két nő általános peritonitis következtében meghalt 2—6 nap után. Az appendicitist a szülés súlyosbítja, mert a képződött helybeli összenövéseket széttépi és általános peritonitist okoz. Minden nőnél műtétet kell végezni, a ki appendicitist állott ki és olyan viszonyok közé kerül, hogy terhességbe jutása valószinű.

Ch. Vivier (Bordeaux) kóros puerperium esetén a hüvelyt feltárja, a méh üregét curettezi és kiöblíti, végül jodoform-gaze drainaget végez.

Maygrier burokvisszamaradásnál szigorú hüvelyi antisepsist követel. Ha korai burokrepedést, vagy bűzös magzatvizet vagy hőemelkedést talál, kézzel vagy curettevel eltávolítja a visszamaradt részleteket.

Budin szerint a tejképződés szülés után néha igen lassan indul meg, ilyenkor kisegitésül sterilizált tejet nyujtat. Jól működő mirigyek tejkiválasztása a csecsemő szükséglete szerint szabályozódik és ismét megindul, ha egy nő egy-két hétig nem is szoptatott.

Besson szerint szülés alkalmával a hüvelybemenetben, különösen a clitoris alatt (plexus Kobelt) fejlődött varixok megrepedhetnek és erősen véreznek. Jellemző a méh normalis összehúzódása; szülés előtt gondosan megtekintendő a hüvely.

Hagapoff az alsó végtagokon fellépő varixok ellen terhes nőkkel gummiharisnyát viseltet terhességük 4—9 hónapjában; szülés után az alsó végtagot 6—15 napig 20—50 cm. magas lejtőre helyezi és alkoholos dörzsöléseket rendel.

Crouzat egy fogót mutat be.

Nőgyógyászati szakosztály. (Folytatás a 619. laphoz).

Kanindjy (Páris) 3 leánycsecsemőnél életük 4—8. napján rendes menstruatiohoz hasonló kifolyást látott. Egy csecsemő ovariumában pedig érett, felpattanni készülő Graff folliculust talált.

Dudley (New-York) kétoldali salpingo-ovarectomia után az egészséges ovariumot vagy annak egy részét a méh fundusába oltja. Az operáltaknál a menstruatio normalisan folytatódott.

Hartmann a méhfüggelékek műtéteit per laparot. végzi, a széles szalagokat külön apró részletekben és a véredényeket egyenként leköti, igy a beteg felgyógyulása után a csonkok nem lesznek fájdalmasak.

Nanu 45 castratio abd. totalist végzett, meghalt közülök 6 beteg.

Delagénière 26 esetet sorol fel, a mikor az adnexa különböző megbetegedéseinél, medenczebeli genyedéseknél és hashártyaloboknál másodlagosan appendicitis lépett fel; ezek a tünetek rendesen a menstruatioval esnek össze; azonnal kell operálni.

Mauclaire kétoldali salpingo-ovarectomia után hét esetben a betegnek a bőre alá oltotta az ovariumot, háromnál sikerült a műtét. Műtét után négy hónappal még kitapinthatók ezek a bőr alatt, az egyik asszony pedig ez idő alatt kétszer normalisan menstruált.

Pozzi szerint az ovarium bőr alá oltása illusorikus; mert ha sikerül is a műtét: az ovarium felszivódik rövid idő mulva. Az asszonyok ritkán szenvednek a miatt, hogy elvesztették mind a két ovariumukat, inkább a bennhagyott selyemligaturák és a megtartott, de beteg ovariumrészletek okoznak fájdalmat.

Jayle szerint a nem teljesen ép ovarium működése már annyira le van szállitva, hogy a beteg annak hiányát nem érzi meg.

Kiriak másodlagosan fejlődött peritonitisnél újra felnyitja a hasüreget és 40° meleg 1‰ sublimat-oldattal kiöblíti és egy (40×70 cm. nagyságú) compress-szel kitömi. A compress végét a sebben erősíti meg és 3—8 napig hagyja benn.

Caballero (B.-Ayres) hasi műtéteknél angiotrypsiát végez és utána thermocautert használ.

Mendoza (Madrid) a méh és függelékeinek lobos bántalmainál a a hüvelybe 60° meleg vizet vezet; a canule-je úgy van szerkesztve, hogy a kifolyó meleg viz a beteg bőrét nem éri. Tíz perczig alkalmazza. *Schmiedlechner.*

A belgyógyászati szakosztály üléseinek főbb tárgyai a következők voltak:

A gyomorfekélyekről. Dieulafoy (Páris) szerint az ulceratiok nagysága pontszerű erosiok és nagy tallérnyi anyaghiányok között ingadozik. Néha egészen felületesek, máskor azonban egészen az izomrétegig terjednek. A tünetek és szövődmények (főképen carcinoma) ismeretesek. A felületes erosiok több vagy kevesebb pontszerű haemorrhagiából képződnek, a melyeket a gyomornyákhártyára telepedett pneumococcus idéz elő. Előadó a gyomorfekélyek képződésénél általában nagy fontosságot tulajdonít a bacteriumoknak és toxinjaiknak; ezeken kivül szerepet

játszanak edénysérülések és a túlságos mértékben savi kémhatású gyomornedv. A legkisebb erosioból is lassanként fekély képződhetik. Az így keletkezett fekélyt előadó exulceratio simplexnek nevezi és ez sokszoros is lehet. Ha a mélybe terjed és a muscularis mucosaeben fekvő véredényeket eléri, súlyos, néha halálhoz vezető vérzéseket okoz. A Cruveilhier által először leirt ulcus simplex idülten fejlődik és perforatiora hajlamos, a mi még veszedelmesebb, mint a vérzés. Specifikusak a gümőkóros és syphilitikus ulceratiok, tüneteik és complicatiok azonban azonosak. Ulcus simplex-nél, ha a belorvosi kezelés eredménytelen, a sebészi kezelés nem ajánlható eléggé.

Ewald (Berlin) az ulcus következményes bajai közül különösen az idült adhaesiv peritonitis következtében fejlődő perigastritisnek tulajdonít nagy jelentőséget. Felismerése nem könnyű, különösen ideges gyomorzavarokkal téveszthető össze. Belgyógyászati kezelése teljesen eredménytelen, egyedüli mentség a műtevés. Az ulcerosus stricturákból eredő homokóra-gyomor szerinte következő módon ismerhető fel: a gyomrot levegővel felfujjuk, azután átvilágitjuk, a mikor jól feltünik a lefűződött pylorikus rész jobbra a vörösesen fénylő felső gyomorrészlettől.

Tourtoulis Bey (Cairo) acut fibrinosus pneumonia egy esetében bélvérzést észlelt, a mely pneumococcusok hatásának volt tulajdonitható.

Doyen (Reims) mindazon esetekben javultnak tartja a laparotomiát, a melyekben a belső kezelés eredménytelen. Ilyenkor gyakran találunk a fejlődés kezdetén levő álképleteket, a melyek kiirtása tartós gyógyulás reményével kecsegtethet. Erős vérzések szintén javalják a műtétet. Legtöbb esetben elegendő a gastroenterostomia, a mely után a fájdalmak és vérzések megszünnek és a beteg táplálása lehetővé válik.

Az ideges hányásról és kezeléséről tartott előadásában *Bendersky* tiszta langyos vizzel való gyomoröblítéseket ajánl, mint a mely eljárással 14 makacs esetben jó eredményt ért el.

Crises gastriques. Favulla (Barcelona) a központi idegrendszer systematikus laesioitól függő gastrikus kriziseken kivül olyan kriziseket is felvesz, melyek a gyomor ideges izgatásából erednek. Egy esetében 6 év alatt 5 roham jelentkezett, a nélkül, hogy valami idegbetegség tüneteit lehetett volna kimutatni. Legjobb kezelési mód a morphium bőr alá fecskendezése; a rohamok közötti időben az ideges ingerlékenység csökkentésére valerianát ad, továbbá hygienikus és hydriatikus kezelésben is részesíti a betegeket.

A zsír viszonyáról az emberi gyomor működéseihez. Strauss (Berlin) szerint nagy mennyiségű tejzsir a sósavelválasztást csökkenti, a gyomor mobilitását pedig nem zavarja. Az ojtó elválasztása inkább fokozódott, a pepsinelválasztás pedig többnyire csökkent; az osmotikus nyomás lefolyása a gyomorban nem mutatott tetemesebb eltérést. Hyperaciditasban szenvedők belében a zsírkihasználás és a tolerantia nagy mennyiségű tejzsir használata mellett mindig jó volt, ha kellő alakban adta a tejzsírt. Eredményei alapján az utóbbi három évben ulcus ventriculi, hyperaciditas, hypersecretio és a gyomor motorikus elégtelensége számos esetében használta a tejzsírban dús diaetát, oly módon, hogy naponként 120—350 gramm zsírt adott tej, Jaworski-féle „Kraftmilch", tejszín és vaj alakjában, egyes esetekben még olajat is, mindig jó eredménynyel. Hyperaciditasnál 100—120 gramm fehérjéből, 200—250 gramm szénhydrátból és 150—200 gramm zsirból álló diaetát rendel. A gyomor motorius elégtelenségénél szintén ajánlja, hogy a könnyen erjedő szénhydrátok egy részét a nehezen bomló zsirral pótoljuk és időnkint, különösen a kezelés elején, tisztán fehérjéből és zsírból álló étrendet használjunk.

Oleum olivarum nagy adagainak gyógyértéke a pylorus és duodenum organikus és spastikus szűkületeinél, valamint ezek következményi állapotainál (gyomortágulat) czimmel értekezett *Cohnheim* (Berlin). A betegeknek 3-szor naponkint egy órával az étkezések előtt 50 köbcentimeter olajat ad (per os vagy gyomorcső segitségével); esetleg nagyobb mennyiségben (100—150 köbcentimeter) egyszerre is bevihető az olaj, melyet czélszerű testhőmérsékre felmelegíteni. Az olaj három indicationak felel meg, a mennyiben a görcsöt szünteti, a dörzsölődést csökkenti és a táplálkozást javítja. Az eljárás a czimben emlitett bajoknál igen jó eredményeket ad, úgy hogy minden pylorusszűkület miatt tervbe vett műtevés előtt ajánlatos volna megkisérelni az olajjal kezelést. Érdekes, hogy tisztán ideges (hysterikus) pylorus-görcsöknél az eljárás teljesen eredménytelen, úgy hogy differential-diagnosisra is felhasználható.

Matthieu (Paris) megállapitotta, hogy az olaj a sósavelválasztást a gyomorban csökkenti és azért használatát ajánlja mindazon esetekben, melyekben hyperchlorhydria szerepet játszik.

Az oesophagus idiopathikus tágulásáról Einhorn (New-York) tartott előadást. A kórisme szempontjából fontosak a következők: az oesophagus és a cardia a gyomorcső számára átjárható, az oesophagusból azonban változatlan ételmaradékok távolithatók el; a nyelési zörej hiányzik. Előadó 12 idetartozó esetet észlelt, melyek közül kettőben trauma volt az ok. A baj nagyon hosszadalmas. A kezelés tekintetében utasítjuk a beteget, hogy mellkasának összeszorításával nyomja le az ételeket a gyomorba; az oesophagus minden este kiöblitendő. Természetesen az étrend is kellőkép szabályozandó.

A gastro-enterostomia javalatairól és eredményeiről értekezett *Bourget* (Lyon) 100 észlelete és 46 műtett esete kapcsán. A gastroenterostomia javalt mindazon esetekben, melyekben a pylorus a táplálék tovajutása elé akadályokat gördít az által, hogy daganatképződés, fibrosus hypertrophia vagy heges, fekélyes retractiok folytán szűkült. Ellenjavalt a gastro-enterostomia ideges spasmus okozta muló pylorusszűkületnél, továbbá ptosis vagy a gyomorizomzat atoniája okozta gyomortartalom-pangásnál. Műtét előtt a gyomor motorius működése pontosan megvizsgálandó, pylorusgörcsre gyanú esetén esetleg többször is. A langyos fürdő és bromkalium megnyugtató hatása szintén tekintetbe veendő. A gastro-enterostomia tartós gyógyulásra szokott vezetni és még rosszindulatú álképletek esetén is tetemesen meghosszabbítja az életet. A gyomor secretorius működése a műtét folytán nem szenved, a motorius pedig tetemesen javul.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

A „**budapesti orvoskari alapitvány**" f. é. kamatai elszegényedett magyarországi illetőségű, magyarországi egyetemen felavatott fedhetlen jellemű orvosdoktorok segélyezésére fordítandók, oly módon, hogy a segélyezésnél előnyben fognak részesittetni az olyan elszegényedett orvosok, kik agg koruk miatt hivatásukban, különösen ragályos járványok által munkaképtelenekké váltak. Segélyt nyerhetnek az évi kamatokból valamely epidemiának áldozatul esett orvosdoktorok hátramaradt és vagyontalan özvegyei is, különösen, ha kiskorú gyermekeik vannak.

Felhivom ennélfogva azon orvosdoktorokat és özvegyeket, kik a segélyre igényt tarthatnak, hogy az orvostanártestülethez **intézett kellően felszerelt és megokolt** folyamodványaikat **f. évi október hó 20-dikaig** az orvoskari dékáni hivatalhoz nyújtsák be.

Jelen hirdetmény a dékáni hirdetmények tábláján kifüggesztetvén, egyúttal közhirré tétel végett a szak- és napilapok szerkesztőségeinek is megküldetik.

Budapest, 1900. évi október hó 4-dikén.

A budapesti kir. egyetem orvoskari dékáni hivatala.

Dr. Bókay Árpád, e. i. dékán.

Gregersen G. és fiai czég Zavidovic (Bosznia) vasút-állomáson lévő fűrésztelepe számára

orvost

keres. Két-három évi kórházi gyakorlat és egy szláv nyelv ismerete megkivántatik. Közelebbi feltételek megtudhatók

a czég budapesti irodájában, Lónyay-utcza 33. sz.

575/900. sz.

A kormányzatomra bizott Alsófehérvármegye kisenyedi járásában a járási orvosi állás elhalálozás folytán üresedésbe jövén, ezen **Koncza** község székhelyhez 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, minősítésüket és a tisztiorvosi vizsga sikeres letételét igazoló okmányaikkal felszerelt folyamodványaikat hozzám **november hó 20-dikáig** annál is inkább terjesszék be, mert a később beérkezendő kérvényeket figyelembe nem veendem.

Nagy-Enyed, 1900. évi október hó 3-dikán.

3—1 *Zeyk Dániel*, főispán.

7642/1900. szb. szám.

Udvarhelyvármegyében a VIII-dik közegészségügyi körorvosi állomás lemondás folytán üresedésbe jött.

Ezen körhöz Szentegyházas és Kápolnás, Oláhfalu, Lövéte és K.-Almás községek tartoznak **Szentegyházas-Oláhfalu** központtal, a hol az orvos köteles lakni.

Fizetése évi 800 korona és természetbeni lakás.

A körorvos nyáron a homoródi gyógyfürdőn fürdőorvosi teendőket végezvén, ezért külön 400 korona fizetés s a fürdőben két szobából álló lakás illeti.

Az orvosi rendelvények, valamint a műtétek díjjai is szabályozva vannak 1 koronától 10 koronáig, vagyontalan betegek díj nélkül gyógykezelendők.

Járvány kiütése, vagy hivatalból tett kiküldetésnél a körorvost díj nem illeti, csak természetben kiszolgáltatandó fuvar vagy annak ára kilóméterenként 20 fillér.

A körorvos köteles leend havonként és félévenként a járási orvoshoz egészségügyi jelentést és kimutatást beküldeni.

A pályázni kivánók felhivatnak, hogy az 1876. évi XIV t.-cz. értelmében felszerelt folyamodványokat folyó évi november hó 4-dikéig alulirt járási főszolgabiróhoz adják be.

Székely-Udvarhely, 1900. évi október hó 5-dikén.

Demeter, főszolgabiró.

5964/1900. szám.

Az üresedésben levő, Nyitramegye miavai járásához tartozó Krajna, Podkilava, Kosztolna, Hrachovistye, Vagyócz és Visnyó községekből álló **Krajna** székhelylyel rendszeresitett körorvosi állásra pályázatot nyitok.

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

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

Köteles a körorvos a szegényeket ingyen gyógykezelni és a kerületéhez tartozó községeket havonként legalább kétszer meglátogatni, mely látogatások alkalmával sem természetbeni fuvarra, sem pedig fuvarköltségre igénye nem lesz.

Mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, felhivatnak, miszerint az 1876. évi XIV. s az 1883. évi I. t.-cz. értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket alulirott jár. főszolgabiróhoz ez évi november hó 8-dikáig annál is inkább beterjesszék, mert a később beérkező kérvényeket tekintetbe nem veszem.

A választás határnapjáról a jelöltek külön fognak értesittetni.

Miava, 1900. évi október hó 6-dikán.

Csenkey, főszolgabiró.

7451/1900. kig. sz.

Szilágyvármegye I. közegészségügyi körben: Vártelek, Bréd, Mojgrád, Nyirsid, Egrespatak, Sz.-Pánit, Haraklán, Gurzófalva, Sz.-Fő-Keresztúr, Görcsön, Czigányi, Nagy-Doba, Kis-Doba, Debren és Sz.-Szt.-Király községekből **Zilah** székhelylyel rendszeresített, évnegyedenkénti utólagos részletekben a vármegye főpénztára által fizetendő 1000 korona fizetés, 600 korona fuvarátalánnyal javadalmazott **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra pályázatot nyitok.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy életkorukat, képesitésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérelmüket hozzám legkésőbb **folyó évi november hó 10-dikéig** adják be.

Zilah, 1900. évi október hó 6-dikán.

Főszolgabiró helyett:

Bay Ferencz, szolgabiró.

Negyvennegyedik évfolyam. 42. szám. *Budapest, 1900. október 21.*

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.

Dollinger Gyula: A Gasser-féle dúcz koponyaüregen belüli kiirtása az arteria meningea media lekötése nélkül. 653. l.

Baumgarten Egmont: Közlemény a budapesti poliklinika orr- és gégeosztályából. Sérüléses eredetű idült gégeszűkület. Két év mulva canul-eltávolitás. Gégemetszés és intubatio. Gyógyulás. 655. l.

Ruber József: Közlemény a rozsnyói Kósa-Schopper-kórházból. Gastritis phlegmonosa purulenta gyógyult esete. 656. l.

Tárcza. *Pekár Mihály* és *Heim Pál*: Orvosi dolgok a párisi kiállitáson. 658. l. — *Tövölgyi Elemér*: Berlini levél. 659. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Hültl Hümér*: A Meckel-féle diverticulumról. 660 l. — *Könyvismertetés. Rudolf von Hoesslin*: Über die Behandlung der Fettleibigkeit. 661. l. — *Lapszemle. Közegészségtan. Leigthon*: A tejben elöforduló bakteriumok száma. (Filep.) — *Klein* és *Houston*: A bacillus enteritidis sporogenes, mint a viz tisztaságának mutatója. (Filep.) — *Levin*: A sarkvidék bakteriumai. (Weisz.) — *Belgyógyászat. Kisch*: Az asszonyoknak a menopausa korában való diaetetikus gyógyitásáról. (—nt.) — *Pawinski*: Angina pectoris. (Surányi Miklós.) — *Rumpf*: A vegetarius életmód. (—nt.) — *Stinzing*: A szivbetegségek és az epilepsia között fennálló okozati összefüggésről. (Jakab László.) — *Jacob*: Parotitis complicatiojaként heveny pancreatitis. (Benedict.) — *Uhthoff* és *Maynard*: Pancreatitis haemorrhagica. (Benedict.) — *Sebészet. Fertig*: Mesenterialis cysta. (Rajnai Béla.) — *Tenderich*: A terhesség végén bekövetkezett bélelzáródás. (Rajnai Béla.) — *Szülészet és nőgyógyászat. Fritsch*: A symphiseotomia. (Wenczel.) — *Orr-, torok- és gégebajok. F. Klemperer*: Az ozaena és gyógyitása. (Tövölgyi.) — *Weischer*: A diabeteshez társuló gégebetegségekről. (Tövölgyi.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Binder*: Az ichtalbin. — *Baginsky*: Angina scarlatinosa. — *Baginsky*: A pemphigus csecsemőknél. — *Guerra*: Epefesték kimutatása a vizeletben. — *Fedele*: Elgenyedt gümős nyakmirigyek gyógyitása. 661—663. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészége. — Egyetemi alkalmazások. — Az országos elmeorvosi értekezlet szervezete és munkarendje. — A tisztiorvosi vizsgák. — Főorvosi állás. — Kitüntetés. — Szegő Kálmán dr. — Krondorf. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. 664. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet. Extractum Chinae „Nanning" czimű különlenyomat.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A Gasser-féle dúcz koponyaüregen belüli kiirtása az arteria meningea media lekötése nélkül.

Dollinger Gyula dr. nyilvános rendes tanártól.

A Krause-Hartley-féle eljárás szerint a háromosztatú ideg súlyos zsábáinál a Gasser-féle dúczot a halántéktájon képezett koponyalebeny nyilásán át távolitjuk el. A bőrből, izomzatból, csonthártyából és csontból álló lebeny lehajtása után ujjunkkal behatolunk a kemény agykéreg és a koponyaalap közé. Itt először útunkba akad az arteria meningea media, a mint a foramen spinosumon kilépve a kemény agykéregre átcsap. A segéd, egy külön e czélra szerkesztett spatulával felemeli az agyat a koponyaalapról és ekkor a műtő a foramen spinosum és a dura mater között leköti a véredényt. Csak ezután közelitjük meg a III-dik és a II-dik ágat, fejtjük le a dúczot a koponyaalapról és róla a dura matert, a mi megtörténvén, a dúczot fogas csipőbe fogjuk, a III-dik és II-dik ágat a koponyából való kilépése előtt átvágjuk és a dúczczal együtt az ideggyököt kihúzzuk. Az edény lekötése a szűk résben bizonyos nehézségekkel jár, a melyek miatt a lekötés nem mindig egészen biztos. Megtörténik, hogy a fonál átvágja az ütőeret, a mi különösen arterio-sclerotikusoknál esik meg könnyebben, vagy pedig megesik, hogy a fonál, a mikor az ütőér a két lekötés között átvágatik, az ütőér medialis végéről lecsúszik és ez a foramen spinosumba visszahúzódva csak tömeszeléssel elállítható vérzést okoz.

Friedrich[1] a Gasser-dúcz kiirtását tárgyaló czikkében egész sorozatát mutatja az eseteknek, melyekben az arteria meningea mediából származó vérzés a beteget vagy közvetlenül sodorta életveszélybe, vagy pedig a vérzés csillapitása körüli manipulatiok, tamponálás stb. közben a beteg septikusan lett befertőzve és meghalt. A műtők között szerepel König, Czerny, az amerikaiak között Finney, Fowler, Keen, stb., a mely körülmény arra vall, hogy nem a műtő technikai készületlensége, hanem maguk a boncztani viszonyok és a műtét alatt felmerülő egyéb nehézségek az okai egyik-másik eset kedvezőtlen kimenetelének. Bár az én első két esetemben, a melyeket a budapesti kir. orvosegyesületben bemutattam, az ütőér lekötése semmi complicatiot sem okozott, és első esetemet 55, a másodikat pedig 45 percz alatt fejeztem be, mégis tekintve a jeles sebészek fent idézett sorozatát, tanulmányokat tettem az iránt, hogyan lehetne ezen esetleg felmerülő nehézségeket elkerülni, nevezetesen nem lehetne-e a Gasser-dúczot az ütőér lekötése nélkül is eltávolitani.

Az arteria meningea media belépési helyét illetőleg Testu boncztani kézikönyvében azt olvassuk, hogy a foramen rotundum mögött körülbelül egy centimeternyire fekszik a foramen ovale, a trigeminus III-dik ágának a kilépési nyilása, e mögött pedig 3—4 millimeternyire a foramen spinosum, a melyen keresztül az arteria meningea media a koponyaüregbe lép. Azonban ez a leirás csak nagyjában érvényes. Hogy magamnak e viszonyokról pontos képet alkossak, Ajtay, Genersich, Lenhossék és Thanhoffer tanár urak intézeteiben, a tanár urak szíves engedelméből 50 felfűrészelt koponya mindkét felén e pontra vonatkozó méréseket tettem. Ezen 100 koponyafél a következő viszonyokat derítette ki:

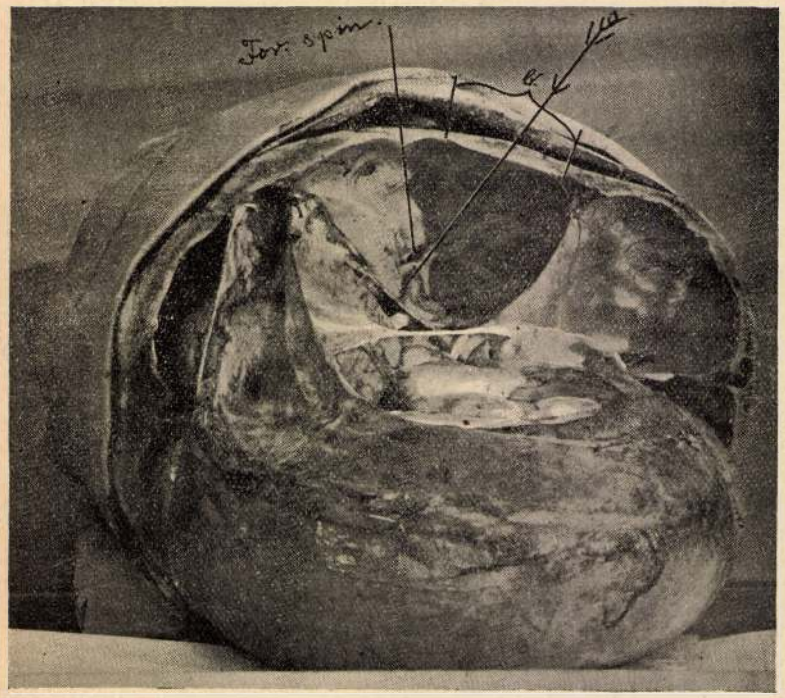
I. A foramen spinosum nem fekszik mindig a foramen ovale mögött, hanem néha előtte. 100 koponyafélben a foramen spinosum mellső széle hatszor feküdt a for. ovale hátulsó széle előtt, még pedig:

1	millimeterrel	. . . . .	4 esetben
1·5	„ „	. . . . .	1 „
2	„ „	. . . . .	1 „

II. A for. spin. mellső széle a for. ovale hátulsó szélével egy síkban 100 esetben 35-ször feküdt, vagyis ezen esetekben az ütőér épen a III-dik ág kilépésével egy síkban fekszik. Ha az

[1] Professor Friedrich P. L. Krankengeschichten und Heilausgänge nach Resection u. Exstirpation des Ganglion Gasseri etc. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. B. 52. P. 360. 1899.

ilyen esetben egyenesen kivülről hatolunk be a III-dik ágig és a dúczig, akkor az ütőér útunkban lenne, ellenben kivülről és mellülről hozzá lehet férni a III-dik ág kilépési helyéhez és a dúczhoz. A Krause-féle lebeny megengedi, hogy innen hatoljunk be, a mint azt az 1. számú ábra, a mely egy ilyen koponyaalapot tüntet fel, világosan mutatja. Az *a*-val jelzett nyíl mutatja a behatolás irányát, a *b*-nél közbefogott tér pedig a csontlebeny szélességét.



I. ábra. A koponyaalap bal fele szabaddá téve; *a*) a behatolás iránya, *b*) a csontlebeny szélessége.

III. A foramen spinosum mellső széle a for. ovale hátulsó széle mögött 100 koponyafélben 59-szer találtatott és pedig:

1 millimeterrel	. . . .	18 esetben
1·5 „	. . . .	10 „
2·0 „	. . . .	23 „
2·5 „	. . . .	2 „
3·0 „	. . . .	2 „
4·0 „	. . . .	3 „
5·0 „	. . . .	1 „

IV. Figyelembe vettem a csonthíd viszonyait, a mely a foramen ovalet a foramen spinosumtól elválasztja. Ez 100 eset közül 5-ben hiányzik.

Ezen esetekben tehát az arteria meningea media a foramen ovalenek egy hátsó külső kis kiöblösödésében, vele tehát egy közös likban fekszik A következő táblázat mutatja az itt előforduló viszonyokat:

A for. ovale és for. spin. közötti híd teljesen hiányzik	.	5 esetben
„ „ „ „ „ „ „ „ 1 mm.-nél vékonyabb		3 „
„ „ „ „ „ „ „ „ 1 millimeter	. .	10 „
„ „ „ „ „ „ „ „ 1·5 „	. .	8 „
„ „ „ „ „ „ „ „ 2·0 „	. .	31 „
„ „ „ „ „ „ „ „ 2·5 „	. .	4 „
„ „ „ „ „ „ „ „ 3·0 „	. .	23 „
„ „ „ „ „ „ „ „ 4·0 „	. .	8 „
„ „ „ „ „ „ „ „ 4·5 „	. .	1 „
„ „ „ „ „ „ „ „ 5·0 „	. .	4 „
„ „ „ „ „ „ „ „ 6·0 „	. .	1 „
„ „ „ „ „ „ „ „ 7·0 „	. .	1 „
„ „ „ „ „ „ „ „ 11·0 „	. .	1 „

Ezen adatokból már most az következik, hogy az esetek 59%-ában az arteria meningea media belépési helye annyira mögötte fekszik a foramen ovalenak, vagyis a III-dik gyök kilépési helyének, hogy ez a halánték tájékon készített nyiláson át megközelíthető, a nélkül, hogy szükséges lenne az ütőeret lekötni és átvágni. Ez esetekben a dúcz az ütér lekötése nélkül akkor is megközelíthető, ha egyenesen kivülröl hatolunk befelé, még könnyebben történhetik ez, ha kivülröl és mellülröl történik a behatolás. Az esetek 35%-ában a dúczot szintén el lehet az ütőér lekötése nélkül távolítani, csakhogy ez esetekben egy kissé mellülröl hátrafelé kell a dúczhoz behatolni. A II-dik gyök jóval előbb lép ki a koponyából és így ez eo ipso könnyen megközelíthető az ütőér lekötése nélkül. Ezek alapján előreláthatóvolt, hogy körülbelül az esetek 96%-ában el lehet a Gasser-dúczot távolítani a nélkül, hogy az art. men. mediát előzetesen lekötnők, és miután hullán többször meggyőződtem róla, hogy a Gasser-féle dúcz az arteria meningea media lekötése és megsértése nélkül teljesen kiirtható, a műtétet első izben 1900. év márczius hó 16-dikán hajtottam végre a kir. magy. tud.-egyetem I. sz. sebkórodáján. Azóta a műtétet még négy esetben, tehát összesen ötször végeztem, a mely esetek számát elegendőnek tartom ahhoz, hogy e tanulmányt közzétegyem és eljárásomat megismertessem.

A koponya megnyitása és a csontlebeny lehajtása után ujjammal behatoltam a dura mater és a koponyaalap közé, az arteria meningea mediáig. Most ez előtt mellfelé tértem a trigeminus III-dik és II-dik ágához és ezekröl tompa hegyben végződő elevatorral leválasztottam a durát. Az által, hogy az elevatorral kivülröl és mellülröl be- és hátrafelé hatoltam, igen könnyen le tudtam választani a Gasser-dúczot egyrészt a koponyaalapról, másrészt a duráról. Ugyanezen irányban hatoltam be a dúczhoz egy fogas pince-szel és azt megfogva, a trigeminus két említett ágának átmetszése után a dúczot a trigeminus gyökkel együtt kihúztam. Hogy ez tökéletesen megtörtént, ezt mutatja a 2-dik ábra, a mely e módszer szerint eltávolított első Gasser-dúcz fényképét tünteti fel. A Krause-féle spatulát az agyvelő felemelésére e műtétnél nem használom. Ezzel csupán a régi módszer szerint operált első két esetemben dolgoztam. Most azért hagytam el, mert a segéd, a ki fogja, mellettem nem tekinthet be a koponyaalapon megnyiló résbe s azért az agyat vagy nagyon felemeli vagy keveset s hogy egyik se történjék, nekem folyton ellenőriznem és igazgatnom kell. Ezért most az agyvelőt a bal kezemben tartott, mintegy másfél centimeter széles, egy kissé a lapjára hajlított elevatorral magam emelem fel épen csak annyira, hogy a villamos homlokreflectorral a résbe bevetített fény mellett a leirt műveleteket végrehajthassam.

II. ábra. Kiirtott Gasser-dúcz és trigeminus-gyök.

Ezen eljárás lényegesen egyszerüsíti és megrövidíti a műtétet. Krausenek a dúcz eltávolításához $1^1/_2$ egész $1^3/_4$ óra kell. Az arteria meningea media lekötése nélkül operált első esetemben a műtét a lebeny bevarrásáig 29 perczig tartott, a mely időből, miután hallgatóságom előtt operáltam, még a demonstratio is igénybe vett egynéhány perczet. Az április hó 30-dikán operált második esetem műtéte csupán 20 perczet vett igénybe. A többi három esetben a műtét 36—39 perczig tartott.

Az eddigi öt esetemben az art. men. med. fekvése nem gátolta meg azt, hogy a III-dik ágat az ütőér előtt vágjam át és a dúczot is innen húzzam ki; ha azonban azon ritka esetek (6%) egyikével találkoznám, a melyben a for. spinosum a for. ovale előtt fekszik, akkor természetesen az ütőér mögött fogom átvágni a III-dik ágat és dúczot is az ütőér mögött fogom kihúzni. Végre, ha az ütőér a III-dik ággal egy közös lyukban fekszik és az a műtét alatt le nem köthető, vagy egyébként megsérül, akkor a carotis communis lenyomásával állítanám el a vérzést addig, a míg a carotis externát lekötöm. Azonban ezen elhelyezkedése az ütőérnek, a mint fentebb láttuk, igen ritka.

Eddig 9 esetben fogtam súlyos trigeminusneuralgiák miatt a Gasser-dúcz kiirtásához, a dúczot azonban a 7-dik és a 9-dik esetben a nagy vérzés miatt lehetetlen volt eltávolítani. Eseteimben a vérzést illetőleg a következő tapasztalatokat tettem:

1. *Vannak kivételes, ritka esetek, a melyekben alig van vérzés.* Nekem egy ilyen esetem volt, a melyben az egész műtét alatt alig nehány csepp vért láttunk.

2. *Vérzés a koponya lágyrészeiből és a diploëből.* Egyikmásik esetemben a lebenyképzésnél a lágyrészekből és a koponya kitárásánál a diploëből igen erős vérzés támad. Ez különösen a fentebb említett 7-dik és 9-dik esetemben történt. A 7-dik esetben sikerült e vérzést elállítani, úgy hogy mélyebbre hatolhattam, a 9-diknél azonban e részekből olyan profus vérzés keletkezett, a melyet semmiképen sem sikerült elállítani, úgy hogy a műtéttel a csontlebeny lehajlításánál tovább nem is juthattam. A vér úgy ömlött minden szövetrésből, mint egy szivacsból. A vérzéscsillapítási kisérletek mintegy 20 perczig tartottak. Ez alatt a beteg sok vért veszitett, úgy hogy végre arra határoztam magam, hogy a műtétet félbehagyom. Ekkor is csak erős tamponálással tudtam a vérzést elállítani. Ugylátszik, ez az erős kitömeszelése a sebüregnek okozta, hogy a csontlebeny elhalt, a mi némi genyedéssel járt. Végre ez megszünt, de ekkor a beteg olyan gyenge volt, hogy a műtét folytatására nem vállalkozhattam. A neuralgia a műtéti kisérlettől számított 3 hónapig szünetelt, ekkor azonban újult erővel tört ki, úgy hogy most ismét felmerült a dúcz kiirtásának kérdése.

3. *Vérzés az emissaria Santorini, a dura véredényeiből és a sinus cavernosusból.*

Az emissariákból és a dura vivőereiből majdnem minden esetben van közepes vérzés. Ezzel Krause tanácsához képest nem kell sokat törődni. A segéd a beteg fejét kissé oldalt fordítja, a koponyán ejtett lékkel lefelé, úgy hogy a vér a koponyaalapról lefolyhasson, a műtő pedig kissé alulról a villamos homlokreflectorral elegendő fényt vetít be a koponyába és a dúczot lehetőleg gyorsan kifejti. Hat esetemben jártam el így és erősebb vérzés a sinusból csak a dúcz kihúzása után jelent meg. Két első esetemben ennek megszüntetésére a sinus helyén a koponyaalap és a dura mater közé egy kis jodoform-mulltampont helyeztem, annak végét kihagytam függeni a sebből és azt egynehány nap mulva eltávolítottam, négy utolsó esetemben azonban nem tamponáltam, hanem e helyett az agyat hagytam visszasülyedni a helyére, a bőrlebenyt pedig a helyére varrtam. A vérzés valószinüleg azonnal elállott, mert a betegek zavartalanul meggyógyultak.

Azonban a mennyire kevéssé zavart a vérzés ezen esetekben, annyira súlyos alakban lépett fel egy 65 éves, arterio-sclerosisos kövér egyénnél, a kinél, mint azt már fentebb említém, a lebenyképzésnél is volt már erős vérzés, de a mint a durát a koponyaalapról felválasztottam, olyan profus vivőeres vérzés lépett fel, hogy az a látóteret teljesen elfedte és a dúczot meglátni épenséggel nem lehetett. Ezen a vérzésen a többször több perczen keresztül folytatott tamponad sem segitett. A mint a tampont eltávolítottam, a vérzés azonnal ugyanazzal a vehementiával indult meg. Végre fel kellett hagynom a műtéttel. Három nap mulva új kisérletet tettem a dúcz eltávolítására, de a vérzés azonnal újra épen olyan erősen indult meg, mint az első alkalommal, úgy hogy a műtét folytatásáról le kellett mondanom, de eltávolítottam a neuralgia legfájdalmasabb területének megfelelőleg extracranialis módon a II-dik trigeminuságat. A beteg, a ki erős ivó volt, ekkor delirium tremenst kapott, egy őrizetlen pillanatban a fején meglazította a kötését, a sebbe nyúlt, az arczról az orbitába terjedő septikus phlegmonét kapott és sepsisben meghalt.

4. *Vérzés az arteria meningea mediából.*

Egy esetemben az art. men. mediának a dura mater domborúságával összenőtt része, a mely a kissé érdes lamina vitreával is erősebben volt összenőve, a csontlebeny lehajtásánál egynehány helyen beszakadt. A vérzést könnyen el lehetett állítani.

Czerny két esetében azon körülmény okozott veszélyes vérzést, hogy az arteria men. media mellső főága a falcsont mellső, alsó csúcsán levő zárt csatornában feküdt, a csontlebeny kihajlításánál leszakadt és medialis vége a foramen spinosumba visszaugrott. A vérzést csak a foramen spinosum tamponálásával sikerült elállítani.

A mint a fentebb említett 50 koponyát átvizsgáltam, az arteria meningea mediának ezen csatornabeli fekvésére is tekintettel voltam és azt találtam, hogy a 100 koponyafél közül 55-nél a falcsont mellső alsó csúcsán a nevezett ütér számára csontos, teljesen zárt csatorna létezett és csak 45 esetben volt a csonton e helyt is az ütőér számára nyilt vályú. Az ütőér tehát többször fekszik csatornában, mint vályúban, miután pedig az ütőérnek olyatén beszakadásából származó erős vérzés, a mint az Czerny eseteiben történt, aránylag ritka, ebből az következik, hogy az ilyen esetekben, ha az ütőér mellső ága le is szakad, ez a körülmény nem okoz mindig olyan erős vérzést, mint ama két esetben, mert hiszen akkor ennek minden második esetben meg kellene történnie. Valószínű, hogy az esetek egy jó részében ilyenkor az történik, a mi az én egyik esetemben történt, a hol a csatornában fekvő ütőérág e csatornához közel leszakadt, de nem ugrott vissza a foramen spinosumba, hanem a leszakadás alatt torquáltatott és a leszakadt ág ott függött a főtörzsön, de nem vérzett.

Tekintettel már most Czerny eseteire, Friedrich fent idézett czikkében azt ajánlja, hogy minden Gasser-dúcz kiirtás előtt keressük ki a carotis externát, húzzunk alája egy fonalat, hogy a mint az arteria meningea mediából vérzés támad, a fonalat meghúzva, a vérzést azonnal el lehessen állítani.

Azonban a súlyos vérzéseknek egy jó része, a mint a saját tapasztalataim alapján hiszem a legtöbb, nem az arteria meningea mediából, hanem a vivőerekből származik. E vérzéseknél az art. men. media praeventiv kikeresésének nem vehetjük hasznát, mert az itt számba jövő vivőerek a vért nem csupán az említett ütérből kapják, miután egymás között igen sokszorosan közlekednek. Az arteria meningea media vérzések egy része a lekötési műveletek alatt az edény leszakadása vagy a fonál lecsúszása következtében lép fel. Ezek elmaradnak, ha az ütőeret az imént leirt módszer szerint le nem kötjük, hanem a dúczot az ütőér elkerülésével távolítjuk el. Azon esetek, a midőn az ütőér csukott csatornában fekszik és a lebeny lehajtásánál leszakadva profus vérzést okoz, ritkák s azért ezek praeventiv megelőzésére kár lenne minden Gasser-dúcz-műtétet a carotis externa előzetes kikeresésével megnyújtani.

Igaz, hogy ez az ütőérkikeresés, a melybe minden sebész igen jól van begyakorolva, mert az arczon és a garatban végzett több műtétnél a vérzés megelőzésére folyton gyakoroljuk, nem nagy műtét és hogy egy pár percz alatt be van fejezve, de daczára annak, miután ennek a kikeresésnek csak ritkán vehetnők hasznát, nem látok reá elegendő okot, mert ha tényleg erős vérzés állana be a foramen spinosumba visszacsúszott arteria meningea mediából, az illető oldali carotis communis lenyomása közben még mindig reá érünk a carotis externát hamarosan kikeresni és alákötni, vagy e helyett a foramen spinosumot tamponálni.

Összefoglalás. I. A ganglion Gasseri kiirtása az arteria meningea media lekötése nélkül lehetséges. Ezt bizonyítja az általam operált öt eset. A műtét ez által megrövidül és a lekötésből származó complicatiok elmaradnak.

II. Az arteria meningea media mellső ága az esetek felénél gyakrabban fekszik a falcsontnak zárt csatornájában, mint nyilt vályúban, de azért nem minden ilyen esetben származik belőle a lebeny kihajlításánál vérzés.

III. Nem szükséges tehát a vérzés ezen ritka alakjára való tekintettel minden esetben a carotis externát előzőleg kikeresni, mert ha ez az eset előadja magát, a carotis communis lenyomása közben is lehet a foramen spinosumot tamponálni, vagy ha szükséges, a carotis externát lekötni.

Közlemény a budapesti poliklinika orr- és gége-osztályából.

Sérüléses eredetű idült gégeszűkület. Két év mulva canul-eltávolítás. Gégemetszés és intubatio. Gyógyulás.

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

A kinek alkalma volt idült gégeszűkületeket, főleg felnőtteknél gyógyítani, annak el kell ismerni, hogy az esetek csak ritkán hasonlítanak egymáshoz és hogy majd minden esetnek megvan a maga sajátossága. Az itt közölt eset is ilyen termé szetű, mivel keletkezése is sajátságos volt; egyszersmind azon ban például is szolgál arra, hogy nem lehet mindig egy és ugyan azon kezelési módszerrel boldogulni, hanem szükséges gyak rabban a kezelési módozatokat megváltoztatni és esetleg egy

mással combinálni. Mindezen idült gégeszükületek gyógyítása egy közös feltételt követel, melynek betartását már eleve szükséges biztosítani, másküléönben végleges gyógyulást nem érhetünk el, és ez az, hogy a beteg és orvosa kitartó türelemmel legyen. Elég gyakran vesztette el ezen beteg is türelmét és nem egyszer adta fel a reményt a teljes gyógyulás iránt, mert nem egyszer voltunk kénytelenítve az eljárást újból kezdeni. Bátorítva őt és rábeszélve, ismét alávetette magát a kezelésnek s ma, egy év elteltével mint munkaképes ember, családfentartó, térhet vissza falujába. A mennyiben a kezelés egyes szakaszai érdekesek, legyen szabad azokat részletesen közölnöm.

1897. február havában bukott le a 32 éves mezei munkás a jól megrakott szénás szekér tetejéről, utána fejét nem birta mozgatni, a mennyiben nyakcsigolyája törést szenvedett. Utána mindjárt berekedt, erős fájdalmai a jobb karra leterjedtek. Kórházba szállították, a hol gypsgallért alkalmaztak nyakára, melynek levétele után egészségesen el is bocsátották. Néhány nap mulva lélegzési nehézségek léptek fel nála, miért is őt haladéktalanul megoperálták. A gégemetszést azonban a lig. conicum helyén csinálták, a minek következtében, daczára a többszöri kisérletezésnek, nem sikerült a canult eltávolítani. Ez is egyike ama okoknak, a melyek miatt a beteg két év mulva poliklinikai osztályomon felkeresett, másküléönben azért is, mert egyrészt csak igen kis ideig és nagy megerőltetéssel tudott a canullel dolgozni, másrészt a beszéd nehezére esett.

A beteg a felvételnél 1899. február havában a következő kórlelettel jelentkezik:

Mellkasi szervek épek. Tükrözésnél azonnal előtérbe jut az erősen kiálló nyakcsigolya, mely a gégéhez való bemenet legnagyobb részét elfödi. A gégefedő nehezen emelkedik, a gége képe csak a fej erős előrehajtása mellett vehető ki. A hangszalagok a középvonalhoz közel vannak fixálva, alig marad egy 3 mm.-nyi rés szabadon, a mélyben heges szövet látható. A hangoztatásnál nincs teljes záródás és szabad rezgés, mert a hangszalagok az alsó részben is rögzítvék.

A kiálló nyakcsigolyát ujjal könnyen tapinthatni és a megfelelő megtörés hátul annyira feltünő, hogy csodálkoznunk kell azon, hogy tudott a beteg ezzel életben maradni.

Kezdetben az 1-es számú Schrötter-féle cathetert próbáltam bevezetni, de sehol sem lehetett behatolni, majd megkisérlettem a gégemetszés sebéből, tehát alulról felfelé, minden lehető módon bejutni, de eredménytelenül, miért is a hangszalagok területe alatt gégekéssel a heges szövetbe csináltam hosszmetszéseket, melyek után képes voltam vékony gégekutaszt bevezetni. Azonban má másnap kénytelen voltam a metszéseket folytatni, mer a kutasz a szövetben megakadt. Ama hosszadalmas eljárást, szigony-tüvel a hegszöveten át selyemfonalat húzni és a gégemetszés sebén át kivezetni, majd mindig vastagabbakat alkalmazni, már eleve elvetettem és inkább a radicalis laryngofissiora határoztam el magamat.

A mütét két részből állott. Az első volt a nehezebbik, mert, hogy a gégét egész hosszában felhasíthassam, előbb a mélyebb légcsőmetszést kellett végeznem, ez pedig az amúgy is megnehezített narcosis mellett soká tartott; a vér mindig a légcsőbe folyt, a tamponcanult még nem lehetett alkalmazni, mivel a láttért eltakarja és a beteget nem lehetett volna tovább altatni. Miután végre sikerült a légcsőmetszést jól alant eszközölnöm, Trendelenburg-féle tamponcanult illesztettem beléje, mire a mütét második részét akadálytalanul megcsinálhattam.

A gége feltárásánál az annyira el volt meszesedve, hogy azt csak az éles csontolló segélyével nagy nehezen voltam képes megnyitni. A hangszalagoktól lefelé, a gyürűporcz alsó szegélyéig, az egész üreg heges szövettel kitöltött, mely a hangszalagok alatt két vastag duzzanat képében jelentkezett. Úgy ezen duzzanatok, valamint az egész heges szövet késsel lettek kimetszve, más részletek ollóval eltávolítva, az üreg pedig immár kiformálódván, jodoform-gaze-zal kitöltetvén, az egész gégesebet bevarrtam. Harmadnapra — egész láztalan lefolyás mellett — a jodoformgazecsíkot, a légcső nyilásán át, kihúztam és nyolczadnapra a seb teljesen begyógyult. Már a kötésváltoztatásnál a légcső sebén át alulról felfelé vezetett cső segélyével meggyőződtem, hogy a gége lumene immár szabad, mindazonáltal, midőn először a legkisebb O'Dwyer-féle tubust (felnőttek részére) be akartam vezetni, az könnyen ment be, de a légcső sebénél mindig kicsúszott. Ha valamelyik segédem a tubus megjelenésénél azt az alsó nyilásban hátrafelé is tolta, nem volt képes azt teljesen hátraszorítani. A gégelégcső nagy sebén át látni lehetett, hogy a gége teljesen meg van törve, a mennyiben a gége hátsó fala sarkantyú módjára előrenyúlt. Itt arról volt szó, hogy ezen duzzanatot valamiképen hátrafelé nyomjuk és az alsó trachealis csövet mellfelé hozzuk. E czélból alkalmaztam a *Schrötter-féle* tágító canult, melyet némileg módosítottam; ezzel nemcsak az volt a czélom, hogy a megtört gégét egyenesebbé tegyem, hanem hogy a szűk gégét egyidejüleg az oldalnyomás következtében a maximumig tágítsam is.

Eleinte az eszköznek rögzítése nagy nehezen sikerült, később mindinkább jobban. A beteg az eszközt öt héten át viselte, hetenként megkisérlém, vajjon nem járna-e sikerrel már az intubatio. Öt hét mulva végre sikerült — a légcső sebe kisebbedett és inkább felfelé haladt — fémtubust, mely hosszabb és lent keskenyebb a kaucsuktubusnál, bevezetni, a midőn számomra a remény biztosítva lett, hogy hosszabb vagy rövidebb kezelés után czélhoz fogok érni.

A fémtubus többnyire 24 órán át maradt benne, a beteget naponta egy órán át extubáltuk. Miután a két rákövetkező nagyobb számú tubust sikerült bevezetni, a kaucsuktubus lőn megkisérelve, de ez csak nagy nehezen ment.

Segédeim, kik más eseteket akadály nélkül tudtak intubálni, ezen egyént, ki másküléönben igen jól tartott, sehogy sem tudták intubálni. És ez igen nehéz is volt, mert igen mélyre kellett az ujjal benyúlni, a kiálló csigolya minden mozgást akadályozott és igen sok időbe került, míg a széles gégefedőt sikerült a garat faláról lehozni és a nyelvi rész felé nyomni, az alsó ellentállás elég nagy akadályul szolgált, elannyira, hogy nem egyszer az ujjamnak nem volt elegendő ereje a tubust letaszítani. Hányszor kellett az évben a vékonyabb fémtubushoz visszatérnem és mindent újból kezdenem, sőt még a rögzítő és tágító canullel is újból bibelődni; de félévi mindennapos kezelés után sikerült a 2-es számú kaucsuktubust bevezetni.

Később a 3-as és 4-es számú tubusokat tudtam alkalmazni és midőn az utóbbi bevezetése könnyen sikerült, akkor a beteget minden másodnap egy órával tovább hagyhattam extubálva. Csak hónapokkal később húzta ki a beteg felébredésnél a tubust, később a lefekvésnél. Az év vége felé a beteget naponta egy órára intubáltam és utasítást nyert, előbb a 9-es, majd 10-es számú Schrötter-fél catheter bevezetésére, a mit elég könnyen saját maga tanult meg a beteg bevezetni.

Új év óta annyira javult a beteg állapota, hogy elegendő volt hetenként kétszer alkalmazni a csövet és meghagytuk neki ezek után, hogy még hosszú időn át hetenként egyszer vezesse be önmaga a csövet.

Hangja is lényegesen javult, az újabban ejtett légcsőmetszés sebe is begyógyult, azonban a régebbi gégemetszés sebe csak kisebbedett és mutatóujjvastagságú fistula van helyén. A fistulamütét, mint rendesen, itt is igen nehéz volt. Az első mütétnél az egész heges gyűrűt levágtam, a gégét bevarrtam, egy varrat azonban beszakadt, úgy hogy ezen légcsőfistula csak felével lett kisebb. Ezen mütétet megismételtem, újból átszakadt 1—2 fonál és az eredmény nem volt teljes. A harmadik mütétnél lebenyt praeparáltam és a túloldali kisebbikkel összevarrtam. Az eredmény az volt, hogy mégis maradt egy gombostűfejnyi fistula, melyet egy negyedizben megejtendő mütétnél könnyen lehet majd eltüntetni.

A beteg most, 1½ évi kezelés után, munkaképes ember gyanánt hazatérhet, bizonyítékául annak, hogy tudással és kitartással még a természet ellen is lehet sikerrel harczolni.

Közlemény a rozsnyói Kósa-Schopper-kórházból.

Gastritis phlegmonosa purulenta gyógyult esete.

Irta: *Ruber József* dr. kórházi orvos Rozsnyón.

A gyomor kötőszöveti genyes gyuladása egyike a legritkábban észlelt kóralakoknak. Hirschler dr. szerint (Magy. belgyógyászati kézikönyv III. kötet) a legújabb időkig alig 50-re tehető az eddig észlelt esetek száma. Hazai irodalmunkban tudomásom szerint

csak 1881-ben jelent meg az Orvosi Hetilap hasábjain Róth Ferencz és Dirner Gusztáv dr.-októl ezen kóralakra vonatkozó ismertetés kórboncztani készítmények alapján. Az élőben észlelt és kórismézett eset hazai irodalmunkban tudomásom szerint eddig nem közöltetett; ezen körülmény, főleg azonban ezen igen súlyos s épen ezért legtöbbnyire halállal végződő betegségnél nagyon is ritkán előforduló gyógyulás indítottak arra, hogy a rozsnyói Kósa-Schopper-kórházban általam észlelt s gyógyulással végződött betegségi esetet közöljem.

Mielőtt az általam észlelt esetet megismertetném, a nélkül, hogy ezen kóralakra vonatkozó ismereteinket itt megismételném, röviden felemlítendőnek tartom, hogy kóroktani szempontból a gyomor kötőszöveti genyes gyuladása vagy elsődlegesen — idiopathice — mint önálló megbetegedés, vagy másodlagosan bizonyos fertőző betegségek folyamán mint áttéti gócz — metastasikusan — szokott előfordulni. Az elsődlegesen előforduló gastritis phlegmonosánál mint kórokozó tényezőt meghülést, étrendi hibát, külerőszaki behatást és alkoholismust említenek meg a szerzők a nélkül, hogy ezen tényezőknek a betegséggel való összefüggése be lenne bizonyítva. Sokkal valószinübb azonban, hogy épen úgy, mint az más szervek és szövetek genyes gyuladásánál történni szokott, a gastritis phlegmonosa purulentát is fertőző tényezőknek kell tulajdonítanunk. Ezen fertőző tényezők mellett bizonyos egyéni hajlandóságot is, a szövetek sebzékenységét, a fertőző csirokkal szemben kisebb ellentállási képességét is fel kell vennünk, a mint az bizonyos alkati betegségeknél, nevezetesen görvély- és gümőkórnál előfordul. Ezen feltevés mellett bizonyít egyes szerzők s nevezetesen Ziegler és Müntznek azon positiv lelete, hogy t. i. nekik sikerült részben a megbetegedett szövetekben, részben a sejtekben streptococcusokat kimutatni. Az általam észlelt eset is azt látszik igazolni, hogy a gyomor kötőszöveti genyes gyuladása nem, mint eddig általánosan felvették, a fent említett alkalmi okoknak tulajdonítandó, hiszen ez esetben, tekintve ezen alkalmi okok gyakoriságát, a szóban forgó betegséget sokkal gyakrabban kellene észlelnünk, hanem fertőző befolyás mellett a szövetek sebzékenysége s kisebb ellentállási képessége, a mint az főleg görvélynél és gümőkórnál fordul elő, azon kóroktani tényezők, a melyek ezen betegséget előidézik.

Kórboncztanilag megkülönböztetünk gastritis phlegmonosa purulenta diffusát és circumscriptát, azaz kötőszöveti genyes beszürődést és gyomortályogot. Míg az előbbeni alak az eddigi tapasztalatok szerint mindig halálosan végződik, a gyomor tályogos gyuladása azon esetben, ha a tályog a gyomor felé törik át s ilyképen a genyhányás által eltávolodik, gyógyulhat is, a mint ilyen eseteket Deininger, Glax, Kirschmann és Beckler közöltek is. Ez utóbbiakhoz tartozik esetem is, a melynek történetét a következőkben adom:

P. B. 24 éves, hajadon, varrónő. Felvétetett 1895. április 8-dikán.

Gyermek korában gyakran betegeskedett, különösen nyaki mirigyei időnként megdagadtak, fájdalmasak lettek s egyik-másik ezek közül felfakadt, melynek nyomaiképen a nyakon heges behúzódások láthatók. 10—11 éves korában bal térdizülete lett fájdalmassá, megdagadt, ezen betegsége több hóig tartott s annak következményeképen bal alszára tompa szöglet alatt behajlitott, térdizülete azóta merev, térdizületi csontvégek megvastagodottak, a sípcsont bütykének megfelelőleg 10 fillérnyi heges behúzódás és elszínesedés látható, mely közepén időnként felnyílik s belőle nyákos savós folyadék szivárog. Havibaját 16 éves korában kapta meg, az rendes időközökben jelentkezik s minden fájdalom nélkül 3—4 napig tart. Felnőtt korában is gyakran betegeskedett, különösen gyomrával, mely nehezebb ételek evése után elromlik s ilyenkor több napon át étvágytalan s többször hány. Jelen bajára nézve előadja, hogy nyolcz nap előtt minden kimutatható ok nélkül a hideg borzongatta, fejfájás és szédülés, valamint gyomortáji fájdalmak léptek fel, melyek azóta folyton tartanak.

Jelen állapot. A középtermetű, erős csontrendszerrel biró, középszerűen táplált beteg bőrszíne barnás, arcza erősen kipirult, haragosvörös, láták szűkültek, fény iránt igen érzékenyek. Szellemi működései tévengés és nyugtalan álom által zavartak. Közérzete a folytonos szédülés, fejfájás és gyomortáji fájdalom által nagy fokban lehangolt. Szédülése és fejfájása felülés alkalmával fokozódik, ilyenkor hányóinger jelentkezik; ágyában magától felülni nem képes, járása ingadozó, támogatás nélkül elesik. Nyelv duzzadt, vastagon fehér lepedékkel bevont, szájíz igen rossz, lehelet igen bűzös, étvágy semmi, ételek iránt folytonos undor, mely miatt semmit sem képes lenyelni. Mellkas elég széles, domború, mellkasi szervek épek, tüdők és szív felett rendes kopogtatási és hallgatódzási viszonyok. Máj és lép rendes nagyságúak, has feszült, a gyomortáj, főleg pedig annak jobboldali fenéki részlete a máj bal széle alatt tapintásra érzékeny s ugyanitt nyomás alkalmával nagyobb resistentia tapasztalható; a has többi részlete nyomásra nem érzékeny. Hőmérsék rendes, érverés lassúbbodott, perczenként 60, egyenletes, elég telt. Szék visszatartott.

Kórlefolyás. Ezen általános állapot mellet, tekintettel főleg az előtérben levő agyizgatottsági tünetekre, az első napokban ismeretlen okból jelenlevő agyhyperaemiára kellett gondolni s ennek megfelelőleg a therapia ezen agyvérbőség ellen irányult. A fültőtájra alkalmazott nadályokon kivül a fejre gyakori jeges borogatás alkalmaztatott, ezenfelül olajos csőréket kapott. Ezen kezelésre az első napokban az agyizgatottsági tünetek alábbhagytak ugyan, az ételek iránti undor azonban tovább tartott, úgy hogy vizen kivül a beteg semmit sem akart magához venni, a szájból erős rothadó bűz jelentkezett, a gyomortáji érzékenység fokozódott, a nélkül azonban, hogy a beteg a gyomortájra alkalmazott nyomást el nem tűrte volna. Daganatot azonban az egész észlelési idő alatt ugyanitt kimutatni nem lehetett. Hőemelkedések csak a délutáni és esti órákban mutatkoztak és 38—38·5° közt ingadoztak. A kezelés a gyomortájra alkalmazott Priessnitz-borogatások mellett jodoform-kenőcs bedörzsöléséből állott, belsőleg kevés carlsbadi sót kapott, a melyet azonban legtöbbször kihányt. Ezen tünetek mellett a kórisme gastritis, esetleg a hasfal phlegmoneja között ingadozott. A gyomor kötőszöveti genyes gyuladására ezen kóralak nagy ritkasága, de a hiányzó daganat miatt is gondolni sem lehetett, míg a betegségi tünetek egyformasága mellett kórházi ápolásának 14-dik napján éjjel bekövetkezett hányás a betegséget fel nem deritette. Ekkor ugyanis a beteg előrement hányási ingerek után mintegy 3—4 deciliter véres, nagyobbrészt piszkos-szennyes, igen bűzös genyet hányt, s ezen hányás után a közérzet lényegesen javult, valamint a gyomortájon jelentkező fájdalmak, úgy a nyomási érzékenység majdnem egészen megszüntek s némi étvágy jelentkezett. A hányás ezután leginkább a reggeli órákban még két héten át jelentkezett, s mindannyiszor 1—2 deciliter kevésbbé bűzös, részben tejalvadékkal vegyes genyet hányt. A kezelés Priessnitz-borogatásból és $^1/_2$%-os resorcin-oldatnak két óránként egy evőkanállal adagolásából állott. Két hét mulva a hányások teljesen megszüntek, nyelv megtisztult, étvágy jelentkezett, gyomortáj nyomásra nem érzékeny, puha tapintatú, s beteg hat heti kórházi tartózkodás után jó egészségi állapotban május 8-dikán gyógyultan kibocsáttatott.

Junius hó 21-dikén a beteg kórházi felvétel végett újolag jelentkezik azon panaszszal, hogy egy hét óta gyakori gyomortáji fájdalmai vannak s gyakran, főleg evés után hány, a hányadékban ételmaradványok mellett véres-genyes anyag van. Vizsgálat alkalmával a jobb hypochondrium nyomásra fájdalmas, ugyanitt a kopogtatási hang tompult, dobos, daganat azonban ki nem tapintható.

Kezelés Priessnitz-borogatás, bismuth-morphium-porok és kizárólagos tejdiaeta. Ezen kezelés mellett két héten át leginkább a reggeli órákban 50—150 gm. genyes váladékot hány, a hányás több napi resorcin-oldat szedése után megszünik, ezt megelőzőleg több napon át hasmenés lép fel, az ürülékekben szintén geny mutatkozik. Augusztus 2-dikán, miután több héten át hányás nem jelentkezett s a székürülések is rendesek lettek, a beteg gyógyultan kibocsáttatik s többé a betegség nem újul ki.

Ha már most a vázolt kórtüneteket közelebbről megvizsgáljuk, úgy a megelőző gyomortáji fájdalmak, a gyomor nyomási érzékenysége, az általános lehangoltság, a heteken át tartó teljes anorexia, a rothadó szájbűz, a délutáni órákban jelentkező kisebb intermittáló láz, mind oly betegségi tünetek, a melyek a gyomor kötőszöveti genyes gyuladásának kiséröi s ennek következtében léptek fel; az első véres-genyes hányás ezen bizonytalan jeleket kétségen kivül helyezi, mert a genyes hányadék csakis a gyomor falában székelő genynek a gyomorűr felé való áttöréséből származhatott, miután a mellkasi szervek teljesen épek voltak, a máj nem volt megnagyobbodva, a májmegbetegedésnek egyéb tünetei különben is hiányoztak, miből kifolyólag a geny nem származhatott ezeknek a gyomorba való áttörése által. Nem lehetett a genyes hányadékot a hasfal genyes kötőszöveti gyuladásából sem származtatni, mert ez esetben a hasfalban mégis kisebb-nagyobb daganatot lehetett volna kitapintani s nyomásra nagyobb fájdalmasság mutatkozott volna, ez utóbbi esetben a hasfali hashártyaboríték nagyobb terjedelemben lévén meggyuladva, a nyomási fájdalom nagyobb területen lett volna észlelhető. Annál kevésbbé lehetett ez utóbbit combinatioba hozni, mert a hasfali tályogok a legtöbb esetben külerőszaki behatás következtében jönnek létre, vagy másodlagosan a szomszédos szervek genyes gyuladásának következményei, ezek pedig a jelen esetben épek voltak. Az előadottak alapján a több héten át tartó és három heti szünetelés után kiújuló genyes hányás csakis a gyomorfal kötőszöveti genyes gyuladásának, és pedig annak körülirt, a gyomorfenékre vagy a gyomorcsukóra szorítkozó gyuladásának, úgynevezett gyomortályognak lehet következménye.

A gyomor kötőszöveti genyes gyuladása úgy a jelen esetben, mint általában kóroktani szempontból fertőzési alapon fejlődik ki, a mint az más sejtszöveti gyuladásoknál általában el

*

van ismerve. Az eddig kórok gyanánt említett meghülés, étrendi hiba, külerőszaki behatás, alkoholismus a gyomor kötőszöveti genyes gyuladásánál csak mint alkalmi okok szerepelnek, a mennyiben ezen alkalmi okok a genyedést okozó mikrobáknak a gyomor nyákhártyájának lobosodása és sérülése által útat nyitnak, hogy ezen mikrobák a gyomornyákhártya alatti sejtszövetben megtelepedjenek.

Felmerül ezek után azon kérdés, hogy a sejtszövetloboknak más szervekben való gyakorisága mellett miért oly rendkivül ritkák a gyomorfal kötőszövetének genyes gyuladásai, jóllehet az emésztési folyamat miatt a gyomor folytonos müködésben, ennek falzata peristaltikus mozgásban van s úgy ezért, valamint a gyomorba gyakran bekebelezett durva és így nehezen emészthető tápanyagok miatt a gyomor nyálkahártyájának laesioi gyakoriak, másrészt a tápanyagokkal — ételek, italok — genyedést okozó mikrobák igen gyakran jutnak a gyomorba s itt több éven át stagnálnak s így a gyomor kötőszövetének genyes gyuladására sokkal gyakrabban van meg az alkalom, mint az más szervekben, a hol ilyen gyuladások gyakran fordulnak elő, történni szokott. Ezen paradox tény csak abban találhatja magyarázatát, hogy a gyomorsejtek folytonos sósav termelése által a nyákhártya laesioin a gyomor kötőszövetébe esetleg bejutott genyedést okozó mikrobák megsemmisíttetnek vagy legalább további fejlődésükben megakadályoztatnak s így szaporodások feltételei hiányozván, a gyomor falzatának gyuladása s ezzel genyes beszürődése ki nem fejlődhetik. Ezzel ellenkezőleg a bélhuzam azon helyein, a hol részint ezen mikrobákkal a béltartalom telítve van, részint a bélsár pangása és besürüsödése, beszáradása következtében ilyen nyákhártyalaesiok gyakrabban fordulnak elő, és a hol a bélbennékben a sósav hiányozván, fertőtlenitő hatását ki nem fejtheti, ezen kötőszöveti genyes gyuladások gyakrabban fordulnak elő, példa rá a vakbél, illetve a féregnyújtvány kötőszöveti gyuladása. Azon ritka esetekben, a midőn a gyomor kötőszövetében genyes gyuladás lép fel, fel kell vennünk, hogy vagy a gyomor sósav elválasztása csökken, vagy pedig az egyénnek görvélyes, gümőkóros stb. alkata folytán a szövetek sebzékenysége, azoknak kórokozó mikrobákkal szemben való ellentállási gyengesége túlmagas fokot ért el, úgy hogy oly ingerek, a melyek más rendes ellentállási képességgel biró egyéneknél a szövetekben semmi lobos reactiot nem szülnek, ezeknél épen az említett vérvegy, illetve a sejtek labilitása miatt lobos reactiot váltanak ki. Ebből az okból gyakoriabbak bizonyos fertőzési betegségeknél észlelt ú. n. másodlagos gyomor kötőszöveti genyes gyuladások, mint a melyeknél a genyedést okozó mikrobák igen nagy számmal fordulnak elő s a gyomor sósav termelő képessége a túlmagas láz miatt nagyobb mértékben alászállott; ezért fordul elő nézetem szerint a gyomor kötőszövetének elsődleges genyes gyuladása bizonyos alkati betegségeknél, a melyeknél a szövetek illetve sejtek sebzékenysége fokozódott s ezzel a kórokozó mikrobákkal szemben ellentállási képességük tetemesen alászállott.

A betegség prognosisát az eddigi szerzőkkel ellentétben nem találom oly vigasztalannak, a mennyiben az elsődlegesen s valószinüleg mindig körülirtan fellépő kötőszöveti genyes gyuladások, mint a jelen esetben is, czélszerü diaeta és kezelés mellett meggyógyulnak az esetek nagy számában, ellentétben a bizonyos fertőző betegségek folyamán genyes beszürődések alakjában fellépő kötőszöveti gyuladásoktól, a melyek a fertőző betegség által amúgy is kimerült egyént támadván meg, a betegség prognosisát még inkább kedvezőtlenebbé teszik, s a nélkül, hogy a gyomor- vagy hasür felé áttörnének, a halálos kimenetelt csak előmozditják és siettetik. Legtöbb kilátás van a gyógyulásra oly elsődleges kötőszöveti genyes gyuladásnál, illetve gyomortályognál, a mely a gyomor mellső falában vagy a gyomorcsukó mellső részében székel, s így a tályog áttörése a gyomorür felé történik. Kevesebb a gyógyulásra való kilátás a gyomor hátsó falában, vagy a gyomorfenék alsó részén székelő gyomortályogoknál, mint a melyek a nehézség törvényénél fogva lefelé sülyednek, s így a hasür felé törhetnek át.

Therapia. A betegség kezdeti szakában nincs semmi olyan kórtünet, a melyből a különben is igen ritkán előforduló betegséget csak gyanítani lehetne is. A későbbi időben is csak azon esetben gyanítható némi valószinüséggel a betegség, ha az a gyomorfenék vagy gyomorcsukó mellső részében székel, a midőn is sovány egyéneknél vékony hasfalak mellett többé-kevésbbé körülirt lapos daganat alakjában kitapinthatóvá lesz. Azon esetben, ha a betegség csak némi valószinüséggel is gyanítható, az absolut nyugalom és teljes diaeta mellett a kezelés a gyomortájon alkalmazott hideg, később pedig megmelegedő Priessnitz-borogatásokból álljon. E mellett a felszívódást, illetve felolvadást előmozditó higany- vagy jodoform-kenőcsöt dörzsöltethetünk be, belsőleg pedig a gyomor és bélmozgások mérséklésére opiumot vagy ennek készitményeit adhatjuk, a bélsár eltávolitására s ezzel a vértorlódás és vérpangás kisebbítésére olajos csőrét vagy langyos bélbeöntéseket alkalmazhatunk. A gyomortályog feltörése után igen jó hatásúnak találtam a resorcin $^1/_2$%-os oldatának belső adagolását, mely szer kitünő desinficiens tulajdonsága mellett a gyomor nyákhártyáját nem izgatja s abból minden veszély nélkül naponként egy gm. adagolható. E mellett mint szárító szer a bismuthum subnitricum, a gyomormozgások csökkentésére kevés morphiummal összekötve adagolható.

TÁRCZA.

Orvosi dolgok a párisi kiállitáson.

Páris, 1900. október.

Mondják a csodák világa már rég letünt, a hajdan mystikus dolgoknak immár egyszerü magyarázatát tudjuk. Az idők folyamán az emberi munkának, szorgalomnak és genialitásnak sok oldalú, sokszor bámulatos megnyilatkozását láttuk és ismerjük. A modern ember elkényeztetett felfogása semmit sem tart már lehetetlennek. És mégis, ha széttekintünk a Szajna partján, a Champs de Marson épült városrészen, a mely rövid idő alatt, mintegy varázsütésre nőtt ki a földből, bámulatba, gondolkodóba esünk. Milyen volt e terület a kiállitás előtti időben és milyen most. A ki ezt látta azelőtt és most, csak az tudja átérezni, felfogni, hogy azok a derüs, nyugodt, fehér épületsorok, a melyekben most délutánonként, mint valami méhkasban, tolongnak a látogatók százezrei, mily óriási, lázas munka révén, ezer meg ezer kéz szorgalmán képződtek ki és készültek el.

A való életnek, a változó, küzdő, pillanatra sem nyugvó jelennek felületesan odavetett, nagy muzeumai ezek. Megtaláljuk bennük a mindennapi élet kicsinyes dolgait és melette az emberi szellem nagy alkotásait. Az emberiség nyomorúságait, betegségeit, elrettentő statistikáit együtt látjuk a fényűzés, a divat, a kényelem eszközeivel. Sok helyen a jelenkor fejlődő eszméit a multnak tanulságos emlékei cserélik fel.

Az arányok óriásiak, lépten-nyomon érezzük mellette egyéni törpe mivoltunkat.

Ha egyes szakot közelebbről áttekintünk, lehet, hogy azt hiányosnak találjuk s itt-ott talán a szakember csupa ismerős dolgokra akad, de az általános, hatalmas impressio továbbra is megmarad, úgy megsokasodtak és megerősödtek minden téren az emberi működések productumai, hogy egyes egyén nem tudja többé áttekinteni.

Mily véges kis terület az, a mit egy emberélet a tudás, a haladás terén befut. Ám az évek végtelenségén az emberek milliói más-más irányban indultak el s az eredmény, mit közösen elértek, egy halomba téve már-már a nagy természet nagyságára, végtelenségére emlékeztet.

És minden, a mit együtt látunk, a munka, a mi rajta van, az emberi agyvelő productuma, ime ez a csodák világa, a mi rég letünt.

* * *

Azt hiszszük nem lesz érdektelen, a nagyméretű kiállitásban összekeresni azokat a részeket, a melyek úgy általánosságban, esetleg specialisan az orvost érdekelhetik.

A feladat nem oly egyszerü, a mennyiben nagyon csalódnánk, ha azt hinnők, hogy egy helyen, vagy legalább közel egymáshoz, találjuk meg az orvosi kiállitásokat. Egész vándorlásokat kell tennünk az egyik csoportból a másikba a Champs de Marsi palotából a Szajna partjára és a Rue des Nationsra.

Ilyen nagy, nemzetközi kiállitások rendezése körül mindig két elv jut érvényre; az egyik az, hogy az egyes nemzetek együttesen, egy helyen tüntessék fel intézményeik fejlettségét és munkásságát, a másik az, hogy a különböző nemzetek az egy szakba tartozó dolgaikat, közös keretben, egy helyen csoportositva állitsák ki, úgy hogy a látogató nem kapja meg többé egy nemzet civilisatiojának teljes képét, hanem arról kap fogalmat, hogy bizonyos ipari, kereskedelmi, tudományos stb. téren az összes nemzetek haladása milyen fokot ért el. Elvégre nem mondhatjuk, hogy a kiállitások rendezésének kérdése eldöntött dolog volna, hiszen igazán nagy, valóban nemzetközi kiállitás mindössze csak néhány volt. A mostani párisi kiállitáson nagyjában a szakok szerinti csoportositás elve jutott érvényre, sajnos azonban, hogy egyes csoportokban a szakok szerinti elkülönités nem történt meg a részletekben, innen van az, hogy az orvosi részek is meglehetős távol kerültek egymástól. El kell ismernünk, ezen elv teljes kivitele óriási administrativ nehézségekbe ütközött volna, hiszen így is az egyes nemzetek

commissariatusára sokkal nehezebb feladat hárult, mint azt a szigorúan kritizáló látogató első pillanatra gondolná. Innen van az, hogy Magyarország 18, azaz a pavillonnal együtt 19 csoportban vett részt, a melyek a kiállítás óriási területének 14 egymástól távol eső helyére esnek.

Nem czélunk, hogy minden kiállított dolgot töviről hegyire felsoroljunk, arra való a katologus. A tárgy valamelyes csoportosítása előnyös volna, de ez sok nehézségbe ütközik. Legegyszerübb, ha körülsétálunk az épületekben, úgy emlékezünk meg az egyes kiállításokról, a mint elénkbe kerülnek és figyelmünket lekötik.

Tudományos méltatásra nem igen vállalkozhatunk, hiszen a kiállításokhoz mellékelt könyveknek, brochure-oknak áttanulmányozása hónapokig terjedő munka volna.

A Champ de Mars-i nagy épület egyik szárnyának, a melynek hossza 800 m., szélessége 150 m., egyik sarkában helyezték el a különböző nemzetek tanügyi kiállításait. Itt találjuk az elemi és középiskolai tanításra, az ipar-, rajz-, zeneoktatásra vonatkozó kiállításokat, vegyesen a hangszerekkel, nyomtatással, könyvkiadókkal, fotografusokkal, sebészi és praecisio eszközökkel. Nem is sejtjük, hogy az orvosi facultások kiállításának keresésében milyen zajos helyre tévedtünk. A különböző nemzetek különféle hangszerei, a melyek ugyan egyszerre, de különféle darabokat játszanak, adják meg az alaptonust a pénzverő- és nyomda-gépek zakatolásához. Sokan állják körül a „Le petit journal"-nak, a mely naponta 1,200,000 példányban jelenik meg, nyomtató-gépét, a melyből rövid idő alatt százával kerül ki az aznapi lap és itt ingyen áll a publikum rendelkezésére. Nem kevésbbé érdekesek a „The Graphic" lap kiállítása területén működő szedőgépek. Az irógépek mintájára kell kizongorázni a megfelelő szöveget és a nyomdabetűk összeforrasztott kész sorai szemünk előtt képződnek ki a megolvasztott alaktalan fémből.

Na de hagyjuk a sok csábító érdekességet, keressük meg a franczia csoportban, a mely természetszerűleg a legnagyobb valamennyi között, az egyetemek kiállítását. Ezek az emeleten vannak. Véletlenül a rectrospectiv részbe tévedünk. Nézzünk be pillanatra a franczia oktatás régi emlékei közé.

Sok mulattató metszetet, képet, rajzot találunk a régi franczia elemi és középiskolai oktatásról. Egyik collectioban különböző gyermekjátékokat látunk a XVI. századból, ime a faló, a szappanbuborékfúvás, az ugrókötél vagy kötélugrás és sok más, már akkor is divatosak valának. Más sorozat az elemi iskolai tanításról s a vele kapcsolatos gyermekcsínyekről mutat nevettető jeleneteket. Látjuk a typikus tanítóalakot, mindenütt virgács és lénia kezében, sújtásra készen; hiába, a régibb oktatásban ez a fegyelem symboluma. A tanító előtt a padokban ott ülnek a gyerekek, fejük alig látszik ki a szamárfüles csákókból.

Régi thésiseknek, egyes facultások és egyetemek történetére vonatkozó munkáknak egész sora van a szekrényekben. Régi, híres professoroknak, tudósoknak a fotografiái vannak a falakon. Több képecskéből álló aquarell az egyetem rectorának, professorainak és hivatalnokainak costume-jeit tünteti fel 1811-ből. Az asztalon kitett könyvek között találjuk Liard-nak, a felső oktatás jelenlegi vezetőjének (directeur de l'enseignement superieur au Ministére de l'instruction publique) könyveit, a melyekben Franciaország felsőbb nevelésének történetét irja meg az utolsó 100 évben (Enseignement superieur en France 1789—1893. II volume. Paris. Armand Colin 1894.). Szép kiállitású nagy formájú cartulariumokban lapozhatunk; az egyik 800 oldalas kötet, a montpellier-i egyetem történetére vonatkozik, a régi okmányok photogravure-jeivel; más három hasonló kötet a párisi egyetemről szól. Hasonló kötetek foglalják össze a franczia egyetemek statutumait és privilegiumait, alapitásuktól kezdve 1789-ig. A közoktatásügyi ministerium és a Caen-i facultás egyetemi tanácsa adja ki ezeket (Les status et privilèges des universités françaises depuis leur fondation jusqu'en 1789. Par Marcel Fournier., prof. agregé à la faculté du droit de Caen. Paris L. Larose et Forcel 1892.).

Sok érdekes adatot, rajzot, okmányt találunk a Sorbonne-ról, Collège de Franceról, egyéb párisi és vidéki intézetekről; egyelőre hagyjuk ezeket, majd visszatérünk az egyes egyetemek kiállításainál.

A franczia egyetemek legtöbbje részt vett ebben. Valamennyinél ott látjuk az eloison-okon az épületeknek, intézeteknek, laboratoriumok, museumok belsejének fotografiáit. A képek alatt az asztalokon hosszú sorokban szabadon találjuk a professorok munkáit a thesisek köteteivel együtt. Legtöbb egyetem brochure-t is adott ki, a mely a látogatóknak rendelkezésére áll. Ezekben megtaláljuk az egyetem történetére, organisatiojára, tanári karára vonatkozó adatokat. Egyikmásik világosan összeállítja a diplomaszerzés módját, feltételeit. Nem lesz talán érdektelen, ezt röviden felemliteni.

A francia egyetemeken négy év az orvosi cursus. Évenként négyszer iratkoznak a hallgatók (inscription) vagyis minden három hónapban. Ugy látszik ezzel a hallgatóknak négyszeri ellenőrzését akarják elérni és a tandíjnak, mely körülbelül 210 frankra megy fel, négy részletben való fizetését teszik lehetővé. Hogy valaki orvostanhallgató lehessen, vagyis legelső beiratkozásánál igazolnia kell, hogy „bachelier" (de l'enseignement secondaire classique lettres et philosophie) azaz érettségi vizsgát tett a klassikus tárgyakból, azonkivül bizonyitványt (certificats d'études physiques, chimiques et naturelles) kell felmutatnia, a mely igazolja, hogy physikával, chemiával, botanikával, zoologiával egy évig foglalkozott a philosophiai facultáson, azaz a „faculté des sciences"-on. Meg kell jegyeznünk, hogy a franczia egyetemeken a mi philosophiai facultásunknak megfelelőleg két facultás van, a „faculté des lettres" és a „faculté des sciences," az utóbbi a mathematikát és a természettudományokat, az előbbi a nyelveket, irodalmat, történelmet, geographiát karolja fel. A philosophiai karon eltöltött évet hozzászámítva a négy évi cursushoz, itt is végeredményben öt év szükséges a doctori diploma elnyeréséhez. A négy évi cursus alatt különböző időben összesen öt vizsgát kell tenni. A három utolsó évben az egyetemi elfoglaltságon kívül azzal parallel kórházi szolgálatot is kell végezni, ez a „stage hospitalier". Páris valamennyi kórháza az „Assistance publique" alá tartozik. Az assistance publique és az orvosi facultás között megegyezés jött létre, a mely conventio alapján 1893. november 20-dikán megjelent decretum bizonyos feltételek és beosztás mellett megnyitotta Páris összes kórházait az orvoshallgatók részére. Ez különben, azt hiszszük, következménye annak, hogy Párisban az orvoshallgatók száma igen nagy, igy pl. 1889-ben kb. 6000 volt. Ily nagyszámú hallgatóságnál a beteg körül való gyakorlati ismereteknek a megszerzése egyetemi klinikák rendszere mellett nehezen ment volna és igy történt, hogy Páris valamennyi kórháza segédkezet nyújt a gyakorlati oktatáshoz. A doctori czím végleges elnyerésére, tanulmányainak és vizsgáinak elvégzése után, laboratoriumi vagy kórházi vizsgálatokon alapuló kérdést, thesist kell kidolgoznia a jelöltnek. Ezen thesis elfogadásával nyeri el a doctori czímet és ez egyedül jogosít praxisra. (Loi du 30 novembre 1892.) A thesist ki kell nyomatnia, ezért találjuk minden egyetemnél egész sorát a thesiseket tartalmazó köteteknek.

Az orvosképzésnek egyöntetű organisatioja nem valami régi keletű, ez különben természetes is. Francziaország területén különböző időkben, különböző alapokból és organisatio mellett keletkeztek az egyetemek és az egyöntetű szabályozás csak az újabb időkben következett be. A vidéki egyetemeken, orvosi iskolákban még most is van eltérő intézkedés gyakorlatban; a legutolsó organisatio 1896—1897. évekből ered.

A pálya meglehetősen drága, a beiratkozással (inscription) és immatriculatioval 190 frank évente s hozzá jönnek még a vizsgadíjak, (összes vizsgadíj 385 frank, a thesis és diploma 240 frank), thesis kinyomatás, laboratoriumi dolgozás költségei. Szóval négy év alatt 1400 frank. A külön laboratoriumi dolgozás ezenkivül még igen sokba kerül. Természetesen idegeneknek, a kik csak egy évre jönnek külföldről, a kiknek az év nem számítható be az itteni cursus keretébe, maga az egyszerű immatriculatio is jogot ad az előadások látogatására, a mi különben a legtöbb esetben amúgy is ingyenes.

Pekár Mihály dr. és *Heim Pál* dr.

(Folytatása következik.)

Berlini levél.

(Az adenoid vegetatioknál és orrvérzéseknél alkalmazott eljárásokról.)

Az orr- és gégebetegségek terén, a kezelést illetőleg, valami lényeges újításról jelenleg nem beszélhetünk. Az egyes berlini gégészeti klinikák nézetei ugyan egy és másban eltérnek kissé egymástól, de egy oly fontos érvet, avagy újítást, mi az eddigi nézeteket bizonyos irányban megdöntené avagy egyesitené egy jelenleg függő kérdésben, nem találunk sehol. Az egyes kisebb eltéréseket, főleg a műszereknél tapasztaljuk.

Igy az adenoid vegetatiok eltávolításánál az egy Rosenberg-féle klinika kivételével a Gottstein-féle adenotom helyét inkább a Beckmann-féle műszer foglalja el, és joggal. Nem tojásdad, hanem főleg négyszegletes, lekerekitett alakjánál fogva egy-két húzásra sokkal alaposabban lemetszi a túlburjánzott mandolarészleteket, úgy hogy az operatio esetleges rögtöni megismétlése szükségtelenné válik. B. Fränkel professor klinikáján rendesen két műszerrel, a már emlitett Beckmann-adenotommal és ezt követőleg még az ú. n. Hartmann-féle gyűrűkéssel is operálnak.

Ez utóbbi azon mandolarészletek eltávolitására szolgál, a melyeket esetleg az adenotom érintetlenül hagyott.

Miután ez eszközzel a tubát könnyen megsérthetjük, nem a tengelyben eszközölt félköralakú mozgásokkal, hanem a nyél feszesen tartása mellett egyszerű oldal mozgásokkal, szorosan az orr-garatűr fedeléhez szorított késsel, végezzük a műtevést. Kezdőknek ez eljárás kiváltkép ajánlatos, mert az által, hogy másodizben nem ugyanazon, hanem egy másfajta műszerrel hatolnak be az orr-garatüregbe, a beteg avagy környezete nem az operatio megismétlését és igy az orvos ügyetlenségét látja ebben, hanem pusztán a műtevés alapos folytatását. Másrészt igy leginkább biztosíthatjuk a beteget arról, hogy recidiva nem fog bekövetkezni, a mi tudvalevőleg úgy sem egyéb, mint a tökéletlen műtevés következménye.

Krause professor csupán a Hartmann-féle gyűrűkéssel operál, és mint tapasztalni alkalmam volt, gyorsan, a legnagyobb tökéletességgel. Bár igaz, hogy nem mindenki bir Krause kezének ügyességével, de egy gyakorlatlanabb egyén is, tekintve a műtevés könnyűségét, eredményt érhet el ez eljárással. A narcosist adenotomiánál általában elhagyták, a szájterpesztő és az operateur segédje a sikeres műtevést narcosis nélkül is biztosítják. A mi az utókezelést illeti, a desinficiens torokvizeket, az egy Jansen-féle klinika kivételével, nem alkalmazzák, csupán chamomilla-theával végeztetnek szájöblítéseket. Jansen torokvíznek a liqu. alumin. aceticit rendeli, még pedig egy kávéskanállal egy pohár vízre, az első két napon, naponta 10—15-szöri öblítésre. Táplékul az első huszonnégy órában lehetőleg hideg tejet, a következő három-négy napon keresztül langyos meleg, híg avagy pépes ételeket ajánlanak.

B. Fränkel klinikáján az adenotomiát követő huszonnégy órán át, Heymannál pedig hat órán keresztül, az esetleg bekövetkezendő lázas állapot miatt, ágyba fektetik a beteget, mig Rosenberg, Ja en s

Krause egy-két napi szobai tartózkodással is megelégszenek. Heymann ezenkivül az első napon jéghideg borogatást is tétet a beteg nyakára és a műtevést követő harmadik napon az orr-garatüregbe öt percentes argentum nitricum-port insufflál, hogy ezzel az esetleg visszamaradt kis mandola részleteket is tönkre tegye. Szerény véleményem szerint, azon bő tapasztalatok alapján, a melyeket három éven át Irsai professor oldala mellett szereztem, úgy az ágyba fektetést, mint a nyakra alkalmazott jéghideg borogatást elengedhetőnek tartom, viszont a desinficiens szájvizeket (kalium chloricum, alumen, thymol stb.) határozottan szükségesnek találom. Eltekintve attól, hogy e mosogatások a betegnek könnyebbségére és a váladék csökkentésére szolgálnak, desinficiens tulajdonságuknál fogva egy esetleges infectiot is meggátolhatnak, és így ártalmatlan voltukat is figyelembe véve, nem feleslegesek. Az adenoid szövetek bőven el vannak látva lymphatikus edényekkel, az operatio után pedig az orr-garatüregben fekvő összes lágyrészek egy kiterjedt sebfelületté alakultak át és így igen könnyen megeshetik, hogy például a tuberculosis, főleg ha az operált beteg családjában tüdővészesek is fordulnak elő, az orr-garatüregben megtelepedve, egy általános tuberculosisnak lesz a kiinduló pontjává. Az elmondottaknál fogva nem is szabad megelégedni a toroköblögetésekkel, hanem e mellett az orrüregen át is végeztetni kell a mosásokat, akár az u. n. orr-hajócska, de még inkább egy csekély nyomásra beállított irrigateur segélyével. Mint ismeretes, az adenotomia után beálló bő vérzés csakhamar megszünik és utóvérzések, a melyek hosszú ideig tartanának, avagy a műtevést később követnék, igen kivételesek. Ha ez mégis előfordul, úgy jodoformgaze-zel először a mellső orrüreget és ha ez elégtelennek bizonyulna, úgy az orr-garatüreget is tamponálják. Másfajta, az orrüreg belsejéből kiinduló vérzéseknél Krause e tamponálást a következőképen végezi.

A mindössze két ujjnyi széles jodoformgaze szalagot, mindenek előtt az alsó orrjáratba egy csipesz segélyével egész a hátsó orrnyilásig betolja. A következő hurkot a felső orrjáratba ékeli be, lehetően szorosan, azon czélból, hogy a tampon későbbi kiesése avagy meglazulása be ne következhessék és most ismét az alsó orrjárathoz térve vissza, folytatólagosan az egész orrüreget, a mennyire csak képes oly szorosan kitölti. Krause a szív- és vesebetegeknél előforduló makacs epistaxisoknál is ez eljárást alkalmazza, és mint mondja, mindenkoron a legjobb sikerrel. Szükség esetén, azaz, ha a tampon rövides eltávolitása újabb vérzést vonhatna maga után, Krause a tampont három napig sem bolygatja, a nélkül, hogy valaha ennek következtében akár az orr, akár a fül részéről valami complicatiot tapasztalt volna.

Berlin, 1900. október 11-dikén. *Tóvölgyi Elemér* dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A Meckel-féle diverticulumról.

Közli: **Hültl Hümér** dr.

Irodalom. *Általános rész. Ziegler*: Pathologische Anatomie. 1898. — *Mitchell*: Journ. of anat. 32. k. 675. l. — *Kelynack*: Brit. med. journ. 1897. aug. és Medical chronicle 1896. 5. sz. — *Armand*: Journ. de méd. de Bordeaux. 1896. 38. sz. — *Morestin*: Bulletin de la société anatomique. 1896. 2. sz. — *Pernice*: Die Nabelgeschwülste. 1892. Halle. — *Kolaczek*: Arch. f. klin. Chir. 18. k. 340. l. — *Küstner*: Virchow's Arch. 69. k. 286. l. — *Tillmann*: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 18. k. — *Roth*: Virchow's Arch. 86. k. 371. l. — *Meckel*: Handbuch der Pathol. Anatomie I. k. 553. l. — *Hertwig*: Entwickelungsgeschichte. Jena 1890. — *Hertwig O.*: Entwickelungslehre des Menschen. Jena 1900. — *Ahlfeld*: Arch. f. Gynäk. 5. és 9. kötet.

A nyitva maradt ductus omphalo-entericusról. Chandelux: Ref. Virchow-Hirsch. 1881. — *Löwenstein*: Langenbeck's Archiv. 49. k. 562. l. — *Karewski*: Cblatt f. Chir. 1898. 10. sz. — *Weinlechner*: Jahrbuch f. Kinderheilk. VIII. k. — *Hüttenbrenner*: Allg. Wiener med. Zeitschr. 1878. — *Barth*: Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1887. 26. k. 193. l. — *Morian* (2 eset): Arch. f. klin. Chir. 58. k. 2. füzet. — *Jacoby*: Berl. klin. W. 1877. 201. l. — *Marshall*: Med. Times and Gaz. 1868. — *Kehr*: Deutsche med. Woch. 1892. 51. sz. — *Leisrink* és *Alsberg*: Arch. f. klin. Chir. 26. k. 769. l. — *Alsberg*: Deutsche med. W. 1892. 46. sz. — *Zumwikel*: Arch. f. klin. Chir. 40. k. 838. l. — *Stierlin*: Deutsche med. W. 1897. 188. l. — *Gevaert*: Ref. Cblatt f. Chir. 1894. 15. sz. — *Broca*: Gaz. méd. de Paris. 1894. 42. sz. — *Kern*: Bruns Beiträge. 1897. 19. k. — *Neurath*: Wiener klin. W. 1896. 49. sz. — *Sauer*: Deutsche Zeitschrift f. Chir. 44. k. 316. l. — *Körte*: Deutsche med. W. 1898. 7. sz.

A Meckel-féle diverticulum megbetegedéseiről. Magaigne et *Blunt*: Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris 1899. május. — *Blanc*: Thése de Paris 1899. — *Kramer* (2 eset): Cblatt f. Chir. 1898. 521. l. — *Picqué* és *Guillemont*: Revue de chir. 1897. 11. sz. — *Simpson Francis*; Medical press. 1896. decz. 30. sz.

A diverticulum által okozott ileusról. Duchaussoy: idézve *Mintz* D. Zeitschr. f. Chir. 43. k. 301. l. — *Leichtenstern*: Ziemssen Handbuch. 7. k. 421. l. — *Treves*; Darmobstruction (ford. *Pollack*). — *Hofmann*; Inaug.-Dissert. Kiel. 1897. — *Becker*: Inaug.-Diss. 1891. — *Both*: Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 38. k. 1. l. — *Körte*; Berl. klin. W. 1894. 40. és 42. sz. — *Uhde*: Chirurgische Behandlung innerer Einklemmungen. Pitha-Billroth Chirurgie 3. k. — *Gilderleeve*: Med. news. 1898. márcz. 28. — *Hültl* (2 eset): Sebészeti adatok. 1898. 28 l. — *Neumann*: Intern. Beitr. z. wissentschaftl. Med. 1891. II. k. 325. l. — *Genersich*: Orvosi H. 1899. 114. l. — *Minich*: Magyar orv. arch. III. k. 265. l. — *Ulmer*: Ref. Schmidt's Jahrb. 70. k. 345. l. — *Carin*: Ref. Virchow's Festschrift II. k. — *Mayer*: Bayer. Intell. Bltt. 1884. 25. sz. — *Schenk*: Petersburger med. W. 1882. 2. sz. — *Froriep*: Chirurgische Kupfertafeln. 68. és 75. f. — *Dexpers*: Ref. Virchow-Hirsch. 1867. II. 154. l. — *Gibson* (3 eset): Lancet II. 1888. 665. l. — *Southey*: Clinical soc. trans. 1882. 25. k. — *Riedinger*: Cblatt f. Chir. 1898. melléklet 138. l. — *Jordan*: Berl. klin. W. 1896. 2. sz. — *Stubenrauch*: Cblatt f. Chir. 1898. melléklet 137. l. — *Kuttner*: Beitr. z. klin. Chir. 21. k. 289. l. — *Maroni*: Ref. Virchow-Hirsch. 1887. II. 515. l. — *Ewald*: Berl. klin. W. 1897. 169. l. — *Taylor*: Med. news. 1897. aug. 7. — *Heiberg*: Virchow's Arch. 54. k. — *Huber*: Berl. klin. W. 1889. — *Oechsner*: Cblatt f. Chir. 1894. — *Poppert*: Arch. f. klin. Chir. 39. k. 167. l.

A *Meckel*-féle diverticulum elég gyakori torzképződménye a bélnek. *Mitchell* 1635 hullán (305 nő) 39 diverticulumot (négyet nőben) talált. Az előfordulás bizonytalan, néha 200 hullát is felbontott és egy diverticulumot sem lelt, máskor meg kettő jött egymásután. *Kelynack* a Manchester Royal Infirmary kórboncztani anyagán 1446 hullánál 18-szor talált *Meckel*-diverticulumot, 11 férfinál és 7 nőnél. *Kelynack* szerint a diverticulum rendesen nem okoz semmiféle zavart, mert az átlagos kor, mely mellett a 18 diverticulum előfordult, 38 év volt és legalább ezen esetekben a halált nem lehetett a diverticulummal okozati összefüggésbe hozni.

A *Meckel*-diverticulum a béllel rendesen szélesen közlekedik, billentyűképződést *Kelynack* egyszer sem látott. Eredése többnyire a bélfodorral szemközt levő oldalon van, még pedig derékszög alatt. Tartalma levegő, néha bélsár, követ nem észlelt. A diverticulum lumene soha sem terjedt a köldökig, illetőleg a hasfalig. Néha ezen rendesnek mondható alaktól eltérések, mint kötegszerű alkat, a környi vég letapadása, megvastagodása észlelhetők. A diverticulum hossza 2—10 cm. között ingadozik. *Armand* egy 4 cm. hosszú diverticulumot irt le, mely 1 m.-rel ült magasabban a bélcsatornán, mint a coecum. Semmi bajt sem okozott viselőjének. *Morestin* is véletlenül akadt egy 8 cm. hosszú és 70 cm-nyire a coecumtól függő diverticulumra.

A diverticulum, úgy mint *Armand* és *Morestin* esetében is, felnőtt embernél általában 1 m.-rel proximalisabban a gyomorhoz fekszik, mint az ileo-coecalis billentyű. Rendesen cylindrikus függelék, melyet mint a ductus omphaloentericus maradványát kell felfognunk. Ritka esetekben a köldökkel köteg által össze van kötve, máskor megint a köldökbe szájadzik, úgy hogy a bél sipoly által közlekedik a köldökön át a külvilággal. Vannak olyan esetek is, hol a ductus omphaloentericus egy levált vagy megmaradt darabja a köldökben daganatszerű térfogatnagyobbodásokat* (adenomok, *Pernice*-féle köldökrákok), esetleg cystákat (*Kolacek*, *Küstner*, *Tillmann*, *Roth*) képez. Mindezen képződmények alaktanilag helyes magyarázatát már 88 év előtt *Meckel* adta.

A megértéshez a vesicula umbilicalis fejlődésének ismerete szükséges. A vesicula umbilicalis embernél ellentétes fejlődést mutat, mint az amnion: míg utóbbi állandóan nagyobbodik, előbbi a figyelmet könnyen elkerülő képződménynyé zsugorodik össze. Az emberi ébrénynél a 2—3-dik héten felényire kitölti a csírhólyagot és a még csak vályút képező béltől nincs elhatárolva. Valamivel idősebb ébrényeknél ovalis hólyagcsát alkot, mely a most már csatornává záródott béllel tág és vastag nyél által közlekedik. Ezen nyél a hatodik héten hosszú vékony csővé: a ductus omphaloentericussá alakult át, mely előbb vagy utóbb elvesziti űrterét és tömör hámköteggé változik, miután most az amnion a folyadék tömegesebb felszaporodása által az egész csírhólyagot kitölti, a ductus omphaloentericust és az allantois köteget (utóbbi nyitvamaradásából származik az urachus-sipoly) beborította, illetve amnion-hüvelylyel vette körül. Az így támadt képződmény a funiculus umbilicalis.

Ezen összefoglaló szemlében a daganatképződményektől egészen eltekintve, azon sebészi közleményeket csoportositjuk, melyek 1. a nyitvamaradt diverticulummal, 2. a zárt hasüregben levő diverticulum megbetegedéseivel és gyógytanával foglalkoznak.

I. A nyitvamaradt ductus omphaloentericus esetében két féleséget különböztethetünk meg:

a) Ritkábban csak egy vak tasak megy a köldöktől a hasüreg felé. 7 (5 fi, 2 nő) ilyen eset közül a diverticulum 6-szor előesett. Az így képződő zacskóba a belek épen úgy betódulhatnak, mint valami sérvbe, kizáródás azonban még nem fordult elő. *Pernice* kikaparással, *Chandelux* és *Löwenstein* az előesett rész lemetszésével gyógyulást értek el, két régebbi eset pedig, melyekben az előesett részt mindenestől lekötötték, balul végződött. *Morian* betege 24 éves volt. A születése óta fennálló 4 cm. mély, nyálkahártyától kibélelt sipolyából állandóan vérzett, de magát műtenni nem engedte.

* Ide tartozó rendkivül érdekes primaer köldökrák esetet *Navratil* tanár úr osztályán voltam szerencsés műtehetni. 1896. szeptember 22-dikén özv. K. J.-né 15,299 f. k. sz. alatt felvétette magát a kórházba. Az 55 éves nő előadja, hogy baját úgy vette észre, hogy köldökéből régi idő óta valami folyadék ürül cseppekben. 3 hó óta köldökében dió mekkorságú keményedést észlel, melyből $1\frac{1}{2}$ hó óta heves, a lágyéktájak felé kisugárzó lancináló fájdalmakat érez. A fekélyt hasztalan próbálták egy hónapon át gyógyulásra birni. Jelenleg a leirt daganat és krajczárnyi fekély látható. Műtét október 31-dikén. Omphalectomia totalis. Műtét alatt a zsigereket lehetőség szerint megtapintottam, de teljesen egészségeseknek találtam. Selyemmel egyesítettem a peritoneumot, elsülyesztett ezüst-sodronyvarrattal a rectusokat, szűcs selyemvarattal pedig a bőrt. A kimetszett daganatot azon kérelemmel küldöttük el *Pertik* tanár úrnak, szíveskednék klinikai kórisméneket: „a ductus omphaloentericus maradványából kiinduló köldökrák“ megerősíteni.

Pertik tanár úr a vizsgálat eredményéről következőkben válaszolt. „A bőralatti kötőszövet a papilláktól kezdve a zsirszövetig számos részint egy, részint több rétegű hámmal bélelt s lumennel biró csöveket foglal magában. A csövek számos helyen finom csapokba mennek át és itt-ott egy-kétszer elágazódnak. A hámsejtek helyenkint kifejezett cylindrikus typust mutatnak, gyakran vacuolákat, leukocytákat zárnak körül s a számos mitosis igen gyakori. A többes oszlás gyors növekedésre vall. A kötőszövet legnagyobbrészt hyalin elfajulást mutat. Tekintve azt, hogy a belek egészen egészségesek, felmerül a kérdés: nem a ductus omphaloentericusból kiinduló rákkal van-e dolgunk?“

(Az ilyen apróság, mint a prolabált incomplet ductus omphaloentericus természetét is jó a gyakorló orvosnak ismerni. Fényesen bizonyítja ezt P. dr. esete. [Közli *Löwenstein.*] P. dr. magánrendelésén a köldökről babmekkoraságú, piros, granulomának kórismézett daganatot késsel metszett le; abban a pillanatban a köldökön át vékony bélkacs esett elő. Az eventeratio mindig nagyobb lett, míg a segélyül hívott *Löwenstein* egy a vékonybélen levő 6 mm.-nyi sebet bevarrva és a hassebet erősen tágítva, nagy küzködés után vissza tudta tenni a beleket. A gyermek szerencsésen meggyógyult.)

b) Egész lefutásában nyitva maradt ductus omphaloentericus esetet eddig 34-et írnak le a közlemények. Az észlelés alá került esetek 85%-a egy éven aluli gyermekeket illetett.

Veleszületett köldökbélsársipoly esetében a köldökön kicsiny, nedvedző, élénkpiros daganatot találhatunk, közepén nyilással, melyből nyálka, bélsár vagy epe szivároghat. A daganat nyálkahártya kitüremkedés vagy részleges inversio eredménye. A kórisme felállítása ilyen esetekben könnyű, legfeljebb arra kell gondolni, nem volt-e a gyermeknek köldökzsinórsérve, melynek lekötésénél a kilyukadt bélkacsból vendégsegg keletkezhetett. (Ilyen eseteket a régebbi időből *Siebold, Stadfeld* és *Schneider* írnak le.) Fungus umbilicitől és az előbb említett előesett vak diverticulumoktól a központi ürjárat hiánya különbözteti meg őket.

A nyitvamaradt *Meckel*-diverculum annyiban veszélyes, a mennyiben kitüremkedvén, sérvszerű tasak támadhat, melyben az előesett bél kizáródhatik. Az ilyen állapotban megkisérelt visszahelyezés eredménytelen, sőt mint *Barth* állítja, egyenesen veszélyes; a véres műtét sikere pedig legalább is kétes (47% halálozás). A beavatkozásnak az előesett diverticulum kiirtásában és az egészséges tartalom visszahelyezésében kell állania. *Weinlechner, Hüttenbrenner, Karewski* és *Barth* közölnek idevágó adatokat.

Említett előtüremkedés veszélyességére való tekintettel a nyitvamaradt *Meckel*-féle diverticulum kiirtása már akkor jogosult, midőn még semmi bajt sem csinál. A régebben divott edzés (*Sauer*) és égetés, valamint lekötés, pelottaalkalmazás (*Jacoby*) helyét joggal foglalták el a modern sipolyzárási módok, úgy mint a szélek felfrissítése és varrat (*Marshall*), valamint a kiirtás. Előbbi módszer hátránya, hogy az immár csukott diverticulumot mint a köldökhöz húzódó köteget meghagyja a hasban (*Kehr, Leisrink és Alsberg*), minek jelentőségével minden sebész tisztában van. Ezzel szemben a teljes kiirtás 10-szer végezve (gyógyult: *Bevaert, Broca, Shepherd, Stierlin, Kehr, Kern, Körte, Morian, Neurath* esete) csak egyszer vált peritonitis miatt (*Alsberg* esetében) végzetessé. A műtétet *Barth* szerint következőkép tanácsos megejteni. Narcosis. Laparotomia. A metszés 2 cm.-mel a köldök felett kezdődik és a köldököt balra hagyva, 2 cm.-mel alatta végződik. Az esetleg kifordult diverticulumot húzás által visszatüremlitjük. Majd a köldököt jobbról is körülmetszszük. Ez által a köldököt teljesen eltávolítjuk. A vele összefüggő diverticulumot a bélről lemetszve (lásd alább), a bél, valamint a hasfal sebét egyesítjük.

II. A hasüregben szabadon lévő *Meckel*-féle diverticulum kétfélekép okozhat bajt viselőjének, t. i. 1. ezen appendix is csak úgy, mint a processus verniformis, megbetegedhetik, 2. bélelzáródásra vezethet.

1. A *Meckel*-féle diverticulum megbetegedése kórboncztani és klinikai tekintetben ugyanazon képet adhatja, mint az appendicitis. Benne is keletkezhetik bélsárkő. Idegen test behatolhat és perforatiot okozhat. *Magaigne* és *Blunt* közülnek két idevonatkozó esetet. *Körte* általános peritonitisben elhunyt olyan beteget észlelt, kinek diverticuluma cseresznyemagoktól megtelvén, megrepedt. *Blanc* „diverticulite" nevet adott lobjának és szintén leirt egy idetartozó esetet. A kórismét ezen 41 éves, hirtelen megbetegedett embernél, kinél a jobb ileocoecalis tájon daganat keletkezett, epityphlitisre állitották fel. Műtétnél a processus vermiformis egészségesnek mutatkozott, a jelenlevő *Meckel*-féle diverticulum pedig fibrinosus összenövések között volt beágyazva és erős lobtüneteket mutatott. Sikeres eltávolítás. A készítmény megvizsgálásánál kiderül, hogy a diverticulum falát egy 15 nap előtt lenyelt halszálka szúrta át. *Kramer* igen érdekes diverticulitis esetet közölt. Betegénél, 40 éves férfinál lórúgás után appendicitis tünetei mutatkoztak. Tályog keletkezett, mely a megnyitás után sipolylyal gyógyult. Midőn jóval később a sipoly radicalis műtevése czéljából a hasüreget feltárta, meglepetéssel látta, hogy nem a processus vermiformisból, hanem valóságos *Meckel*-féle diverticulumból indult ki a lobosodás. A diverticulumot úgy csonkitotta, mint appendicitisnél a féregnyújtványt szokták. (A fali serosa leválasztása után a nyaki részen kettős lekötés. Resectio. A csonk fedése hashártyával, miután a visszamaradó kidudorodást keztyűujjszerűleg visszatűrjük a bélbe és ezen helyzetében *Lembert*-féle seroserosus varratokkal rögzítjük.) A beteg gyógyult, diverticulumában egy körtemag volt. *Picqué* és *Guillemont* észlelete nagyjában *Kramerével* megegyező.

A diverticulum álképlete ez ideig unicum. *Simpson Francis* 45 éves emberen talált egy *Meckel*-féle diverticulumból kiinduló fibromyomát, kezdődő meszesedéssel. A diverticulum 3 lábbal magasabban volt, mint az ileocoecalis billentyű.

2. A *Meckel*-féle diverticulum nem is olyan ritkán szerepel belső bélelzáródás oka gyanánt, mint azt az ember első perczben gondolná. *Duchaussoy* az összes mechanikus bélelzáródások 7%-át, *Leichtenstern* 5%-át diverticulum által feltételezettnek mondja.

Both és *Körte* egy-egy esete egészen egyedül álló észlelet. *Both* gyermekénél a köldökzsinórsérvben a *Meckel*-féle diverticulum is benn volt. A gyermeket háromnapos korában műtették és gyógyult. *Körte* idevonatkozó esetében a diverticulum maga záródott ki és lett necrotikussá, úgy hogy a mindenütt összetapadó szélek között eltokolt tályog volt található.

Ezen két esetet az alábbi osztályozásnál figyelembe nem véve, a *Meckel*-féle diverticulum ileust (bélelzáródást) háromféle módon okozhat.

a) A diverticulum magával azon béldarabbal, melyen ül, csomót képez, a mi különösen akkor következik be, ha vége bunkószerűen megvastagodott. Már *Uhde Savopoulo* után kitünő ábrával világítja meg ezen állapotot. *Gildersleeve* esetét is ide lehet sorolni, a mennyiben a négy napig fennálló ileusban műtét nélkül elpusztult betegnél a *Meckel*-diverticulum fibrosus kötegben végződött, mely magával a diverticulummal tapadva gyűrűt képezett, mely a belet lefűzte. *Hültl* első esetében az ileum külső hátsó falából eredő 8 cm. hosszú, ujjvastag diverticulum a belet egészen körülölelte, környi vége a bél felső és hátsó falához lévén odatapadva. E strangulatios hely felett lévő bél puffadt, az alatta lévő összeesett. A puffadt belek reáborulván az üresekre, az akadályt nemcsak a diverticulum által okozott leszorítás, hanem szegletben megtörés is okozta.

b) A diverticulum distalis vége valahol a hasfalhoz letapadhat, mi által bizonyos értelemben híd keletkezik, mely alá magasabban vagy mélyebben székelő bélkacs becsúszván, kizáródhatik. *Neumann* a letapadás helye szerint osztályozza az incarceratiokat és öt alakot vesz fel: 1. a diverticulum a mesenteriummal tapadt (*Kramer* második, *Gibson* első esete); 2. a köldökkel függ össze; 3. a köldöktől bizonyos távolban a hasfalhoz tapadt (*Ulmer, Carin, Mayer, Schenk* esetei nem congenitalis, hanem későbbi eredetűek, ezzel szemben *Froriep, Dexpers, Gibson, Southey, Genersich, Minich, Riedinger, Jordán*-éi valószinűleg veleszületettek); 4. távolabb eső bélrészlettel vagy más szervekkel lép összeköttetésbe (*Hültl* második esete); 5. többszörösen tapad.

c) A diverticulum keztyűujjszerűleg visszatűrődvén, invaginatio által befordul a bélbe és intussusceptio által okoz ileust. Kilencz e nembeli közölt eset közül műtéve csak kettő: *Stubenrauch* és *Küttner*-é lett. Mindkettő közvetlenül a műtét után meghalt. A többiekre (*Maroni, Ewald*, a *St. Bartholomew*-kórház esete, *Adams*-é [idézve *Hofmann* után], *Heller* három esete [idézve *Becker* után]) véletlenül akadtak reá.

Valamint ezen esetekben a kórismét csak ileusra lehetett megállapitani, úgy a jövőben előfordulandóknál sincsen több kilátás, már csak a baj ritkasága miatt is, a pontosabb meghatározásra.

Meghaladott dolog lenne külön ajánlani, hogy ezen és minden más mechanikus ileus-esetben műtenni kell és nem belső szereléssel elfecsérelni az időt. Talán a korai operálás elmulasztásának tudható be, hogy *Meckel*-féle diverticulum miatt támadt ileus kevésszer (*Kramer, Hültl* két eset, *Taylor* 12 cm. bélresectioval, *Poppert, Gibson* első esete stb) adott laparotomiával sikert.

Könyvismertetés.

Rudolf von Hoesslin: Über die Behandlung der Fettleibigkeit. München. 1900. J. F. Lehmann.

Az elzsírosodás gyógykezelése már ősidőktől fogva foglalkoztatja az orvosokat. Ismeretes, hogy egyáltalában nem vagyunk hijában kitünő szerzők részéről származó monographiáknak, a melyekben a soványító kúrák módszereit legnagyobb pontossággal és részletességgel találjuk leirva. És mégis értékkel bir ránk nézve ezen előttünk fekvő könyvecske, mivel benne a szerző tapasztalatairól számol be, a melyeket ő mint a neuwittelsbachi (München mellett) gyógyintézet igazgató orvosa szerzett. Hiszen jól tudjuk, hogy mily gyakran hagy cserben az egyik vagy másik ajánlott módszer és ily esetekben csak hálával tartozunk, ha határozott útmutatásokkal szolgálnak nekünk kedvező eredmények elérésére. A szerző jelzett methodusa a következő négy componensből szedődik össze: 1. tiszta fehérje- és zsirdiaeta; 2. az anyagcsere élénkitése hydrotherapia útján; 3. az élenyülési folyamat nagyobbitása fokozott izommozgások által és 4. thyreoidin-tabletták nyújtása. Ezen ú. n. *combinált kezelési móddal* szerző igen szép eredményeket ért el, a mint az a közölt kórtörténetekből kiviláglik. Természetesen oly orvos, a ki csupán chablon után dolgozik és eseteinél szigorúan nem individualizál, sohasem fog eredményt elérni, még a legjobbnak hirdetett módszerrel sem. A függelékben két táblázatot közöl: az egyik a különböző tápláló szerekre vonatkozólag az egyes tápláló anyagoknak (zsirnak, fehérjének, szénhydratnak) százalékos tartalmáról nyújt felvilágositást, és igy ebből az elhizottakra legczélszerübb tápláló szerek könnyen kikereshetők, ha e műben kifejtett alapelveket „sok fehérje, sok zsír, de kevés szénhydrat" szem előtt tartjuk. A II. táblázat a gyógyintézet étrendjéből az év 12 hónapjára 7—7 menut állít össze, tehát a hét egy-egy napjára egyet. E két táblázat segitségével minden gondolkodó orvos könnyen fogja betegének étrendjét az egész évre elég változatosan összeállithatni. *Hönig.*

Lapszemle.

Közegészségtan.

A tejben előforduló bakteriumok száma. *Leigthon* vizsgálatai szerint a bakteriumok számából következtetést lehet vonni a tej nyerése körül alkalmazott eljárás tisztaságára és egyáltalán a tejgazdaság berendezésének minőségére. A hol a tehenészet berendezése, felszerelése és a tej kezelése mintaszerű, onnan olyan tej kerül ki, a mely köbcentimeterenként nem tartalmaz 15,000 mikrobánál többet. Azok a tejgazdaságok, a hol a tejjel való elbánás körül minden lehetőt elkövetnek a tisztaság érdekében és a szenyezésnek elkerülésére, de a melyeknek a berendezése szegényesebb, olyan tejet szolgáltatnak, a mely köbcentimeterenként

40—70,000 mikrobát rejt magában. Végül abban a tejben, a mely olyan helyről kerül ki, a hol a berendezés is hiányos, a kezelés terén sincs meg a jóakarat, köbcentimeterenként 180,000-nél több mikrobát találunk. (Centralblatt f. Bakt. 1900. 18. és 19. sz.) *Filep.*

A bacillus enteritidis sporogenes, mint a víz tisztaságának mutatója. A bacillus enteritidis sporogenes (bővebb leirását l. Centralblatt f. Bact. 18. k. 24. sz. és 22. k. 5. sz.) a bélhuzamban található mikroba, a melyről Klein és Houston azt állítják, hogy sokkal alkalmasabb a víz ürülékanyaggal való szenyezettségének mutatójául, mint a bact. coli, és pedig azért, mert a coli a vízben szaporodásra képes lévén, a szenyezettség fokáról nem ad felvilágositást, míg a bakt. enteritidis igen, mert obligat anaërob lévén, a vízben, és egyáltalán, a hol levegő fér hozzá, nem szaporodik.

Kimutatása következőképen történik. 10 cm³ steril tejhez hozzá adunk a vizsgálandó vízből — ha az feltehetőleg erősen szenyezett — 1 cm³-t és 10—15 perczig 80° C.-ra hevítve, a lehült kémcsövet Buchner-féle készülékbe helyezzük, melyben 3¾ gm. pyrogallus-sav és 2½ cm³ erős kalilúg van. A készüléket gummidugóval jól elzárva, 37°-os költőkemenczébe állitjuk. Ha a víz kevéssé szenyezettnek tetszik, akkor egy liternyit Pasteur-féle szűrőn hajtunk át, a szűrőgyertyának felületét teveszőrecsettel lekeféljük s az ecsetet 5—10 cm³ steril vizben kimosva, ebből a mosóvízből adunk 1—2 cm³-t a tejhez. (Hyg. Rundschau. 1900. 12 sz.) *Filep.*

A sarkvidékek bakteriumait *Levin* vizsgálta, ki Nasthorst tanárnak az 1898. évben rendezett sarkutazásában részt vett. Vizsgálatai szerint a Spitzbergák és a Medveszigetek levegője bakteriummentesnek mondható. 28 ember közül a sarkokon való négy hónapi tartózkodás alatt csupán egy betegedett meg, ki enyhe icterus catarrhalist és gastritist kapott. A vizsgáló a tengerviz felületes rétegeinek vizsgálatánál átlag 11 cm³-ben egy koloniát talált. 80 vízvizsgálat után, a melyekben a próbákat jéghegyek, patakok és hó vizéből vette, a bakteriumtartalom megfelelt a tenger vizének, kivéve a hóét, a mely valamivel több bakteriumot tartalmazott az előbbieknél. A vizsgálatok kiderítették, hogy a tenger mély rétegeiben (2700 m. mélységben) a bakteriumok száma több, mint a felületes rétegekben. Szerző végre kiterjesztette vizsgálatait egyes állatok (jegesmedve, fóka, czápa, pinguin, dunna-lúd, fregattmadár, echinus fajok stb.) béltartalmának bakteriologiai vizsgálatára is. Ezek szerint a legtöbb vizsgált állatnak, különösen a madaraknak, bakteriummentes béltartalma volt és csupán két fókánál és egy jegesmedvénél talált a bact. coli communehoz hasonló mikroorganismusokat. (Hyg. Rundschau. 1900. 12. sz.) *Weisz.*

Belgyógyászat.

Az asszonyoknak a menopausa korában való diaetetikus gyógyitásáról ir *Kisch.* A klimakterium számos panaszának gyógyitásában a diaetetikának hálás szerepe van. E panaszok egy része — szív-panaszok, tachycardia, psychikus nyugtalanság, rossz álom, szorulás, haemorrhoidalis vérzések, congestiok, fülzúgások stb. — a circulatio zavara, a vér torlódása által okoztatik, míg más része — hyperaesthesiák, hyperkinesiák, neuralgiák stb. — az idegrendszer alteratioja által. A diaeta ilyenkor ne legyen izgató. Minden túltápláláis rossz. Legjobb a vegyes diaeta. Alkohol, kávé, sok víz kerülendők. Inkább gyakran, mint sokat enni. Ha zsírtúlképződés veszélye áll fenn, akkor zsírtalanitó étrend alkalmazandó; teljesen elegendő nem nagyon kicsiny fehérjebevitel, minimalis zsír, kevés szénhydratbevitel. Sok testmozgás, csak 7 órai alvás. Szabályozandó különösen a bélműködés. A kinél a klimakterium hirtelenül vagy korán állott be, s igy a tünetek intensivek, gyenge tejdiaeta ajánlatos. Az ideges tünetek gyógyitásában jó szolgálatot tesznek a fürdők, és pedig 35—37° C. fürdők 10—20—30 perczig. Mindez psychikus therapiával kötendő össze. (Zeitschr. f. diaet. u. phys. Ther. III. kötet, 8. füzet.) *—nt.*

Angina pectoris több esetét észlelte *Pawinski*, hol a rohamok megszüntek, ha az arteriosclerosis továbbfejlődésével relativ vagy organikus aortaelégtelenség fejlődött ki, balszív hypertrophiával. E folyamatot szerző egy kissé teleologikus szinben látva, franczia kifejezés hijján angol szóval jelzi benne a természet gyógyító törekvését és „self-help"-nek (önsegély) nevezi. A rohamok megszünését a csökkent ütőeres nyomással hozza okozati összefüggésbe, és állitását a nitroglycerin hasonló körülményen alapuló hatásmódjával támogatja. Hasonlóképen a bal szív hypertrophiának is nagy hatást tud be, a szívösszehúzódások szaporasága és a szívizom jobb tápláltsága révén. A dyspnoënak is van észleletei alapján fájdalomcsillapitó hatása. Több esetében hosszabb idővel az aorta elégtelenségének létrejötte után újra beálltak a rohamok, valószinűleg az endoarteritikus folyamat további terjedése és a koszorú ütőerek további szűkülése folytán. Ez esetekben is észlelt javulást oly módon, hogy a kéthegyű billentyű elégtelensége fejlődött ki jobb szívtúltengéssel, a mi a maga részéről nyilván szintén csökkentette a nyomást a nagy vérkörben. (Arch. géner. de médecine, 1900. 1. és 2. sz.) *Surányi Miklós* dr.

A vegetarius életmód therapeutikus alkalmazásáról ir *Rumpf.* Egy hosszabb idő óta tisztán vegetabiliákkal élő férfin végzett anyagcserevizsgálatokat és azt találta, hogy 73 gm. fehérje, 28·6 gm. zsír és 698 gm. szénhydrat mellett nemcsak megtartotta testsúlyát, de még növelte is és fehérjét rakott le. Kisérleteiből kiderül, hogy az ember fedezheti szükségleteit a növényvilágból, de csak akkor képes a kellő mennyiségű fehérnyét és az élethez szükséges hőmennyiséget megszerezni, ha a vegetabiliákból nagy mennyiségeket fogyaszt, ezért bélzavaroknál s általános gyengeségnél veszélyesnek tartja. A vegetabilis életmód előnyei, hogy a bélműködést előmozditja, az érlökések számát csökkenti és az ásványsókat kedvező alakban viszi be a szervezetbe. Épen ezért ajánlja a szív nagyfokú izgatottságánál, Basedow-kórnál, chronikus székrekedésnél és köszvénynél; némely diabetikusnál is jó eredmény érhető el. (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 1900. 4. kötet, 1. füzet.) *—nt.*

A szivbetegségek és az epilepsia között fennálló okozati összefüggésről ir *Stinzing* tanár. Áttekinti az irodalomban — különösen a franczia irodalomban — közölt „cardialis epilepsia"-eseteket, s maga is két ezekhez sorolható esetet ir le. Vizsgálódásaiból azt következteti, hogy az epilepsia és a szivbetegség esetleges együttes jelenléte legtöbb esetben csak a véletlen eredménye s nem valószinű, hogy egy közös alapbetegségből fejlődtek volna. Az epilepsia következménye maradó szivbetegség nem lehet, de rövid ideig tartó szivtágulás epilepsia után származhatik.

Szivbetegségek, esetleg az agyban előidézett vérkeringési zavaroknál fogva öröklött neuropathikus szervezeteknél, kiknél más egyéb kártékony behatások (alkoholismus, kicsapongások stb.) is szerepelnek, okai lehetnek ezen többi tényezővel együtt a fellépő epilepsiának.

Szivbetegségek és arterio-sclerosis az epilepsiás rohamok kiváltására az agykéreg vérkeringési zavarai által előmozditólag hatnak, különösen gyakori ez az aggkorban (senilis epilepsia).

Szivbetegségek és epilepsia együttes jelenléténél cardiacumok (digitalis) gyakran jótékony hatást gyakorolnak az epilepsiára is.

Súlyos szivbántalmak az epilepsiás rohamok lefolyását nagy mértékben befolyásolják és annak sajátságos typust kölcsönöznek, mely vagy cardialis aurában, vagy a roham után fellépő súlyos angina pectorisban leli kifejezését.

A prognosis mindkét betegségre rosszabb, mert egy súlyos szivbetegnek nincs meg a kellő ellenállási képessége az epilepsiás insultusokat kár nélkül elviselni. (Deutsches Archiv f. klin. Medicin, 66. kötet.) *Jakab László* dr.

Parotitis complicatiojaként heveny pancreatitist észlelt *Jacob* egy 10 éves fiúnál. Hirtelen hőemelkedés, hányás és gyomorfájdalmak közepette az epigastriumban egy retroperitonealis, rendkivül érzékeny, alig mozgatható daganat lépett fel, melyet Jacob heveny pancreatitissel identifikál és melyet a perotitis kapcsán fellépő orchitisekkel analog jelentőségűnek tart. A daganat és a vele járó tünetek kezelés mellett (terpentinborogatások, Dover-por) két nap alatt eltüntek. (British Med. Journal. 1900. junius 23.) *Benedict* dr.

Pancreatitis haemorrhagica egy esetéről számolnak be *Uhthoff* és *Maynard*, mely ugyan in vivo nem diagnostizáltatott. A 77 éves betegnél előző könnyű rosszullét után hirtelen hányás lépett fel, mely egészen a halálig tartott; a hányadék néha kávéaljszerű részleteket tartalmazott. A 3½ napig tartó betegség alatt a beteg háromszor collabált; a harmadik collapsus után meghalt. Mint diagnosis eleinte bélelzáródás szerepelt, mely kórisme később ismét elejtetett. A bonczolat alkalmából kitünt, hogy a pancreas fejében egy körülbelül ökölnyi vérzés, testében kisebb vérzések székelnek. A peritoneum és a pancreas állománya tele volt hintve apró zsíros necrosisokkal. (British Medical Journal. 1900. junius 23.) *Benedict* dr.

Sebészet.

Mesenterialis cysta esetét közli *Fertig* a göttingai sebklinikáról, mely ritka szövődmény gyanánt a vékonybelek chronikus tengelycsavarodását vonta maga után. A cystának a közelében futó vékonybélrészlettel együtt való eltávolitása alkalmával e chronikus tengelycsavarodás acuttá változott. A vékonybél resectiojánál ugyanis az ennek szükségessé vált meghúzása alkalmával a már meglevő csomó még szorosabbra fűződött s igy a mesenterialis edények teljesen összenyomattak, minek következtében az elvezető bélrészlet beállott gangraenája az egyén halálát okozta.

Az echinococcus-tömlőkből álló, valamint savót, vért avagy chylust tartalmazó tömlők által feltételezett s *Augagneur* szerint a mesenterialis daganatok ⅓-át tevő mesenterialis tömlők kórjelzésének nehézségét méltatván, *Fertig* azok eltávolitási módjaira tér át s idézi *Hahn-t*, a ki óva int, nehogy ilynemű daganatnál próbapunctiot végezzünk, minthogy a rendszerint közelében futó belet könnyen megsérthetnők. *Braquehaye* szerint az igen kitágult s környezetével összenőtt cystának a mellső hasfalhoz való kivarrása és megnyitása jobb eredményt ad, mint az exstirpatio, a mennyiben előbbinél 93%, utóbbinál 60% a gyógyulás. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1900. junius.) *Rajnai Béla* dr.

A terhesség végén bekövetkezett bélelzáródás érdekes esetét közli *Tenderich.* A 36 éves, terhessége utolsó szakában levő nő ileus tüneteivel vétetett fel a weseli Mária-kórházba. Az éjjel megejtett hasmetszés után kiderült, hogy az egyik vékonybél kacsot a köldöktájon egy kötőszöveti köteg lefűzte. E helyen a bél — felszabaditása után — falának necrosisával fenyegetett. A beteg állapota, valamint az a körülmény, hogy műtét közben a segédkező orvos, valamint két ápoló testvér — valószinűleg a chloroform gőzének az éjjeli műtétnél világitó légszeszszel való vegybomlása következtében — rosszul lett, a bélresectiot nem tette lehetővé s igy a gyanus bélrészlet a hassebbe kivarratott. Másnap e bélrészlet elhaltával anus praeternaturalist készitettek. Estére a hirtelen fellépett méhösszehúzódások élő érett fiúgyermeket segitettek világra. Két hónap mulva anya és gyermeke egészségesen hagyta el a kórházat. A sipolyszerűvé szűkült bélnyilás fölé helyezett sérvkötő a már rendes úton távozó széket visszatartván, további műtétbe a nő bele nem egyezett. *Tenderich* 20 hasonló esetet talált az irodalomban, 11 az anya halálával végződött, 1 esetben abortus,

két esetben koraszülés, két esetben holt magzat volt a következmény és csak négy esetben maradt zavartalan a terhesség. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1900. augusztus.) *Rajnai Béla* dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A symphiseotomia mégis csak helyet szorít magának a szülészeti műtevések között. Fritsch, ezen oly realis ítéletű operateur, 8 évi szünet után most ismét végezte egy esetben. Szerinte a symphiseotomia indicatiójának felállítása igen nehéz. Ő nem ritkán látott 8½—9 cm.-nyi conjugata mellett aránylag könnyű szülést, szintúgy eseteket, hol az előbbi szüléseknél perforatiot, mesterséges koraszülést végeztek s egy újabb szülés nagy magzat mellett is spontan folyt le.

Egyedül a medenczeméretekből semmi esetre sem lehet a prognosist, sem a therapiát biztosan megállapítani, mert mindkettő igen sok mellékkörülménytől függ (fej nagysága, keménysége, szülőtevékenység stb.).

Fritsch szerint, ha a conj. ext. 16·5 cm.-nél, a conj. diagonalis pedig 9·0 cm.-nél nem kisebb, symhiseotomiával biztosan hozhatunk élő magzatot a világra. Ez esetekben az képezze csak a megfontolás tárgyát, hogy nem várható-e spontan szülés, nem érhetnénk-e el fogóműtéttel szintén jó eredményt? E két kérdésre akkor felelhetünk, ha a szülőnőt narcotizálva és Walcher-féle helyzetbe hozva (hanyatt fekvő helyzet az ágy vagy asztal széléről lecsüngő lábakkal), a magzat fejét a szűkületen keresztül meglehetős erővel próbáljuk átnyomni. Ha ez nem sikerül, bizonyosra vehető, hogy sem spontan szülés nem lehetséges, sem fogóval czélt nem érnénk és így a medencze szűkület meghatározásán kívül a magzat fejének nagyságát és configuratiora való képességét is latba vetettük.

Idevágó eset a következő: 22 éves II. P. I. P. rendes, utolsó menstruatio 1899. III. 12. Sp. 24, cr. 25, c. ext. 19, c. diag. 9·5 cm. Fájások kezdete 1900. I. 19. d. e. 3 ó., magzatvíz d. e. 8 órakor folyt el, I. kf., fej a bemenet felett mozgatható, d. e. 9 ó. méhszáj 4 ujjnyi, tágulékony, fej erősen a bemenetre illeszkedik, elülső falcsont egész terjedelmében tapintható, nyílvarrat harántul, hátulsó falcsont erősen a mellső alá tolódott; d. e. 10 ó. contractionalis gyűrű a köldök felett két ujjnyira, az alsó megvékonyodott méhszakaszon keresztül ca. 10 cm.-re a symphisis fölött jobbra a homlok, balra a nyakszirt tapintható. Jó szívhangok. Déli 12 órakor status idem. A legnagyobb erőmegfeszítés mellett sem sikerül Walcher-féle helyzetben a fejet imprimálni s így a fogókísérlet is fölösleges.

Fritsch a szülőnőn symphiseotomiát végzett, mely után 50 cm. hosszú, 3700 gramm nehéz, 36·5 cm. fejkerületű élő magzatot hozott világra fogóval. Anya gyógyulva és zavartalan járóképességgel hagyta el a kórodát. Jelen eset mutatja, hogy a medenczeméretek a prognosis felállításához nem elegendők, mert ez asszony normalis szülés után a második magzatot fejének kemény és nagy volta miatt erős szülőfájások mellett sem tudta spontan megszülni.

(A mai szülészeti iskolák tanításai szerint a symphiseotomia úgy direct, mint indirect veszedelmei miatt olyan súlyos műtétel, melynek csak jól felszerelt intézetben, gyakorlott operáló kezében van jogosultsága. A nagy gyakorlatban ma is inkább jogosult az élő magzat perforataioja. Ref.) (Beiträge zur Geburtshilfe und Gynaekologie, 1900. III. kötet, 2. füzet.) *Wenczel* dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

Az ozaena és gyógyítása czímen közöl tanulmányt *F. Klemperer*. Az ozaena kezelését nemcsak a specialista, de bármely gyakorló orvos is végezheti.

Az ozaenát a kezdeti stadiumban felismerni nehéz, később, midőn már az orrnyákhártya diffus megbetegedése mellett atrophia, beszáradó váladék és ehhez társuló bűz is jelen van, a diagnosis nehézségekbe nem ütközik. A panaszok rendesen kakosmia, anosmia, a fej homloki részén jelentkező fájdalom, a melynek oka a beszáradó váladék folytán létrejövő orreldugulásban keresendő és végül emésztési zavarok. A továbbiakban szerző az ozaena által okozott makro- és mikroskopi elváltozásokat az orr belsejében ismerteti. Még eldöntésre vár, hogy az ozaena a gyuladás egy különös fajának, avagy talán neurotrophikus zavarnak a következménye. Az ozaena-bacillusnak, melyet szerző a Friedländer-féle bacillussal teljesen identikusnak tart, semmiféle aetiologikus fontosságot nem tulajdonít. Az ozaena a Friedländer-féle bacillus szaporodását az orrban elősegíti. Genuin ozaenára a kórismét csak akkor tehetjük, ha úgy a melléküregek lobját, mint az orrnyákhártya körülírt megbetegedését kizárhatjuk.

Előfordulhat még rhinitis atrophica simplex (non foetida) és a bár paradox hangzó rhinitis atrophica foetida, atrophia nélkül. A gyógykezelés az orr tisztán tartására irányuljon, csakis ezzel érhetünk el javulást vagy gyógyulást. A napjainkban divó gyógyszerelések, azután a vibratios massage, electrolysis, a bajra specifikus hatást nem gyakorolnak. Az egyedüli helyes eljárás a Gottstein-féle tamponálás, combinálva langyos physiologikus konyhasó-oldattal eszközölt orrkimosásokkal, mint melyekkel az orr tisztán tartható és a bűz megszüntethető. (Die Ther. d. Gegenwart. 1900. 8. sz.) *Tóvölgyi* dr.

A diabeteshez társuló gégebetegségekről (Laryngitis diabetica). *Leichtenstern* hagyatékából *Weischer* rendkívül tanulságos és érdekes czikket közöl, melyből kiemelem a következőket. A gége gyors kiszáradása hangos beszéd közben, az ezt követő rekedtség és a garat szárazsága oly tünetek, a melyekben a diabetes mellitus igen gyakran legkorábban jut kifejezésre. Szerző erre nézve négy kórtörténetet közöl. E diabetikus gége- és torokmegbetegedés a „*Siccitas laryngis*" vagy „*Laryngo-xerosis diabetica*" névvel illethető. A laryngitisre és pharyngitisre jellegző elváltozások (hypraemia, duzzadás, secretionalis zavarok) olykor és kivált a gégebaj hosszasabb fennállása után szintén felléphetnek. A nagyfokú nedvveszteségek folytán előálló laryngoxerosisok (l. cholerica) és az ezzel társuló aphoniák oka mechanikus, myogen és neurogen eredetű működési zavar, míg a diabetikusok aphoniája csupán mechanikus zavar következménye. A kórismére nézve fontos, hogy gyakran számba vehető polyuria és polydipsia nélkül is nagyobb mennyiségű czukor lehet a vizeletben. A legtöbb diabetikus a száj, ajkak és szájpadívek kiszáradt voltáról panaszkodik. Ezeknél a fogak, foghús, pofa nyákhártya és nyelv feltünően szárazak. Ezen ú. n. xerostomiának oka a glandulae muciparae megcsökkent secretiojára és a csökkent nyál kiválasztásra vezethető vissza.

A pharyngo- és laryngoxerosis xerostomia nélkül is eljöhet, ezen eseteket az orvosok rendesen csupán egyszerű hurutnak nézik. A xerostomia oka valószínűleg a negyedik agygyomrocs fenekén lévő nyálelválasztó központ hűdésében avagy működésének felfüggesztésében keresendő. E centrum mellett a gland. mucipar. elválasztó centruma foglal helyet. E theoriával a laryngoxerosis és xerostomia izolált előjövetelét könnyen meg lehet magyarázni.

Végül az igen ritka, úgynevezett furunculosis laryngis diabeticát egy igen érdekes kórtörténet kiséretében ismerteti, és az utóbbiból a következő pontokat emeli ki.

1. A gége affectio acut fellépte, körülírt gégeoedema kiséretében, a mely gyorsan tályogképződésbe ment át. 2. Ez elváltozások ismétlődése a gége különböző részletein. 3. A tályog kiürülése után gyors gyógyulás. 4. Láz hiánya és e végből csak kevéssé befolyásolt közérzet. 5. A perichondrium mindkét esetben kikerülte a megtámadást. A diabetikusok gégehurutjából könnyen állhat elő phlegmone, vagy furunculosis, mert a diabetes folytán elváltozott gégeszövetekben a staphylococcus könnyen megtelepedhetik. (Münch. med. Woch. 1900. 16—17. sz.) *Tóvölgyi* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az ichthalbint mint kiváló keratoplastikus és tonizáló szert ajánlja *Binder*. Külsőleg Gersuny-féle fujtatóval alkalmazta az ichthalbint a vagina gonorrhoikus vagy katarrhalis gyuladásainál, hyperplastikus idült metritisnél stb. Chronikus náthánál felszippantva használt a szer. Igen jó hatású minden granuláló sebnél s ulcus crurisnál is. Belsőleg chronikus gyomor- és bélhurutnál és typhus abdominálisnál (0·5—1·0 gm. 3-szor naponta) látott jó sikert Binder, ki a szert száznál több esetben alkalmazta. (Wiener med. Wochenschrift 1900. 22. sz.)

Angina scarlatinosa súlyos eseteiben *Baginsky* kisérletet tett a sozojodolnatriummal, még pedig nagyon jó eredménynyel. A sozojodolnatriumot kénvirág egyenlő mennyiségével keverve, naponként többször juttatta egyszerű porfuvó segítségével a beteg helyekre. (Die Therapie der Gegenwart, 1900. junius.)

A pemphigus csecsemőknél nagyon rosszindulatú, többnyire halálosan végződő betegség. Nem lesz tehát érdektelen tudni, hogy a berlini „Friedrich"-gyermekkórházban újabban egy oly gyógymódot használnak, mely a szóban forgó megbetegedést igen kedvezően befolyásolja. A gyógymód lényege *Baginsky* szerint a következő: a beteg naponként kap oly fürdőt, melybe egy kilogramm tölgykéreg főzetét teszszük; a fürdő hőmérséke 27—28° C., tartama 6—8 percz. Utána vattával óvatos leszárítás és vastagon behintés zincum oxydatum és talcum egyenlő mennyiségéből készült keverékkel. A hintőpor naponként többször megújítandó és a csecsemők vattába göngyöltetnek. Zsiradék vagy bárminemű folyadék használata tilos. Egyidejűleg gondos táplálás és a legnagyobb tisztaság is szükséges kedvező eredmény eléréséhez. (Die Therapie der Gegenwart, 1900. junius.)

Epefesték kimutatása a vizeletben. *Guerra* a következő egyszerű eljárást ajánlja: kémcsőbe néhány köbcentimeter tiszta sósavat és néhány csepp 10%-os ferrum sesquichloratum-oldatot öntünk és azután pipetta segélyével lassanként föléje rétegezzük a vizsgálandó vizeletet; epefesték jelenlétében az érintkezés helyén szép fűzöld gyűrű képződik. A próba oly módon is végezhető, hogy a sósavval erősen megsavanyitott vizeletbe 2—3 csepp 10%-os ferrum sesquichloratum-oldatot ejtünk, a mikor is a kémcső felső részében szép zöld szín jelentkezik. (Giorn. della R. Accad. med. di Torino, 1900. 5. sz.)

Elgenyedt gümős nyakmirigyek gyógyítására *Fedele* is ajánlja a Durante-féle módszert, mely jod-jodkali-oldatnak (Rp. Jodi puri 1·0; Kalii jodati 10·0; Guajacoli 5·0; Aquae destillatae 90·0) intramuscularis befecskendésében áll. (Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, 1900. 93. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. október 19.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 40-dik hetében (1900. szept. 30-dikától október 29.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Élveszületett 463 gyermek, elhalt 229 egyén, a születések tehát 234-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 35·1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 17·4, az egy éven felüli lakosságnál: 13·2, az öt éven felüli lakosságnál: 11·8. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 3, morbili 2, scarlatina 4 variola —, cholera asiat. —, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb

ragályos betegségek 2, meningitis 10, apoplexia 2, eclampsia 6, szervi szívbaj 5, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 17, tuberculosis pulmonum et phthisis 34, diarrhoea et enteritis 14, gastro-enteritis 21, rák és egyéb újképletek 14, ezek közül méhrák 4, morbus Brightii et nephritis 5, rachitis 0, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 12, atrophia et inanitio 2, marasmus senilis 8, erőszakos haláleset 21, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 7, baleset 13, kétséges 0 (—). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2557 beteg, szaporodás e héten 831, csökkenés 767, maradt e hét végén 2493 beteg. *B)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi október 1-dikétől október 7.-éig terjedő 39. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 47 (52), diphtheria, croup 21 (20), hagymáz (typhus) 13 (22), kanyaró (morbili) 66 (34), trachoma 11 (6), vérhas (dysenteria) 2 (2), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 11 (9), orbáncz (erysipelas) 18 (22), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (0), ezenfelül varicella 25 (17).

∧ **Egyetemi alkalmazások.** A budapesti kir. magy. tudományegyetem orvoskari tanártestülete 1900. október 17-dikén tartott II. rendes ülésén a következő választások ejtettek meg: *Benedikt Henrik* dr.-t III. tanársegédnek az I. sz. belgyógyászati klinikához, *Pekár Mihály* dr.-t I., *Farkas Géza* dr.-t II. tanársegédnek az élettani intézethez, *Németh Ödön* dr.-t tanársegédnek a törvényszéki elmekórtani és lélektani tanszékhez, *Dobrzyniecki Árpád* dr.-t tanársegédnek a fogászati intézethez, *Bálint Rezső* dr.-t díjas gyakornoknak az I. sz. belgyógyászati klinikához, *Gebhardt Ferencz* dr.-t díjas, *Háger Péter* dr.-t díjazatlan gyakornoknak a II. sz. belgyógyászati klinikához, *Entz Béla* szig. orvost díjtalan gyakornoknak az I. sz. kórboncztani intézethez, *Boleman Bélát* ugyanoda díjas gyakornoknak, *Lichtenberg Sándort*, *Fleischer János Lajost* díjtalan gyakornokoknak a II. sz. boncztani intézethez, *Zilahi Kiss Endrét*, *Szili Jenőt*, *Veress Andort*, *Várady Lászlót*, *Herzog Ferenczet* díjtalan gyakornokoknak az I. sz. boncztani intézethez, *Derencsay Rezsőt* és *Bender Bélát* díjas demonstratoroknak az I. sz. kórboncztani intézethez, *Földi Ottót* díjas demonstratornak, *Brezovszky Emilt*, *Szőllőssy Lajost*, *Zsigmondy Zoltánt*, *Schmidt Bélát*, *Mutschenbacher Tivadart*, ifj. *Benczur Gyulát*, *Süssmann Frigyest*, *Fischer Mórt*, *Dollinger Bélát* díjtalan demonstratoroknak a II. sz. boncztani intézethez, *Nagy Lászlót* díjas, *Grossich Ruggerot* díjtalan demonstratorrá az I. sz. boncztani intézethez.

⊕ **Az országos elmeorvosi értekezlet szervezete és munkarendje a következő**: Október hó *27-dikén szombat este 8 órakor ismerkedő összejövetel* az „István főherczeg" szállodában (V., Akadémia-utcza). Október *28-dikán, vasárnap d. e. 9½ órakor első ülés* a budapesti kir. orvosegyesület helyiségében (VIII., Szentkirályi-utcza 21. sz.). 1. Elnöki megnyitó beszéd. 2. Titkári jelentés. 3. Felolvasás. *Babarczi Schwartzer Ottó* dr. m. kir. udv. tanácsos: „Az elmegyógyintézetek és az elmeorvosok helyzete". 4. Előadások. *Konrád Jenő* dr. állami elmegyógyintézeti igazgató (Nagyszeben): „Az elmegyógyintézetekben elhelyezett betegek elmebetegségének és az abból való kigyógyulásnak megállapításáról s a kapcsolatos administrativ és birói intézkedésekről". *Moravcsik E. Emil* dr., egyetemi ny. rk. tanár: „Bűnesetes elmebetegek elhelyezése és ápolása". *Fischer Jakab* dr., áll. kórházi főorvos (Pozsony): „Az indulatban elkövetett bűncselekmények törvényszéki elmekórtani szempontból". *Sassy János* dr., kir. törvényszéki orvos (Miskolcz): „A törpefejűségről". Egy mikrokephal bemutatásával.

Október hó *28-dikán, vasárnap d. u. 3½ órakor második ülés* Lenhossék Mihály egyet. tan. úr tantermében, I. boncztani intézet (IX., Tüzoltó-utcza 58. sz.), Előadások: *Lechner Károly* dr. egyetemi ny. r. tanár (Kolozsvár): „Psychomechanikai törekvések az elmegyógyászat körében." *Salgó Jakab* dr. áll. elmegyógyintézeti főorvos: „Az elmegyógyászat oktatásáról". *Schaffer Károly* dr. egyetemi rk. tanár: „A paralytikus kéregelfajulás topographiája"; készítmények bemutatásával. *Ranschburg Pál* dr. idegorvos: „Az emlékező erő vizsgálata". Eredeti módszer és készülék bemutatásával. *Fischer Ignácz* dr. magán elme- és ideggyógyintézeti orvos: „Érdekesebb agydaganat esete" (készítmény bemutatásával). *Ráthonyi Reusz Frigyes* dr. klinikai gyakornok: „Újabb kórszövettani adatok különböző elmebántalmakról".

Október hó *29-dikén, hétfőn d. e. 9 órakor harmadik ülés* (VIII., Szentkirályi-utcza 21. sz.). Előadások: *Laufenauer Károly* dr. egyetemi ny. r. tanár: „Budapest székes főváros elmebetegügye". *Oláh Gusztáv* dr., áll. elmegyógyintézeti igazgató: „Coloniák mellett és ellen". *Blum Ödön* dr. belügyministeri segédtitkár: „A házi és községi ápolásról". *Epstein László* dr. áll. elmegyógyintézeti főorvos: „A tébolyda mint elmegyógyintézet." *Stein Fülöp* dr., magán elme- és ideggyógyintézeti orvos: „Elmegyógyintézeti fürdők". *Verubek Gusztáv* dr. áll. elmegógyintézeti II. orvos: „Az elmebetegségek beosztása az elmegyógyintézetek statistikájának szempontjából".

Október hó *29-dikén, hétfőn d. u. 5 órakor negyedik (záró) ülés.* (VIII., Szentkirályi-utcza 21. sz.) 1. Előadások: *Biringer Ferencz* dr. kórházi igazgató (Nyitra): „Az elmebetegek közigazgatási ügyéről". *Pándy Kálmán* dr. kórházi osztályorvos (B.-Gyula): „Az elmebetegápolás jobb és olcsóbb rendszereinek megvalósításáról Magyarországon". *Décsi Károly* dr. egyetemi tanársegéd: „Az alkoholisták intézeti elhelyezésének ügye". *Blum Rezső*, hülyék intézetének igazgatója (Pelsücz): „A hülyék nevelése modern intézetekben". *Lukács Hugó* dr.: „Az idioták és imbecillisek védelméről". *Turnowszky Mór* dr. járásorvos (Marosvásárhely): „Epileptikusok koloniájáról". 2. Esetleges inditványok. 3. Titkári jelentés. 4. Elnöki záró beszéd.

Ügyrend. Az értekezlet tagjai lehetnek: orvosok, a kik elmegyógyászattal foglalkoznak vagy az elmegyógyászat és az elmebetegügy iránt érdeklődnek, továbbá nem orvosok, a kik a meghivott hatóságok vagy testületek valamelyikét képviselik. A tagsági dij: *öt* korona. Jelentkezések és a tagsági díjak elfogadtatnak alulirt bizottság által október 27-dikéig, *Budapest, I. ker., Lipótmezei elmegyógyintézet*, az értekezlet napján pedig a kir. orvosegyesület helyiségében. Egy-egy előadás 20 perczig, egy-egy hozzászólás pedig 5 perczig tarthat; ennél több időt csak az elnök vagy az értekezlet engedélyével lehet igénybe venni. A hozzászólások a jelentkezés sorrendjében történnek. Az előadások, illetőleg a hozzászólások rövid kivonata a jegyzőkönyvbe való felvétel és megfelelő közlés végett közvetlenül az ülés után a titkárnak átadandó. A kiadandó „Munkálatok"-ban az előadásra került és kinyomatásra kijelölt értekezések egész terjedelemben fognak közöltetni Budapest, 1900. október havában. *Az „Országos elmeorvosi értekezlet" szervező bizottsága.*

+ **A tisztiorvosi vizsgák** országos bizottsága által Budapesten 1900. évi október hó 1—11-dikéig tartott vizsgálatokon a következő orvosok képesittettek: *A)* Kitünően képesittetett; 1. *Bexheft Ármin* egyetemi gyakornok, Budapest. *B)* Egyszerűen képesittettek: 2. *Albecker Károly* körorvos, Pitvaros (Csanád); 3. *Bartos Simon* körorvos, Tab; 4. *Deák Jenő* körorvos, Badacsony-Tomaj; 5. *Frenreisz Ferencz* m. á. v. orvos, Budapest; 6. *Genersich Antal* műtőorvos, Budapest; 7. *Hager Péter* egyetemi gyakornok, Budapest; 8. *Halle Henrik* járásorvos, Bálincz; 9. *Kende József* körorvos, Varadia; 10. *Kovács József* bányaorvos, Salgó-Tarján; 11. *König Ignácz* magánorvos, Csúz; 12. *Kregczy Ottó* községi orvos, Siklós; 13. *Manninger Vilmos* klinikai gyakornok, Budapest; 14. *Márkus Soma* klinikai gyakornok, Budapest; 15. *Marton Imre* gyakorló orvos, Budapest; *Nagy Sándor* magánorvos, Turkeve; 17. *Nagy Zoltán* Erzsébet-szegényházi alorvos, Budapest; 18. *Ofner Ferencz* gyakorló orvos, Budapest; 19. *Pozsgay Lajos* községi orvos, Mező-Kövesd; 20. *Quittmann Samu* kórházi gyakornok, Budapest; 21. *Riffer Géza* gyakorló orvos, Budapest; 22. *Róth Miksa* községi orvos, Miava; 23. *Sipos Dezső* klinikai gyakornok, Budapest; 24. *Vámos Adolf* magánorvos, Székelyhíd; 25. *Weisbecker Gyula* gyakorló orvos, Budapest.

+ **Főorvosi állás.** A nagyméltóságú belügyminister úrnak f. évi 52,144/III. szám alatt kelt rendeletével a székes főváros törvényhatóságának 536/1900. számú közgyülési határozata helybenhagyatván, a magyar vörös-kereszt egylet tulajdonát képező Erzsébet-kórház nőgyógyászati osztályának főorvosi állása önkéntes lemondás folytán megüresedett. Az egylet központi igazgatósága az erzsébetkórházi alapszabályok 409. §-a értelmében ennélfogva felhivja a szakorvos urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy ez irányban kijelentésüket az alapszabályok 413. §-a szerint 1900. évi november hó 14-dikéig bezárólag az egyleti főgondnoknál, Babarczi Schwartzer Ottó m. kir. udvari tanácsos úrnál nyújtsák be.

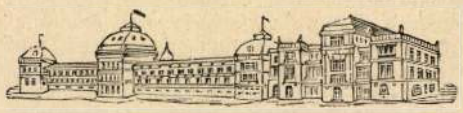
— **Kitüntetés.** *Tomka Samu* dr.-t a persa sah az Oroszlán-rend III. osztályú rendjelével tüntette ki.

= **Szegő Kálmán** dr., az abbaziai gyermek-sanatorium tulajdonosa az „orvosi kör országos segélyegyletébe" 200 koronával alapító tagnak belépett.

* * *

—i. —d. Jelen számunkhoz a *H. Nanning* gyógyszerész s'Gravenhage (Hollandia) czég által forgalomba hozott **Extractum Chinae „Nanning"** szerre vonatkozó melléklet van csatolva.

Magyarországi fóraktár: Budapest, V., Zoltán-utcza 10.



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

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

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**" (Ujonnan épült 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 TARSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (LXIII. évforduló nagygyülés 1900. október 15-dikén.) 665. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XII. bemutató szakülés 1900. október 3-dikán.) 665. l. — A párisi XIII. nemzetközi orvosi congressus szakuléseiből. 666. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(LXIII. évforduló nagygyülés 1900. október 15-dikén.)

Elnök: **Réczey Imre**; főtitkár: **Imrédy Béla.**

Elnök: Tisztelt nagygyülés! A serény munka után jól kiérdemlett pihenésnek szentelt szünidő leteltével egyesületünk t. tagjai ismét egybegyültek közös munkásságunk ezen hajlékában. Örömmel köszöntöm a t. tagtársakat egyesületünk alapításának ezen évforduló napján, mely egyesületünk életének hatvanharmadik évét zárja le.

Bölcsen és tapintatosan intézkedtek egyesületünket megalapító kartársaink, midőn ezen napot évente megünneplendőnek rendelték s ezen ünnepet rendelték arra, hogy egyesületünk elhunyt jeleseinek emléke megújittassék. Ilyen alkalmak legjobban használhatók fel arra, hogy a lefolyt időkre és azok kiváló munkásaira visszapillantsunk, hisz minden évforduló a multból egy szakaszt zár le, minden évforduló a jövőből egy új szakaszt nyit meg.

Sokszor újult meg ez évforduló ünnepe egyesületünknek immár hetedik évtizedét betölteni siető életében s mindig nyugodtan vethetett számot magával egyesületünk, mert kötelességének legjobb képességével megfelelni törekedett. Ujult és a kor kivánalmaihoz alkalmazkodó serény munkakedvvel töltötte be egyesületünk a lefolyt évben is hivatását. Hála a t. tagtársak kitartó fáradozásának, serényen munkálkodott az önművelődés és orvosi szaktudás fejlesztésén, orvosi szakirodalmunk megizmosodásán.

Mint működése első idejében, úgy most is főleg a gyakorlati orvosi tudományok fejlesztése volt t. tagtársaink főtörekvése, főleg mióta egyesületünk a szorosabb értelemben vett külön szakmák minél sikeresebb és minél behatóbb művelése czéljából ezelőtt néhány évvel a szakosztályokat állította fel. Ezek a behatóbb munkálkodás igazi hivatott terét képezik, hol a szorosabb értelemben vett szaktársak szűkebb körében egy-egy eszme, egy-egy új tan vagy felfogás alaposabb és sikeresebb megvitatás tárgyát képezheti, mint a közös és népesebb üléseken.

Ezen szakosztályok sikereit eléggé tanusitják a munkásságukat feltüntető évi jelentéseik, mik évente egyesületi évkönyvünk függelékeül közöltetnek a t. tagtársakkal. De tanusitja azon kedveltség, melyet t. tagtársaink körében rövid nehány évi fennállásuk alatt már is kivivtak maguknak.

Az eddigi három — gynaecologiai, stomatologiai és ideg-elmekórtani — szakosztály buzdító sikerein indulva, ezen év folyamában még két új szakosztály állíttatott fel: az otologiai és a dermato-urologiai szakosztály, melyek működésüket már ez év elején meg is kezdették.

És e mellett a t. tagtársak munkássága az egyesület általános czéljainak teljesítésében nemcsak nem csökkent, hanem eddig el nem ért fokra hágott, mely szükségessé tette ez év első felében azt, hogy hetenkint két rendes ülés tartassék.

Jogosan szabad ezért egyesületünk multjából következtetnünk ernyedetlen munkásságára a jövőben is, mire valóban nagy szüksége is van, ha orvosi tudományunk rohamos fejlődése, mondhatjuk átalakulása mellett azon vezető szerepet betölteni kivánja, melyet eddig vitt s mely mint orvosi egyesületeink *nestorát* hivatásszerűen megilleti.

Elődeink példája legyen szövétnekünk jövő útunkon — ad multos annos.

Van szerencsém ezennel az egyesület LXIII. évforduló nagygyülését megnyitni.

Titkár felolvassa a *Balassa-pályadíj* odaitélésére kiküldött bizottság jelentését, mely szerint *Kövesi Géza* és *Roth Vilmos* doktoroknak „A vesebetegek anyagcseréjéről és a vesebetegeknél alkalmazott gyógyeljárások értékéről“ czímű munkatervezetük minden tekintetben megfelel a pályázat követelményeinek és igy megbizatnak a munka kidolgozásával.

Az „Orvosi Hetilap“ díját a bizottság, miután Schulek Vilmos tanár „Következtetések az ibolyántúli fény elnyeletésére tett vizsgálatokból“ czímü műve az orvosegyesület által már a mult évben a Balassa-jutalom díjjal tüntettetett ki, Ranschburg Pálnak „Adatok az aggok psychophysiologiájához. I. közlemény. A psychophysikai mérések methodikája. Alapvető vizsgálatok fiatal egyéneken“ czímű munkájának, mely az „Orvosi Hetilap“ 1900. évfolyama 3., 4. és 5. számában jelent meg, itélte oda.

Ezután felolvassa titkár a pályázati hirdetést: az „Orvosi Hetilap“ díjalapra, mely szerint kétszáz koronát tűz ki a közegészségtan körébe vágó legjobb eredeti czikkre, mely magyar állami illetőségű szerzőtől az „Orvosi Hetilap“ hasábjain 1896. junius 1-től 1902. május 31-dikéig terjedő hat év alatt megjelent vagy meg fog jelenni. A jutalomdíj az egyesület 1902. október 14-diki nagygyülésén fog kiadatni.

A II. pályázati hirdetés: a budapesti kir. Orvosegyesület a kezelése alatt álló Balassa-díjalapból nyolczszáz korona pályadíjat tűz ki magyar nyelven irott orvosi értekezés megjutalmazására. A tárgy szabadon választható, de a munkaterv és egy kidolgozott fejezet 1902. május 31-dikéig az egyesület titkári hivatalához a szerző nevének feltüntetésével benyujtandó. Az elfogadott tervezet szerzője az 1902. október 14-diki nagygyülésén fog megbizatni azzal, hogy munkáját 2 éven belül elkészítse és az egyesület választmányához benyujtsa. Ha a kész munka maga díjra érdemesnek találtatik, ez esetben az 1904. október 14-diki nagygyülésen fog a pályadíj kiadatni.

Végül **Tauffer Vilmos tanár** tart emlékbeszédet Spencer-Wellsről.

Közkórházi orvostársulat.

(XII. bemutató szakülés 1900. október 3-dikán.)

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

Lobos adnex-tumor eltávolitása Fritsch szerint.

Rosenberger Alajos: A női genitaliák lobos megbetegedésének egy esetét mutatja be, melyben conservativ kezeléssel czélt nem értek és a folytonosan kiújuló és állandó munkaképtelenséget okozó gyuladások miatt radicalis beavatkozást határoztak el.

Tudvalevő, hogy erre a czélra a műtétek egész sorozata áll rendelkezésünkre; a kezdetben ajánlott castratio az utána visszamaradó csonkexsudatumok és lobosodások miatt elégtelennek bizonyulván, a francziák kezdeményezésére a totalexstirpatio különféle alakjai fejlődtek ki.

Eleintén legalkalmasabbnak látszott a vaginalis műtét, de újabban ennek is erős vetélytársa támadt a hasmetszésben, melynek egyik válfaja a Fritsch-féle műtét (castratio és supravaginalis amputatio), melyet jelen esetben is végeztek.

Az eset a következő:

34 éves VI. P. nő havi baját 15 éves korában kapta meg, ezen időtől fogva 4 hetenként 3—4 napi tartamban jelentkezett. Szülések és gyermekágyak mindig rendesek voltak. Utolsó szülés 1899. augusztus hónapban, a midőn a gyermekágy második napján felkelt és teendőit végezte. Ezen időtől fogva alhasában, különösen baloldalt, rohamosabban fokozódó fájdalmakat érez, több izben forróságról, hideglelésről és hányásról panaszkodott, nagy mértékben lesoványodott és meggyöngült úgy, hogy teljesen munkaképtelenné vált. Vérzést vagy fehérfolyást betegsége alatt nem vett észre, székelésnél és vizelésnél panaszai nem voltak. Hosszú időn át folytatott conservativ kezelésre sem az objectiv, sem a subjectiv tünetek nem változtak és a nő a folytonos betegeskedést és állandó munkaképtelenséget megunván, f. évi junius hó 5-dikén műtevés czéljából vétette fel magát az osztályra, a mikor a következő jelen állapotot találták:

A vulva és vagina nyálkahártyája kissé pirosabb, hüvely tág, hüvelyrész 1 cm, méhszáj haránttrés, a méhtest anteflectált, dextro- és anteponált, rendes nagyságúnak látszik, méhtől balra vele szorosan és szélesen összefügg egy férfiökölnyi, kemény, igen érzékeny, nem mozgatható tumor, mely a bal hüvelyboltozatot ledomboritja; hőmérsék felvétel napján d. u. 4 órakor 38°.

A műtétet f. évi junius 20-dikán *Bäcker* tanár végezte.

Chloroform-narcosisban Trendelenburg-fekvésben a hasüreg megnyitása a linea albában a köldöktől a symphysisig érő metszéssel, a midőn egy a kis medencze bal felét majdnem egészen kitöltő tumor mutatkozik, melynek mellső felszinéhez egy bélkacs tapad.

Tumort compressekkel körül rakják, bélkacsot leválasztják és Dieulafoy-fecskendővel 200 kbcm. hig zöldes, szagtalan genyt szinak ki belőle.

Most a tumort egy metszéssel megnyitják és sublimatba áztatott törlőkkel gondosan kitörülik, majd a nyilását klammerrel befogva, az ujjnyira megvastagodott peritoneumból és adhaesiokból kihámozzák, mely alkalomkor egy újabb genyűr megnyilik. Ezek után végezik a két oldali castratioval kapcsolatos supravaginalis amputatiot.

A hassebet silkworm csomós öltésekkel szűkitik, alsó végébe pedig a tumor megvastagodott boritékát kivarrják és a műtét területét Mikulicz szerint tamponálják.

Műtét után betegnél nehéz shock lépett fel, mely ellen konyhasós infusiot, camphor-injectiokat és cognacos klysmákat adnak, erre a beteg állapota a nap folyamán javult; a további lefolyás teljesen zavartalan volt.

A nő f. évi julius 27-dikén hagyta el először az ágyát, majd augusztus 7-dikén gyógyultan az osztályt; teljesen jól érzi magát és minden nehézség nélkül végzi teendőit.

A fecskendővel kiszivott genyben Minich főorvos életképes strepto coccusokat mutatott ki; a kiirtott daganat kórismeje, melyet ugyancsak Minich főorvos volt szives megvizsgálni, salpingitis chronica, perimetritis plastica.

Tóth István kérdezi, hogy miért irtották ki az ép méhet a kóros pyosalpinx-szal.

Rosenberger Alajos: Azért irtották ki, mert a szövetek törékeny volta miatt nem tudták a vérzést csillapitani.

A gyomrot lefűző összenövések miatt végzett hasmetszés.

Herczel Manó: S. H. 37 éves newyorki korcsmárosnak 10 év előtt hosszú kenyérvágó kést döftek bal mellkasa alsó részébe. ½ óra mulva, elveszitvén eszméletét, kóházba szállitották, hol még aznap laparotomiát végeztek rajta, valószinűleg gyomorsérülés miatt. Három hónap alatt felgyógyulván, teljesen jól érezte magát, csak sebes járásnál voltak heves szúró fájdalmai bal bordaszéle alatt. 1900. május havában hányni kezdett, még pedig étkezés után már nehány perczczel. Rohamosan gyöngült és soványodott (16 kg.-ot). *Felvételkor* a magas termetű, sovány, de nem cachectikus egyén járni csak megerőltetéssel tud. A hason a köldök és kardnyújtvány között a 10 év előtti laparotomiaból eredő hegvonal felső végén diónyi sérv. A késszúrás helyén, a bal hátsó hónaljvonalban, a 8. és 9. borda között, köhögésnél szintén mogyorónyi hernia mutatkozik. Beteg majdnem minden étkezés után hány, állandóan fájdalmakat érez a bal bordaív alatt a mammillaris vonalban, melyek hányásnál és bélbeöntéskor igen fokozódnak. Gyomor felfújva a köldökig ér, gyomornedv sósavat bőven tartalmaz, tumort tapintani vagy tompulatot kimutatni nem lehet. Ezen okoknál fogva a carcinomát kizárta és *a műtét, melyet* 1900. szeptember hó 15-dikén végzett, föltevését igazolta. A hasüreget a régi hegvonal mentén megnyitván, a tájékozódást a zsigerek közötti számos összenövés igen megnehezitette, csak miután a mellső hasfallal és májjal is lapszerint összenőtt harántremesét, gyomrot és csepleszt szétfejtette, tisztázódott a helyzet. Kitünt, hogy a nagy cseplesz, mely vissza volt csapódva és a vastagbél és a gyomor előtt fölfelé haladt, a mellső hasfalhoz a VI. borda táján, azon a helyen, hol a betegnek állandóan fájdalmai voltak, kérgesen oda nőtt. Ez által egy feszes köteg keletkezett, mely egyrészt homokóraszerű befűződést okozott a gyomron, másrészt a harántremesét is 12 cm. hosszúságban laposan leszorította. A vastagbél lefejtése után a nagy cseplesz összenövéseiből kiszabadítva, a belekre terítette, hogy újbóli összenövéseket lehetőleg meggátoljon. A máj elvékonyodott széle a gyomorról való lefejtésnél 2 centimeternyire beszakadt; miután az ebből eredő vérzést körülöltésekkel teljesen csillapitani nem sikerült, ezen helyet keskeny gaze-csíkkal kifelé drainezte. *Lefolyás* láztalan. Hogy a belek újból össze ne tapadjanak, a második naptól kezdve a bélperistaltica élénkitésére hashajtókat alkalmazott. Beteg fájdalmai teljesen megszüntek, nem hány, gyarapszik, 14 nappal a műtét után elhagyta a kórházat.

Nephrotomia után végzett vesekiirtás.

Herczel Manó: G. Emil 21 éves kovács, 1898. augusztus hóban gonorrhoeát szerzett, mely ellen orvosi tanácsra befecskendéseket használt. Betegsége hetedik napján rázó hideg kiséretében bal lumbalis tájékán igen heves a hólyag felé kisugárzó fájdalmak léptek fel, melyek ágyba döntötték, csak morphium-injectiokra enyhültek és kisebb-nagyobb intensitással 8 hónapig tartottak. Már betegsége harmadik hónapjában daganatot vett észre hasa balfelében, mely lassan ugyan, de állandóan növekedett. Vizelete nagyobbrészt zavaros volt, de néha 1—2 napra teljesen feltisztult, mely idő alatt fájdalmai fokozódtak. Igen nyomorúságos állapotban vándorolt egyik vidéki kórházból a másikba, míg 1899. október 18-dikán, betegségének 14-dik hónapjában a szt. István-kórházba Korányi osztályára került, honnan másnap sürgős műtét czéljából Herczelhez áttétetett. *Felvételkor* a végsőig lesoványodott s elgyengült férfibetegnél, ki járni már alig tud, feltünik a has bal felének és a bal mellkas alsó részének nagyfokú elödomborodása. Ezen difformitás egy feszes, sima falú, kissé ruganyos tumor által van feltételezve, mely a bal tüdőt és szívet annyira feltolta, hogy a szívcsúcslökés a harmadik bordaközben volt tapintható. Elfoglalta a has bal felét majdnem a középvonalig és lefelé a csípőtövis magasságéig ért. Bélpuffasztáskor kitünik, hogy a colon descendens a tumornak medialis szélét tenyérnyi széles területen födi. A bal lumbalis táj erősen kidomborodik, bőre elvékonyodott, terhességi hegekhez hasonlóan tarkázott. Vizelet igen bűzös, világos kávészinű, sok genyet tartalmaz. Esti hőmérsék 39·3°. Mindezek szerint *valószinűleg gonorrhoikus alapon keletkezett pyonephrosisra tettük a diagnosist* szokatlanul nagy genygyülemmel, melyet *Herczel* 1899. október hó 19-dikén lumbalis metszéssel kiüritett. Az óriási, több tasakkal ellátott üreg *6 liter* bűzös barna genyet tartalmazott, melyben, épúgy mint a vizeletben, sem gonococcusokat, sem tuberculosis bacillusokat nem találtak.

Beteg másnap már láztalan, vizelete teljesen tiszta. Közérzete hirtelenül javult, rohamosan hízott. Az óriási üreg gyorsan kisebbedett, de állandóan és bőven secernált és így, miután a külső nyilás 2—3 hónap alatt erősen szűkült, gyakrabban genyretentio tünetei léptek fel, a hólyag felé kisugárzó fájdalmak, hőemelkedések és zavaros vizelet kiséretében, jelezvén, hogy a bal ureter átjárható. Húgyvezér sondázása nem sikerült. Beteg nephrectomiába beleegyezni nem akarván, 1900. márczius hóban 26 kg.-mal meghízva elhagyta az osztályt, de már julius hóban újra felvétette magát, mert a genyedés nem szünt, és a retentiok nagy fájdalmak kiséretében jelentkeztek.

A vesekiirtást Herczel 1900. julius hó 11-dikén, kilencz hónappal a nephrotomia után chloroform-narcosisban lumbalis metszéssel végezte. A műtét nehéz volt, a vese zsíros tokja vastag kérges szövetté átalakulva, szorosan odanőtt a veséhez és környezetéhez, úgy hogy a kihámozás csak darabokban történhetett. Különös nehézséget okozott a bordák által fedett felső veserésznek eltávolítása, mert itt a szövet legkérgesebb volt. A peritoneum ezen helyen 2 cm. hosszú területen beszakadt, az előesett cseplesz vissza kellett tolni és a nyilást vékony selyemöltésekkel elzárni. Hogy a hosszantartó fonálgenyedéseket elkerülje, ez esetben sem kötötte le a vese véredényeit, hanem csipőkbe fogta és azokat csak a harmadik napon távolította el. *Láztalan lefolyás* mellett az első napokban szívgyöngeség miatt strophantust, konyhasó-infusiokat kellett alkalmaznia, azontúl zavartalan gyógyulás. *Korányi* Sándor tanár a vizeletet műtét előtt és után is megvizsgálta és fagypontjából a másik vese épségére és jó működési képességére következtetett. Tényleg a vizelet mennyisége, mely a vese kiirtása előtt 1500—1800 cm³ között ingadozott, a műtétet követő napon leszállott ugyan 900 cm³-re, de a hetedik napon már 1800 cm³-re növekedett. Fajsúlya sem változott, idegen alkatrészektől ment, teljesen átlátszó.

Genersich Antal: Az eltávolitott részletek annyira el voltak változva, hogy csak a szöveti vizsgálat derítette ki, hogy csakugyan a vese volt, a mi kivétetett.

Agydaganat operált esete.

Lipscher Ernő: H. A. 38 éves kocsis, luest tagad, szeszes italokkal bőven élt. Húsz év előtt fején sérülést szenvedett, mely hat hét alatt gyógyult. 1900. márczius 28-dikán teljes testi jólét közepette, munka közben bal karjában rángások léptek fel, egy-két percz mulva eszméletlenül földre rogyott. Önkivületi állapota, mint környezetétől megtudta, félóráig tartott, mely idő alatt felső és alsó végtagjai hevesen rángatództak. Még aznap hasonló rohama volt, mely alatt azonban eszméletét nem veszítette el. Ezen idő óta 2—3 naponként görcsei voltak, melyek mindig a bal kézen kezdődtek, eleinte csak a bal nyakizmokra, hat hét mulva a bal alsó végtagokra is átterjedtek. Már az első roham után érezte, hogy bal karja gyöngébb, azóta az izomgyengeség mindinkább fokozódott, átterjedt a bal alsó végtagra is. 1900. julius hó 11-dikén belosztályra lett felvéve, honnét, miután antiluetikus gyógymódra állapota semmi javulást nem mutatott, műtét czéljából Herczel osztályára tétetett át. *Felvételkor:* magas termetű, erős izomzatú férfi fején a jobboldali sutura fronto-parietalissal párhuzamosan és 2—3 centimeternyire mögötte haladó, 6 centimeter hosszú heget lehet látni, mely a középvonalon túl a bal oldalra is átterjed és alapja fölött mozgatható; a jobb falcsont közepe táján 3 centimeter hosszú felületes heg. A bal felső és alsó végtag izomereje gyöngült. Beteg bal karját csak a vízszintesig tudja emelni és csak rövid ideig ezen helyzetben tartani, bal lábát maga után húzza. 2—3 naponkint görcsök észlelhetők, melyek mindig a bal kézen kezdődnek markolásszerű mozgásokkal, majd clonikus görcsök az egész karban, melyek átterjednek a nyakizmokra s a mint ezek alábbhagynak, az alsó végtagban lépnek fel rángások. Ezen rohamok néhány perczig tartanak, eszméleti zavarral nem járnak, némely nap két-háromszor ismétlődnek. Beteg nem hány, fejfájásról nem panaszkodik, szemfenekét Grósz tanár épnek találta, azért traumatikus Jackson-féle epilepsiára tették a diagnosist.

A műtétet Herczel tanár szívességéből bemutató végezte 1900. augusztus hó 1-jén chloroform-narcosisban. Kocher-féle készülék segitségével kikereste a bal felső végtag corticalis mozgató centrumát és ennek megfelelőleg Doyen-féle fúróval és Gigli-fűrészszel négyszögletű (3·5 × 4·5 cm.) léket vágott a koponyán. Az ép durával fedett agyvelő erősen beemelkedett a résbe, pulzált. A kemény agyburkot két útba eső meningealis véredény lekötése után keresztalakban bemetszette, mire a látszólag ép felületű agyvelőben, a csonthiánynak hátsó felső zúgában resistentiát lehetett tapintani, melyről a nyilásnak hátrafelé tágítása után kitünt, hogy egy az agynál tömöttebb tumor által van feltételezve, mely az agy felszinén ki nem emelkedik, legnagyobb domborulatán is még 3—4 mm. vastag agyállomány fedi; ezt 2 cm.-nyi hosszban bemetszette és a diónyi kerekded daganatot tompán ujjal és elevatoriummal kihámozta. A műtétnek ezen phasisa bő vérzéssel járt a pia véredényeiből, de tamponálásra hamar szünt. A daganat űre néhány percz alatt kitelődött, sőt az ellágyult agy már prolabálni kezdett, miért is a dura sebét, a mennyire a feszülés engedte, vékony selyemöltésekkel összevarrta, a bőrsebet egyesitette és drainezés czéljából vékony gaze-csíkot tolt a bőrlebeny és agyvelő közé. A kiirtott tumor Genersich tanár vizsgálata szerint *lymphendothelioma*. Sebgyógyulás normalis. Műtétet követő első hetekben beteg állapota javult, karját, de főleg alsó végtagját jobban tudta mozgatni, de csakhamar, műtét utáni 15-dik napon rövid ideig tartó gyenge rohama volt. A görcsök azóta 7—10 naponként ismétlődtek, rendszerint a bal alsó végtagban kezdődnek és a bal karra nem mindig terjednek át, intensitásuk azonban jóval kisebb, mint műtét előtt.

Mint a kiirtott agydaganatok túlnyomó részénél, úgy ezen szerencsésen megoperált esetben is nem gyógyulást, hanem csak javulást lehetett elérni.

A párisi XIII. nemzetközi orvosi congressus szaküléséből.

Belgyógyászati szakosztály. (Folytatás a 652. laphoz.)

Az adenoid vegetatiokból kiinduló fertőzésekről szólva, *Gallois* (Páris) következő alakokat különböztet meg: 1. maguknak a vegetatioknak heveny vagy idült lobjai, melyek septicaemiák kiindulási pontjává válhatnak; 2. tovaterjedés a szomszédos nyákhártyákra (különböző anginák); 3. tovaterjedés a szomszédos bőrrészekre (orr és szem): erysipelas, impetigo, eczema, lupus; 4. a nyaki mirigyek lobos duzzanatai; 5. interstitialis kötőszöveti lobok, melyek a csirok tovaterjedése útján genyedésekhez és tályogokhoz vezethetnek egészen az agyig; 6. általános vérfertőzés gümőbacillusok által, melyek az adenoid

vegetatiokban székelnek; ugyanigy keletkezhetik rheumatismus, endocarditis és chorea is.

Ewald (Berlin) felemliti, hogy idült, $1^1/_2$ év óta fennálló otitis következtében sepsist látott fellépni.

A colitis membranacea és mucosa diagnosisáról és gyógyításáról szóló referatumában *Boas* (Berlin) a colitis membranacea és mucosa ismert kórképének vázolása után felállít még egy harmadik alakot, a colitis membranacea arteficialist, a mely colitisben szenvedőknél adstringáló (főleg tannin) beöntésekkel előidézhető. Nagyon fontos annak megállapítása, hogy a colitis membranacea elsődleges, avagy másodlagos, illetve szövődményes baj-e. A habitualis obstipatiot kedvezően befolyásoló gyógyeljárás a colitis membranaceát is ksdvezően befolyásolja és fordítva.

Mannaberg (Bécs) mint egyik correferens szintén utal az enteritis membranacea és colica mucosa között való megkülönböztetés fontosságára. Az előbbi a vastagbélnek gyakran előforduló subacut vagy idült hurutos bántalma, mely gyakori nyákdús székeléssel jár; a colica mucosa ellenben nagyon ritka betegség, melyet nyákos tömegek kiürülése által követett heves hasfájás-rohamok jellemeznek. Az enteritis mambranacea egyszerű bélhurut bőséges nyák hozzákeveredésével, pathogenesise egyezik a vastagbélhurutéval. A colica mucosának ellenben külön pathogenesise van; a legtöbb esetben általános neurasthenia vagy hysteria talaján nyugszik, úgy hogy bélneurosisnak tekinthető. Néha a neurasthenia izolált jelensége gyanánt jelentkezik. Disponáltaknál a rohamok kiváltására alkalmi okul szolgálhatnak a nemi szervek betegségei, idült székrekedés, izgató bélbeöntések, szervi bélbetegségek. A colica mucosát gyakran kisérik más, szintén ideges alapra visszavezethető megbetegedések, így achylia gastrica, ideges dyspepsia, spastikus bélösszehúzódások, enteroptosis. A még nagyon csekély számú bonczlelet valami lényeges elváltozást eddig még nem tudott felmutatni.

Mathieu (Páris) volt a másik correferens, a ki szintén nagy fontosságot tulajdonít a „colite muco-membraneuse" keletkezésénél a neurastheniának. Nagyon fontos az obstipatio megszüntetése, mint a mely egyúttal oka is, folyománya is a colitisnek. Az obstipatio gyógyítására különösen a ricinus-olaj, a magas bélbeöntések és a belladonna ajánlhatók. Kerülendők azon szerek, melyek a nyákhártya secretioját vagy a bélfalzat spasmusát fokozhatnák. A bélbeöntések kora reggel végzendők gyenge nyomás mellett körülbelül 40°-ra felmelegített, $1^1/_2$—$2^1/_2$ mennyiségű vízzel, melyhez natrium carbonicum, natrium salicylicum vagy kevés ammonium ichthyolicum adható. Drastikus hashajtók, adstringáló beöntések és bélmassage kerülendők. A többek által ajánlott vegetarius diaetát nem mindig tűrik a betegek. Ajánlhatók még prolongált meleg fürdők és meleg lemosások. Az általános neurasthenia a szokott módon kezelendő.

Langenhagen (Plombiéres) azt hiszi, hogy az obstipatioval járó főalak mellett van egy állandó hasmenéssel járó ritkább alak is; 600 eset közül 32 ilyent talált. Fájdalom az esetek $^1/_5$-ében hiányzik, 100 eset közül 9-ben bélköveket talált.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

9487/900. kig. sz.

A **Hevesmegyei XVI-dik közegészségügyi körben** lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásnak** választás útján leendő betöltésére ezennel pályázat nyittatik

A választásra határidőül 1900. évi november hó 8-dik napjának délelőtti 10 órája Pétervásár községházához, mint a körorvos székhelyére, azon felhivással tűzetik ki, miszerint a pályázni kivánók kellően felszerelt kérvényeiket alulírott főszolgabiróhoz **f. évi november hó 6-dikáig** nyújtsák be.

A körorvos javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, 200 korona lakbér, 400 korona úti átalány és a szabályrendeletileg megállapitott munkadijak. A körorvos tartozik 15 községből álló kerületét kéthetenként beutazni s azon alkalommal a községházánál jelentkező betegeknek díj nélkül rendelni.

Pétervásár, 1900. október 16-dikán.

Drisnyey Béla, főszolgabiró.

9583/1900. sz.

A budapesti kerületi betegsegélyző pénztár a folyó évi október hó 14-dikén hozott határozata alapján ezennel pályázatot hirdet egy **Ujpest** területére kinevezendő **kezelőorvosi állásra.**

Pályázhatnak okleveles orvosok legalább három évi gyakorlattal.

A pályázati beadványhoz csatolandó:

1. Az oklevél, vagy annak hitelesített másolata.
2. Az esetleges kórházi, illetve kórodai gyakorlat kimutatása.
3. Nyilatkozat arról, hogy a pályázó a pénztár hivatalos helyiségében betekinthető szolgálati szerződést és szabályokat magára nézve kötelezőnek elfogadja, illetve megválasztása esetén előbbit alá fogja irni.

A pályázati beadványok bélyegtelenül **folyó évi október hó 27-dikéig** bezárólag a pénztári igazgatósághoz (V., Koháry-utcza 4. sz.) nyújtandók be, a hol a bővebb felvilágosítások a hivatalos órán belül adatnak.

Az állás a választás utáni napon foglalandó el.

Budapest, 1900. évi október hó 15-dikén.

Az elnökség.

Az alulirott elöljáróság **a pesti izr. hitközség „Bródy Adél gyermekkórházában"** f. évi november hó 1-én betöltendő évi 600 koronával díjazott **segédorvosi** tisztségre ezennel pályázatot nyit.

Ez állásra pályázó nőtlen orvostudorok születési bizonyítványnyal, orvostudori oklevéllel és eddigi működésükről szóló bizonyítványokkal felszerelt folyamodványukat a pesti izr. hitközség titkári hivatalában (VII., Sip-utcza 12, I. em.) **f. évi október hó végeig** nyujtsák be. A választás két évre szól; a megválasztott a kórházban tartozik lakni, a hol élelmezést is nyer.

Budapest, 1900. évi október hó 12-dikén.

A pesti izr. hitközség elöljárósága.

5964/1900. szám.

Az üresedésben levő, Nyitramegye miavai járásához tartozó Krajna, Podkilava, Kosztolna, Hrachovistye, Vagyócz és Visnyó községekből álló **Krajna** székhelylyel rendszeresített körorvosi állásra pályázatot nyitok.

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

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

Köteles a körorvos a szegényeket ingyen gyógykezelni és a kerületéhez tartozó községeket havonként legalább kétszer meglátogatni, mely látogatások alkalmával sem természetbeni fuvarra, sem pedig fuvarköltségre igénye nem lesz.

Mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, felhivatnak, miszerint az 1876. évi XIV. s az 1883. évi I. t.-cz. értelmében felszerelt pályázati kérvényeiket alulirott jár. főszolgabiróhoz ez évi november hó 8-dikáig annál is inkább beterjesszék, mert a később beérkező kérvényeket tekintetbe nem veszem.

A választás határnapjáról a jelöltek külön fognak értesittetni.

Miava, 1900. évi október hó 6-dikán.

Csenkey, főszolgabiró.

Gregersen G. és fiai czég Zavidovic (Bosznia) vasútállomáson lévő fűrésztelepe számára

orvost

keres. Két-három évi kórházi gyakorlat és egy szláv nyelv ismerete megkivántatik. Közelebbi feltételek megtudhatók

a czég budapesti irodájában, Lónyay-utcza 33. sz.

575/900. sz.

A kormányzatomra bizott Alsófehérvármegye kisenyedi járásában a járási orvosi állás elhalálozás folytán üresedésbe jövén, ezen **Koncza** község székhelyhez 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, minősitésüket és a tisztiorvosi vizsga sikeres letételét igazoló okmányaikkal felszerelt folyamodványaikat hozzám **november hó 20 dikáig** annál is inkább terjesszék be, mert a később beérkezendő kérvényeket figyelembe nem veendem.

Nagy-Enyed, 1900. évi október hó 3-dikán.

3—2 *Zeyk Dániel*, főispán.

HIRDETÉSEK.

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 à	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

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállitó.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra. — Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András"

név figyelembe ajánltatik.

Gyermeksanatorium és vízgyógyintézet

felnőttek számára **ABBAZIÁBAN.**

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

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

Dr. FRIES-féle magán-gyógyintézet

ideg-, kedély-, morphium- stb. betegek részére

INZERSDORF Bécs mellett.

Orvosi vezetőség: Professor REDLICH és Dr. E. FRIES.

Az idióták és gyengeelméjűek

államilag engedélyezett intézete **Pelsőczön** (Gömör-megye), kivánatra bérmentve küld prospectusokat.

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.**

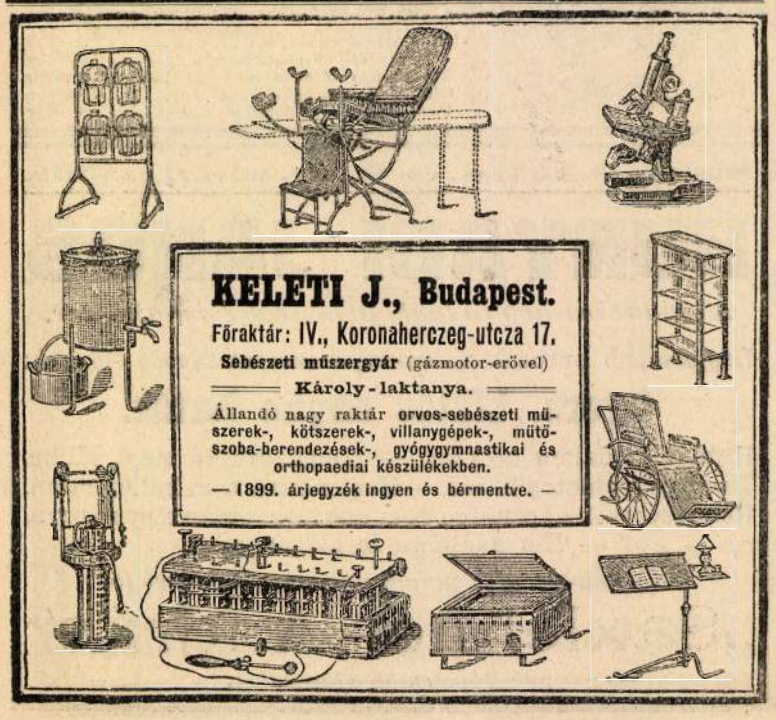
Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

Az északmagyarországi egyesített kőszénbánya és iparvállalat részvénytársulat mizserfai bánya-gondnokságánál

(u. p. Kisterenne, Nógrád megye) üresedésbe jön 1901. évi január hó elején a

bányaorvosi állás.

Ezen állással jár 2800 korona évi fizetés, szabad lakás, rendszeresitett fűtési és világitási átalány; tartozik pedig az orvos ennek fejében a társulat tisztjeit, altisztjeit és munkásait ingyen gyógykezelni. — Mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, felkéretnek, miszerint kellően felszerelt folyamodványaikat **fenntjelzett czímre legkésőbb ez év november hó 25-ig** nyujtsák be.



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.

Dr. Brehmer TÜDŐBETEG-GYÓGYINTÉZETE Görbersdorf Szilézia

Téli és nyári kurák ugyanoly sikerrel.

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

Előrajzokat díjmentesen küld a gondnokság.

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.

Egyesült Chiningyárak ZIMMER & Co., FRANKFURT a/M.

EUCHININ. Gyógyhatása ugyanaz mint a chininé láz, influenza, malaria, hagymáz, szamárhurut, idegzsábák ellen és mint zsongitó. **Euchinin** íze nem keserü, a gyomrot nem terheli s az idegrendszerre gyengébben hat mint a chinin. Adagolás mint a chinin-nél.

EUNATROL. Kitünő cholagogum epekövek és más epe- és májbajoknál: **eunatrol pilulák** alakjában minden mellékhatás nélkül sok hónapon át vehető. Adagolás: 4 pillula á 0·25 gr., reggel és este, több heten át.

VALIDOL. Erélyes és a mellett helyileg nem izgató analeptikum; hatása kitünő hysterikus és neurasthenikus állapotnál; azonkivül jó stomachikum és igen hatható szer **tenger betegség** ellen. Adagolás 6—10 tabl. naponta, több héten át.

UROSIN. Mint teljesen ártalmtlan szer és prophylacticum **köszvény** és **húgysav diathesis** ellen ajánltatik. Rendelhető **tabletták**, és **pezsgő só** alakjában. Adagolás 6—10 tabl. naponta, több héten át.

FORTOIN. Iznélküli **antidiarrhoicum**, biztos hatású, ugyszintén tuberculos bélhurutnál. A tanninszerekhez hasonlitva egy tényleges gyógyitó szer. Adagolás: 3×0·25 gr. naponta felnőtteknek. A **Fortoinnak** igen nagy bomlás elleni és bacteriumölő ereje van, tehát jó **antigonorrhoicum** is.

Minták, irodalom és egyéb részletek rendelkezésre állanak.

Egyéb speciálitások: Chinin, chinin-gyöngyök, cocain, caffein, kivonatok, jodkészítmények stb.

A magyar mintatej-telep r.-t.

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

sterilizált gyermektej termelése

Budapest, VIII., József-körút 41. sz.

Készitményei:

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

Negyvennegyedik évfolyam. 43. szám. *Budapest, 1900. október 28.*

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.

Kétly László: Közlemény a budapesti II. számú belklinikáról (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.) Egy különös, chalodermának (laza bőr) nevezhető bőrelváltozás esete. 668. l.

Benedict Henrik: Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati klinikáról. Hedonal, egy új hypnoticum. 670. l.

Sellei József: A „Teleia" nyilv. rendelő intézet ambulatoriumából. Az extractum hydrastis canadensis hatásáról prostatorrhoea és spermatorrhoea eseteiben. 672. l.

Fialowski Béla: Törvényszéki orvosi casuistica. 674. l.

Tároza. *Szentgyörgyi Jordán Ferencz:* A heveny fertőző és ragadós betegségek ellen való védekezésről. 675. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Ostermayer Miklós:* A sérvsebészet az utolsó években. 677. l. — *Könyvismertetés.* Budapest székes főváros közkórházainak évkönyve. 1899. 678. l. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Bardach:* Ujabb észleletek a typhus recurrensről. (Filep.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Kronfeld:* A fersan értékéről neurosisok gyógyításánál. — *Freudenberg:* Gonorrhoeás eredetű arthritisek és tendovaginitisek gyógyítása. 678—679. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — A vallás- és közoktatásügyi ministerium költségvetése az 1901-dik évre. — Az orvosok és az életbiztositási társaságok Németországban. — Korányi Frigyes. — Hibaigazitás. — A budapesti császárfürdő. — Krondorf. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. 679. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet. Szemészet. 5. szám.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

Egy különös, chalodermanak (laza bőr) nevezhető bőrelváltozás esete.

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

A következőkben egy 30 éves nőnél észlelt érdekes bőrelváltozásról akarok beszámolni, a mely elváltozás az első pillanatban külsőleg teljesen hasonló az irodalomban található, ritka „cutis hyperelastica" seu „cutis laxa" néven leirt esetekhez, de közelebbről megnézve, mint a továbbiakból látni fogjuk, a bőrnek ép ellenkező elváltozását mutatja és ez esetekkel szemben különálló kórkép gyanánt elkülöníthető.

A beteg jelenleg 30 éves, foglalkozására nézve szakácsnő. 1899. február havában köhögési panaszokkal jelentkezett nálam; eddig orvosnál sohasem volt és a bőrén leirandó elváltozások miatt, mint mondja szégyenérzetből, nem kért eddig orvostól tanácsot. Én is véletlenül a tüdő kopogtatásánál vettem észre a bőr különös elváltozását.

Atyja tüdővészben halt el, anyja ismeretlen bajban. Négy testvére volt, ezek közül három cholerában halt meg, egy él és egészséges. Gyermekkori betegségei nem voltak. Havi baját 15 éves korában kapta meg s az máig mindig rendesen jelentkezett. Fekvő beteg sohasem volt. Két évvel ezelőtt két hétig tartó köhögése volt, mely azóta időnként újból jelentkezett, legutóbb 1898. őszén; ez alkalommal lázas is volt, éjjel izzadt és zöldessárga köpetet ürített. 1899. február 10-dikén ismét köhögés lepte meg, rekedt lett, éjjelenként lázas volt és izzadt; 13-dikán és 14-dikén véreset köpött és oldalszúrást érzett, nagyon elgyengült és e panaszokkal fordult hozzánk.

Ugyanekkor előadja, hogy neki egy régebbi baja is van, a mennyiben 18 éves korában az addig teljesen rendes külsejű bőre és testalkata megváltozott, még pedig akként, hogy először két fara puhult meg, fokozatosan megnyúlt és lelógott s azóta (13 év óta) egyforma maradt. Ugyancsak nemsokára az addig felálló, kemény emlői is megpuhultak, lecsúsztak és elterültek. Karján, czombjain, hasán és hátán is észrevette, hogy bőre erősen ránczossá lett és nagy tömegben lógott le. Arczán azonban a mai napig változást nem vett észre, az egész rendes maradt. Igy külsőleg mi sem árulta el baját és jelenleg is azért fordult orvoshoz, mert köhögése aggasztotta; másik baja fájdalmat nem okozott neki és csak annyiban járt kellemetlenséggel reá nézve, hogy járásnál a nagy tömegekben lelógó bőr súlyánál fogva fárasztotta és akadályozta a mozgásban. Családjában ily betegség sohasem fordult elő.

A betegnél a status praesens a következőket mutatta: A középtermetű, arczban lesoványodott nőbeteg csontrendszere teljesen ép. (L. ábrát.)

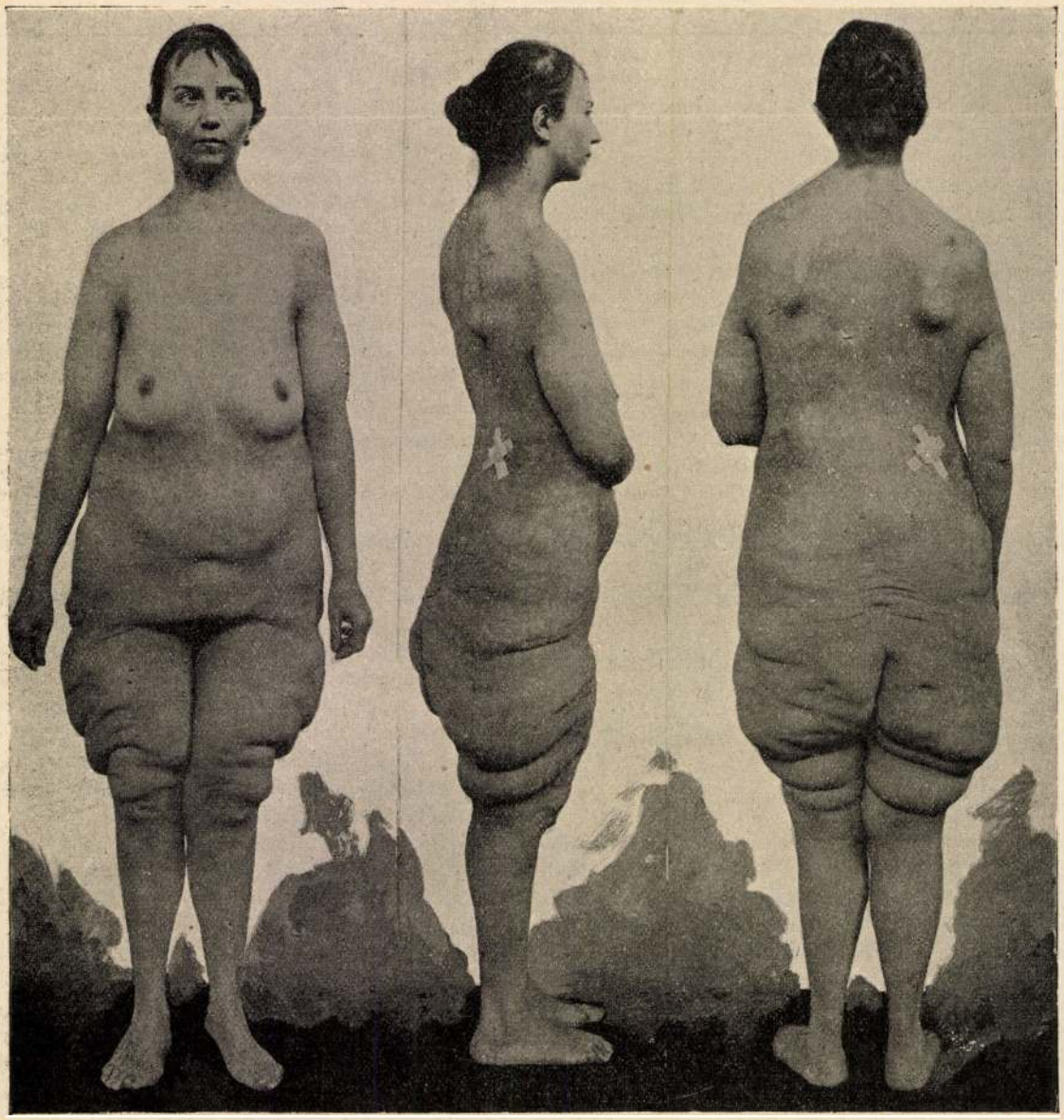
Bőr színe halvány; bőr rendes nedvességű.

Arcz kissé sápadt, fakó szürke, beesett. Conjunctiva halványpiros, szembogarak egyenlők, középtágak, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Az arcz bőre egészen rendes, ugyanott a bőr alatti zsírszövet megtartott, a bőr ránczokba szedhető a rendes mértéken belül.

Nyelv halványpiros, nedves, kissé bevont.

Nyak hosszú, részarányos, a bőr rajta nagy ránczokba szedhető, vékony, böralatti zsírszövet erősen megfogyott, a kulcscsont feletti és alatti árkok erősen besüppedtek, a mellkas lapos, a mellcsont közepén besüppedt, légzésnél a kulcscsont feletti és alatti árkok csak keveset tágulnak. A mellkas bőre halvány, a szegycsont felett fehér, sugaras, gyermektojásnyi anyajegy látható. A bőr ránczokba szedhető, de nagy fokban nem emelhető fel, akkor fájdalmat okoz a betegnek; lágy tapintatú. Az emlők igen petyhüdtek, lágyak, szétterültek, egész a hasra lecsúsztak és ülőhelyzetben mérve a jobboldali a kulcscsont alatt 26·5 cm.-nyire, a baloldali 28 cm.-nyire van. A háton a lapoczkák felett a bőr igen vékony, sorvadt, a rendesnél nagyobb ránczokba

nem szedhető, az izomnak kékes színe rajta áttünik és kékesvörös erecskéktől márványzott. A bicepsek felett a bőr sokkal nagyobb térfogatú, nagy ránczokba szedhető, nagyon nyujtható, puha, mint a vaj és a bőralatti zsírszövet itt elég kifejezett. Az alsó karok bőre a normalistól alig tér el, úgyszintén a kezeké sem. A hason a bőr álló helyzetben mint egy kettős kötény lóg le, annyira, hogy a mons veneris nem is látható, a has igen szétterült, a bőr felette mintegy hullámzik, nagy ránczokba szedhető, jól felemelhető, de nagyobb fokban kinyújtani nem lehet; alatta a zsírszövet nagyon sok és így a bőr igen nehéz tömeget képez és súlyánál fogva lóg le ily nagy ránczokban a nélkül, hogy nagyobb fokú ruganyosságot mutatna; a mell felett a bőr vékony és elsimult volta e nagy tömegű bőr és zsírtömeg vongáló hatása folytán keletkezik. Két oldalt a far bőre látható nagy tömegben, de ez nagyobb fokban ránczokba szintén nem szedhető és a bőralatti zsírszövet nagyfokban megszaporodván, kemény nehéz tömegként emelhet fel, az alsó részekkel, csonttal és izmokkal összenőve sehol sincs.



A hát bőre a lapoczkák alatti tájon is igen vékony, zsírszövet alatta alig van, kékes erektől márványzott, ránczokba csak kis fokban szedhető és erősen megfeszítettnek látszik, de a csontokkal és izmokkal sehol összetapadva nincs, azokról jól felemelhető. A hát bőrének vékony és megfeszített volta magyarázható a gluteusok és czomb feletti bőrnek nagy tömegben lelógó és súlyánál fogva vongálást okozó hatásából. Az ágyéktájon a bőr úgy lóg, mint egy üres zsák, rajta a terhességi hegekhez hasonló, harántul ránczolt hosszú hegek láthatók. A gluteusok felett a bőr feltünően lágy, de alatta a bőr alatti zsírszövet nagyon megszaporodott, nagy tömegben ránczokat képezve lóg le és az ugyanígy elváltozott czomb feletti bőrrel oly képet nyújt a beteg álló helyzetében, mint egy igen bő, nem reá szabott törökös bugyogóba öltöztetett bosnyák katona, e bő bugyogószerű bőr annál is inkább hasonlít a törökös ruházathoz, mert térden alul az alszárakon megszűkül, ott ugyanis a bőr a rendeshez egészen hasonló, nem laza, ránczokba alig szedhető lévén. E leirt viszonyok igen jól láthatók a mellékelt ábrán, hol a beteg elülről, oldalról és hátulról van lefényképezve. (A háton látható kereszt a bőrből vizsgálat czéljából kimetszett rész fölé helyezett ragtapasztól ered.)

Az izomzat az egész testen megtartott, nem sorvadt és sehol a bőrrel összetapadva nincs, a mit az is mutat, hogy a betegnél úgy a passiv, mint az activ mozgások akadálytalanul vihetők keresztül. A tüdők felett a csúcsokon tompult kopogtatási hang és érdes légzés hallható szörtyzörejekkel; a szív ép. Máj- és léptompulat rendes. Vizelet normalis. Hőmérsék felvételkor 38·3° C.

Sokat köhög és zöldeset köp; a láz pár nap alatt elmulik, a köhögés is enged, köpetben tuberculosis-bacillus nem találtatott. Köhögés ellen 0·02 codein-porokat kap; egy hónapi kezelés után a klinikát elhagyta.

A bőréből egy darabot kimetszettünk és azt alkoholban fixáltuk.

Ezt azután górcsőileg megvizsgálván, a következő eredményt kaptuk:* A hámnak és a coriumnak felső részei teljesen normalisak. A hám rétegei rendes vastagságúak, a Malphigi-réteg rostozata megtartott, pigmentatio kissé fokozott, az interpapillaris léczek rendes hosszúságúak. A papillákban sejtes infiltratio nem mutatható ki, a collagen és elastikus rostok úgy mennyiségre, mint vastagságra és elrendeződésre nézve egészen normalisak: mindent összevéve tehát, a leirandó elváltozások a stratum reticulare-nak mélyebb részeire és a subcutisra szorítkoznak.

Itt mindenekelőtt három körülmény tünik fel: a vastag collagen és elastikus gerendák hiánya, a véredények nagyfokú tágulása és egy diffus, igen erős, különös sejtes infiltratio. A megszokott vastag collagenrostok és lépcsőzetesen emelkedő elastikus nyalábok helyét Van Gieson-, illetve orceïn-festés alapján finom kacskaringós, szétágazódott, de különben jól festődő collagenrostok és összekunkorodó elastikus tekercsek foglalták el, mely utóbbiak a nélkül, hogy elacinképződést mutattak volna, egy igen nagyfokú szemcsés elváltozás áldozatai lettek. Az elastikus rostok ugyanis sok helyütt éles, más helyütt elmosódó contourjukon az élesen határolt, 1—2 micromm. nagyságú, az elastin-festést kitünően adó szemcséknek roppant tömegeivel vannak borítva. E szemcsék néha még evidensen összefüggnek a rostokkal. Másutt azoktól független halmazokat képeznek és formalisan elfedik a rostokat, a készítmény egyes helyeinek egészen szemcsés, meglepő jelleget adván. Újra hangsúlyozom, hogy ez az elváltozás kizárólag a corium mélyebb rétegeiben

* A górcsői vizsgálatot Nékám m. tanár úr volt szives végezni.

mutatkozik. Ugyanitt a veríték-mirigykacsok egymástól messzire szét vannak tolva egy a laza kötőszövetet kitöltő és a környező zsírlebenyeket is ellepő nyákos sejtes infiltratio által. E sejtek között aránylag óriási számmal lehet szárnyalt, lapos, sok nyúlványnyal és sok maggal biró nagy csillagos kötőszöveti sejteket találni, a melyek protoplasmája néhol igen erősen basophil; máskor kifejezetten acidophil s ismét máskor festődésre alig mutat hajlandóságot. Ezen már igen kis nagyításnál is erősen szembetünő nagy számú sejteket számban még felülmulják a tömött sejtek, melyek legnagyobbrészt gömbölyü burokjukban összeszorítva hordják gazdag acidophil granuláikat. Aránylag ritkábban látni azokat úgy, a mint közönségesen mutatkoznak, t. i. megrepedt burokkal a szövet részeibe minden irányba szétszórva granuláikat. Ezen két sejtalakzaton kivül még nagy számmal látni erősen festődő közönséges csillagos kötőszöveti sejteket is, melyek az előbbiekkel együttvéve, a bőrnek mélyebb részeit rendkivül sejtgazdaggá teszik. Ezen sejtgazdagság csaknem egészen egyenletesen van szétosztva, mégis azt lehet mondani, hogy különösen a veríték spirák és egyes bőrlebenykék vannak különösen ellepve, míg a véredények környékei itt-ott határozottan oedemás jellegüek. Erre vall a véredényeknek sok helyütt látható kifejezett capillaris tágassága és a venákban mutatkozó részben organizált, részben friss thrombusok.

Mindent összevéve tehát, a bőrnek főleg a legalsóbb részeiben, ott a hol az fixálva lett volna s épen e fixáló készülékekben mutatkozik nagy elváltozás, mely különösen az erős nyalábok eltüneséből és a szövet elnyálkásodásából áll.

A leirt esetben a bőrnek egy oly elváltozásával állunk szemben, melyhez hasonlót az irodalomban leirva nem találtam és így az eddig leirt kórképek egyikének sem felel meg; külsőleg hasonló eseteket ugyan találhatni az irodalomban, de ezeknél a bőr főelváltozása a rugalmas rostok szaporodásán alapul és cutis hyperelastica vagy cutis laxa név alatt közöltettek. Ha e csekély számmal közölt eseteket átnézzük, a górcsői vizsgálatokat is tekintetbe véve, csakhamar be fogjuk látni, hogy a fent leirt eset ezeknek nem felel meg, sőt sok tekintetben ellentétét képezi ezeknek és így jogosan más kórképnek fogható fel.

Rossbach[1] egy 18 éves fiatal emberről közli, hogy nála az arcz és törzs bőre nagyon laza és túlszéles volt az általa fedett részekhez képest, nagymértékben nyujtható volt és a felemelt nagy ránczok elbocsátva visszaugrottak kifeszített gummi módjára. A bőr nagyfokú ránczossága a fiatal 18 éves férfi arczkifejezését egy 60 éves emberéhez tette hasonlóvá. Ezen esetben tehát úgy az arcz, mint a törzs bőrének nagyfokú, a rendest nagyban felülmuló rugalmassága volt jelen és a bőr nem súlyánál vagy pedig a bőr alatti zsírszövet megszaporodása folytán képezett ránczokat, hanem rugalmassága nyujtotta meg és tette lazává.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati klinikáról.

Hedonal, egy új hypnoticum.

Közli: *Benedict Henrik* dr. tanársegéd.

Az utolsó évben két új altatószer merült fel: a *dormiol* és a *hedonal*. Az utóbbit néhány hónap óta az I. sz. belgyógyászati klinikán alkalmazzuk. Ez az idő ugyan nem volt elegendő nagyszámú észlelet gyüjtésére, de mégis képesek voltunk az új gyógyszer alkalmazhatóságára vonatkozólag olyan itéletet alkotni, melynek közzétételét annál kevésbbé tartjuk feleslegesnek, mert a dormiolra vonatkozólag egy e lapokban a II. belgyógyászati klinikáról megjelent közlemény a magyar orvosi közönséget már tájékoztatta.

A hedonalt *Dreser* állította elő, ki az új altatószerről az 1899-ben Münchenben ülésező „Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte"-nek referált. Schmiedeberg tudvalevőleg 1885-ben az *urethant* ajánlotta mint altatószert, melynek ártalmatlanságát ugyan elismerték, de mely az embernél nagy dosisokban is olyan ingadozó hatásúnak bizonyult, hogy az orvosok csakhamar ad acta tették. A pharmacologia azonban azon törekvésében, hogy az elvben hatékonynak bizonyult urethanradicalnak a hatékonyságát fokozza, ennek új meg új származékait állitotta elő (euphorin, neurodin, thermodin), melyeknek közös chemiai tulajdonsága az, hogy az urethannak $\left(CO<\begin{matrix}NH_2\\OC_2H_5\end{matrix}\right)$ amidohydrogenjeit alkoholgyökök vagy savesterek helyettesítik, míg biologice az utóbbi radicalok természete szerint hol a hőellenes, hol a fájdalomcsillapító hatás domborodott ki. Megjegyzendő, hogy egyik sem tudott a gyakorlatban meghonosodni.

Dreser törekvése oda irányult, hogy az eredeti urethan *aethylgyökét* magasabb alkoholradicallal helyettesítse, a mennyiben tudvalevőleg az egy homolog sorozathoz tartozó organikus vegyületek biologiai hatása az atomsúlylyal fokozódik. Rendszeresen végigvizsgálva az egész sorozatot, olyan vegyületnél állapodott meg, melyben az urethan aethylalkohol gyökét egy pentylalkohol: a methylpropylcarbinol ($CH_3—CH.\ OH—CH_2—CH_2—CH_3$) helyettesíti.

Ez a „hedonal"-nak nevezett vegyület gyöngén aromás szagú és kissé menthaszerü ízű, kristályos fehér por, mely testhőmérsék mellett 102 súlyrész vízben, magasabb temperatura mellett jobban oldódik. A széles basison megindított állatkisérletek először annak megállapítására törekedtek, miképen viselkednek a „hedonal" létesítette álomban a legfőbb életfunctiok, a légzés, a vérkeringés, a hőoekonomia és a vizeletkiválasztás. Kitünt, hogy a hedonal ez irányban ép úgy viselkedik, mint az urethan, a mennyiben a légzés, a vérnyomás és a test hőmérséklete csakis a physiologikus álomban észlelhető eltéréseket mutatják. Igy az élenyszükséglet 20%-kal, a vérnyomás nehány millimeterrel csökkent, a test hőmérséklete csak mély álomban sülyedt a csökkent hőtermelés folytán 1° C.-sal, míg a hőleadás alig 6%-kal fokozódott. Feltünőnek csak diuretikus hatása mutatkozott, a mennyiben a vizeletkiválasztás $4^1/_2$-szeresen fokozódott; a fagypont ellenőrzése azt derítette ki, hogy ezen szaporodás csak a vizet illette, míg a vizeletben oldott szilárd részek változatlanul maradtak. Ugy látszik, specifikus hatásra kell gondolnunk, minthogy a hedonalból lehasadt hugyany mennyisége nem elég nagy arra, hogy ezt a nagy víztültermelést megmagyarázza.

A központi idegrendszer functionalis állapotát békáknál vizsgálva, a reflexmozgásokat lassítottaknak találta; az ingerlatentia ideje hatszorosan növekedett. Ezen vizsgálatok annál érdekesebbek, mert ilyen irányú észleleteket, melyeknek részletei Dreser eredeti közleményében találhatók, az eddig használatban levő hypnotikumokkal nem tettek.

A hedonalnak egyik főelőnye, melyben egyébiránt az urethannal osztozkodik, az, hogy a szervezetben simán vízzé, szénsavvá és hugyanynyá bomlik. Mekkora előny ez a „physiologikus" végtermékekké való szétesés, mutatja a különben oly hatásos sulfonal példája, melynek esetleges veszélye csakis rendellenes bomlás termékei, a haemotoxikus disulfonok keletkezésében rejlik.

A hedonal hidegvérüeknél tízszer erősebben hatott, mint az aethylurethan, háromszor erősebben, mint a chloralhydrat. Kutyáknál urethannal, bármilyen magasra emelték a dosist, nem sikerült hosszabb ideig tartó álmot létrehozni, míg subcutan adagolás mellett 5—8 gm.-nyi dosisok mutatkoztak hatékonyaknak. A pharmacologusok közt egyáltalában tudvalevő dolog, mennyire ellenálló a kutya a különböző hypnoticumokkal, a sulfonallal, trionallal vagy chloralhydrattal szemben. Annál feltünőbb volt, hogy a hedonal ugyanazt az altató hatást félakkora dosisban volt képes kifejteni, mint a chloralhydrat.

Embernél tehát 1—2 gm. chloralhydrat helyett 0·5—1·0 gm. hedonal volna adagolandó meleg vizes vagy alkoholos oldatban és ilyen dozirozással ajánlotta is először Dreser. Kitünt azonban, hogy embernél az 1 gm.-os dosisok gyakran nem mutatkoznak elegendőknek, úgy hogy *Goldmann* és legújabban maga *Dreser* is 2 gm.-os adagokat ajánl.

Az eddig megjelent klinikai közlemények majdnem mind egyértelmüleg nyilatkoznak. *Mendel* ideggyógyászati klinikáján *Schuster* a hedonalt 30 esetben alkalmazta. Soha kellemetlen mellékhatást nem észlelt. Az egy grammos dosisok néha cserben hagyták, egyszer a két grammos dosis is. Többnyire hysteriások és neurastheniások könnyü álmatlanságánál került alkalmazásra.

Nagyobb excitatios állapotoknál és fájdalmak okozta insomniáknál annál kevésbbé próbálta ki, mert az új szer maga az előállítója szerint egyenesen hypnoticum és nem narcoticum.

Eulenburg kifejezett psychosisoknál (mánia, búskomorság) is alkalmazta, de tabeses, ischiadicus és trigeminus-fájdalmaknál is, egy-egy izben cholecystitisnél és nephropyelitisnél. Egy gm. hedonal a legtöbb esetben elegendőnek bizonyult 5—7 óráig tartó álom létrehozására, nehéz esetekben 1·5—2·0 grammig is fel kellett emelkedni. Czélszerűnek mutatkozott néha a trionallal való combinált adagolás (0·50 trional, 1·0 hedonal). A fájdalmak okozta agrypniáknál erősebb hypnotikus és antineuralgiás szerekkel — különösen a morphinnal és dioninnal — nem versenyezhet.

Krafft-Ebing klinikájáról *Schüller* referál 21 eset kapcsán. Nemcsak periodikus dysthymiában, neurastheniában és más könnyebb neurosisokban, hanem melancholiában, acut mániában és dementia senilisben is került alkalmazásra. Különösen az utóbbi esetek voltak azok, melyekben a szer felmondta a szolgálatot. Az adagolás módja abban állott, hogy a beteg két órával az estebéd után egy evőkanállal vett a következő folyadékból: Hedonali 6·0, Spir. vini dil., Syrupi cinnam. āā 30·0, Olei carvi aeth. guttae II., mi épen 1·5 gm. hedonalnak felelt meg. 21 eset közül csak kilenczszer lehetett szó teljes sikerről, 7 esetben kétes, 5 esetben azonban teljesen negativ volt az eredmény.

A mi eseteink röviden a következők:

1. P. Ilona. Hysteria. Minden héten 2—3-szor sírógörcsök. Makacs álmatlanság. Beteg csak reggel felé szokott 1—2 órára elaludni. Egy gm. hedonalra 7—8 óráig tartó üdítő álom.

2. T. Józsefné. Neurasthenia. Éjjel paraesthesiák, szívdobogás és felindulás folytán nem képes aludni. 19 napig esténként egy gm. hedonal, ½ órával reá rendesen 6 óráig tartó álomba merült. Nappal villanyozás. Az utolsó napokon már hedonal nélkül is alszik. Gyógyulva távozik.

3. K. János. Depressiv neurasthenia. Tompa fejfájás. Egyáltalában nem, vagy igen nyugtalanul alszik. Egy gm. hedonalra igen jó, üdítő álom. Beteg a következő napon mindig frissebben érzi magát, fejfájását csekélyebbnek mondja.

4. U. Vilma. Lupus faciei miatt tartózkodik a kórodán. Nagyfokú izgatottság és fejfájás miatt nem képes aludni. Álmatlansága nem állandó. Hedonal változó hatású. Egyszer, midőn a havi baj idejében erős szívdobogása volt, mindössze egy óráig tartó álmot hozott, egyszer csak 20 perczig aludt, egyszer felébredve, nagyfokú álmossága daczára újra elaludni nem tudott. Másnap altató nélkül igen jól aludt. Hat izben a hedonal igen promptul hatott. A két izben szedett sulfonal prompt hatásúnak bizonyult. Dosis állandóan egy gm.

5. St. Pálné. Öt hó óta állandó ischias; nagyfokú anaemia és neurasthenia. Részint a fájdalmak, részint a nagy izgatottság folytán nem tud aludni. Aspirinre a fájdalmak csökkennek, akkor egy gm. hedonalra igen jól alszik. Négy nap mulva az aspirint kellemetlen gyomortünetek folytán kihagyjuk, miáltal a fájdalmak élénkülnek. Faradizálás. Az ekkor két izben adott hedonal hatástalan maradt.

6. M. Ferenczné. Neurasthenia. Szédülés, baloldalt ovarialgia, szívtáji kisugárzó fájdalmak, hevülések. Egy gm. hedonalra rögtön elalszik, másnap is igen aluszékony, többször el-elszundikál. Vonakodik a hedonalt újra bevenni. Két nap mulva elbocsáttatik.

7. L. József. Petit mal. Naponta többször szívbeli aura mellett fellépő, néhány másodperczig tartó absence-ok, néha szédülés. Napközben két gm. bromnatrium. Éjjel igen nyugtalanul vagy sehogy sem alszik. Egy gm.-ra hat óra hosszat tartó üdítő álom. Két gm.-ra 7—8 óra hosszat szakadatlanul alszik, nappal is jobban érzi magát, a rohamok ritkábban lépnek fel.

8. V. Ákos. Dementia senilis. Napközben félig szundikál, éjjel nyugtalankodik. Két gm. hedonalra legfeljebb 1—2 óráig tartó álom.

9. M. János. Tabes dorsalis. Kínzó övérzés és erős lancináló fájdalmak nem engedik őt aludni. Egy gm. hedonalra elalszik, de a rohamok folytán éjjelenként 2—3-szor felébred, hogy újra elaludjék. Antipyrinnel és migraeninnal való combinálás nem szünteti meg a fájdalmakat, a hedonaldosisnak megkettőzése nem teszi az álmot mélyebbé. Két gm. chloralhydratra szintén csak tökéletlen álom. ½ gm. pyramidon a fájdalmakat mintegy varázsütésre coupirozza; az erre következő első éjjel két gramm hedonal hatása alatt 14 óra hosszat egyfolytában alszik. Ezentúl pyramidon és hedonal combinált adagolása mellett fájdalom nélkül és nyugodtan alszik.

10. R. Jozefa. Endometritis acuta, urethritis acuta blennorrhoica. Medenczebeli fájdalmak nem engedik aludni. Egy gramm hedonalra csak egy óra mulva alszik el, álom tartama legfeljebb két óra. Utána csak álmosság, új álom nélkül. Sulfonal és trional épen ilyen hatástalanok. 25 csepp morphium-oldatra (0·10 : 20·0) az egész éjjelen át jól alszik.

11. Sz. Sándorné. Emphysema pulm. min. gradus c. catarrh. Cardioneurosis. Rosszul alszik, a mennyiben részint a köhögés, részint a szívtáji nyomás és a kisugárzó fájdalmak egyre zavarják. Egy gm. hedonalra 7 óra hosszat tartó mély álom; másnap subjective mindig jobban érzi magát.

12. W. Istvánné. Phthisis pulmonum. Köhögés, magas lázak (39—39·6°) és reá következő bő izzadás miatt nem tud aludni. Kétszer kap antifebrilis kezelés nélkül egy gm. hedonalt, mire az éjszakát egyszer megszakítás nélkül, egyszer rövid megszakítással átaluszsza. Másnap valamivel frissebbnek érzi magát. Az antipyretikus kezelés (pyramidon) megkezdésekor a hedonal elmarad.

13. A. Józsefné. Ulcus ventriculi. Igen erős, estefelé fellépő gastralgia; nagyfokú anaemia (1,950,000 vörös vérsejt). 25 csepp morphiumra a fájdalmak nem szünetelnek. Este öt gm. bismuthum subnitricumot kap suspensioban, mire a fájdalmak kissé enyhülnek. Egy gm. hedonalra a fájdalmak daczára rögtön elálmosodik és ½ óra mulva elalszik. Az egész éjjelt többnyire nyugodt álomban tölti. Másnap subjective jobban érzi magát, de délelőtt még kissé álmos.

14. G. András. Carcinoma ventriculi c. ectasia, hányás. Hányadék kávéaljszerű. Este a hányinger erősbödik. Álmatlan. Két izben 2 gm. hedonal. Egyszer kihányja, egyszer a szer gyomrában marad, mire egész éjjel jól alszik.

Az eseteket, a mint látható, nem válogattuk, hanem az indicatio határait megállapítandók, az új szert az álmatlanság minden esetében adagoltuk. 14 eset közül kilenczszer teljesen kielégítő eredményt értünk el. A kedvezően befolyásolt esetek közt az egyszerű ideges insomnia praedominál, de olyan esetek is vannak köztük, melyekben az álmatlanság létrehozása körül fájdalmak is szerepelnek. És pedig nem azok a bizonytalan fájdalmas sensatiok, melyek az általános neurosisokat rendesen kisérik, hanem szerves elváltozások okozta fájdalmak is, mint a 13. esetben (ulcus ventriculi).

De ez csak kivételesnek mondható és talán a betegnek nagy gyengeségére és vérszegénységére vezetendő vissza. Szabálynak inkább az látszik, hogy erősebb fájdalmak mellett a hedonal ép oly kevéssé megbizható, mint a trional, a sulfonal stb. Ezt bizonyítja az 5. és 9. számú eset, melyekben a hedonal csak antineuralgicumok kiséretében hatott kifogástalanul.

A negativ értelemben befolyásolt esetek közt van egy dementia senilis, mely betegségnél *Schüller* is teljes sikertelenséget jegyzett fel, továbbá egy carcinoma ventriculi; ez utóbbi esetben a sikertelenség egyszerűen a szer kihányására vezetendő vissza.

Magas lázak nem képezik a hedonal ellenjavallatát, mint ezt 12. számú esetünkben elért kitünő siker bizonyítja. Ezen esetben gyomorfájdalmak is fennállottak. Az utóbbiak ép oly kevéssé zavarták a jó eredményt, mint a 13. számú esetben. Makacs hányás esetében rectalis applikálása volna megkisérlendő.

Kellemetlen mellék- vagy utóhatást soha sem tapasztaltunk. Két esetben — 6. és 13. — az aluszékonyság még a következő napon is fönnállott; mindkétszer igen elgyöngült, vérszegény nővel volt dolgunk. A Dreser által az állatkisérletben talált diuresis-fokozást betegeinknél ép oly kevéssé észleltük, mint a többi megfigyelő.

Mindent összegezve, a hedonalban ugyan nem hézagpótló szert, de mindenesetre gyógyszerkincsünk tényleges meggazdagodá-

sát kell látnunk. Az experimentalis alap kifogástalan, ártalmatlansága minden kételyen felül áll. Főindicatioja az egyszerű álmatlanság neurastheniás és hysteriás alapon. Mindenütt első helyen meg volna próbálandó, hol egyszerű physiatrikus eljárásokkal nem tudtunk czélt érni. Azok az ellenjavallatok, melyek a keringési szervek részéről a chloralhydrattal és származékaival szemben fennállanak, teljesen elesnek. A sulfonalcsoport esetleges toxicitásában nem osztozkodik; másrészt hatása korántsem biztos, a mint teljesen biztos szerrel eddigelé egyáltalán nem rendelkezünk.

Intensivebb neuralgiform fájdalmak mellett néha antineuralgicumokkal combinálva hatékony; szervi, különösen lobos fájdalmaknál, úgy mint eddig, csak a morphium biztosíthat absolut nyugalmat.

Status febrilis nem kontraindikálja. Súlyos psychosisok, dementia és insomnia senilis eseteiben kétes hatású.

Mint egyszerű dosist 1, csak ritkán 2 grammot adtunk és pedig nehéz oldhatóságára való tekintettel egyszerűen ostyában por alakjában, $1^1/_2$ órával az estebéd után.

A „Teleia" nyilv. rendelő intézet ambulatoriumából.

Az extractum hydrastis canadensis hatásáról prostatorrhoea és spermatorrhoea eseteiben.

Közli: *Sellei József* dr., v. egyetemi tanársegéd a bőrkórtani klinikán, a „Teleia" nyilv. rendelőintézet rendelő orvosa.

A prostatorrhoeát ép úgy, mint a spermatorrhoeát tudvalevőleg nem különálló bántalomnak, hanem valamely, és pedig vagy localis, vagy általános szervi megbetegedés következményének, illetőleg egyik tünetének kell tekintenünk. Az újabb szabatosabb kórjelzésre képesítő eljárások és módszerek arról győznek meg bennünket, hogy a két kóros jelenség sokszorta gyakoribb, mint azt annak előtte feltételeztük és hogy a localis bántalmak közül mint leggyakoribb ok a chronicus blennorrhoea és ennek következményi megbetegedései szerepelnek, az egyéb alapbántalmak közül pedig a központi idegrendszer bántalmazottsága, különösen pedig a neurasthenia kell, hogy első sorban tekintetbe jöjjön.

Magától értetődik, hogy az alapbántalomnak kezelése képezi tehát a szóban levő két kóros jelenség czéltudatos therapiájának első feladatát. Mely eljárások követendők a különböző ily alapbántalmak megszüntetésére, nem lehet e közlemény czélja, de még a prostatorrhoea és spermatorrhoea egyes alakjainak tüzetes tárgyalásával sem kívánok itt behatóbban foglalkozni. Csak egyes újabb gyógyeljárási módokkal szerzett tapasztalataimról óhajtok beszámolni jelentékeny számú kóreseteim kapcsán.

A kezelésnek egyik újabb eljárása a prostatának és esetleg az ondóhólyagnak a *végbélen át való massage-a*. E kezelés óta az azelőtt teljesen symptomatikus kezelés, különösen a prostata és az ondóhólyagok szervi megbetegedései esetén, rationalis alapra fektettetett és annak megfelelőleg a sikeres orvoslásnak számos esetben módot nyújtott. E gyógyeljárás terjedését, mondhatni, a therapiában való teljes meghonosulását lényegesen elősegítette *Feleki*-nek e czélra construált készüléke, melylyel — szemben az ujjal való massage-zsal — a bántalmazott szerveket kellő energiával, és a nélkül, hogy ujjunkat kifárasztanók vagy beszenyeznők, vethetjük alá a massage eredményes míveletének.

A szóban forgó kóros jelenségek kezelésére ugyancsak *Feleki* a már alkalmazásban levő belső szerek mellett egy számos esetben kiváló sikerrel használható új szert ajánl: *az extr. fluid. hydrast. canadensist.* Minthogy e közleményemben pusztán *gyakorlati* álláspontra helyezkedem, nem bocsátkozom ezen szernek pharmacologiai ismertetésébe és physiologiai hatásának taglalásába. Ezt annál inkább mellőzhetem, mivel e szernek a szóban levő czélra való fent nevezett ajánlója a kir. orvosegyesület dermatolog. és urolog. szakosztályában nemrégiben tartott előadásában e kérdésekre tüzetesen kiterjeszkedett és e szer indicatioit ez alapon fejtegette. Tekintve azonban, hogy ezen szerrel *Feleki* szóbeli ajánlatára már 2 év óta végzek kisérleteket, az elért siker alapján feljogosítva érzem magam ezen kisérlet-sorozatomnak közlésére, remélvén, hogy ezen statistikai adatok hozzá fognak járulni a hydrastisnak a szóban levő czélra a therapiában való meghonosulásra.

1. K. I.	Prostatit. chr.	1898. jun. 21.	1898. aug. 16.	Fogyasztott: 60 gm. extr. fl. hydr. canad.-t. 15-szöri massage után kiújulás nem lépett fel.
2. N. M.	Neurasth. sex. prost. chron.	jun. 24.	szept. 10.	Fogyasztott: 100 gm. hydr.-t. 13 massage; 8 electro-m., 5 psychrophor. Állapota javult.
3. K. I.	Blenorrh. chr. prostatorrh.	jun. 28.	szept. 2.	Fogyasztott: 25 gm. extr. fl. hydr.-t; a prostatorrhoea teljesen megszünt.
4. H. Gy.	Neurasth. sex. prost. chron.	jul. 5.	szept. 2.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t; 12 villanymass. Állapot javult.
5. Sch. A. ...	Prost. acuta, urethrocyst.	jul. 15.	nov. 10.	Aug. 20-dikától kezdve fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t; prostataváladék erre nem mutatkozott többé.
6. D. J.	Prostatitis ac.	jul. 15.	nov. 14.	Szept. 2-dikától fogyasztott 30 gm. extr. fl. hydr.-t; gyógyult.
7. R. Ö.	Blenorrh. chr. prost. chr.	jul. 19.	szept. 26.	Prostata massage; sonda; 50 gm. extr. fl. hydr.-t; váladék nincsen.
8. B. I.	Prost. chr.	jul. 29.	okt. 23.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t; 15 massage; váladék semmi.
9. W. Á.	Prostatitis subac.	aug. 9.	okt. 26.	Szept. 2-dikától október 20-dikáig fogyasztott 40 gm. extr. fl. hydr.-t; prostatából váladék nem jön.
10. H. L.	Prostatorrh.	aug. 19.	nov. 10.	Fogyasztott 75 gm. extr. fl. hydr.-t; a prostatorrhoea megszünt.
11. K. I.	Prostat. chr. neurasth. sex.	szept. 12.	1899. jan. 5.	Fogyasztott 80 gm. extr. fl. hydr.-t; 15 sonda; 10 massage; 8 psychrophor. Állapot javult.
12. A. J.	Prostatitis chr.	szept. 25.	1898. decz. 12.	Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t; massage; meggyógyult.
13. H. Gy. ...	Spermatorrh. Spermatocystitis.	okt. 18.	decz. 28.	Fogyasztott 90 gm. extr. fl. hydr.-t; electro-massage; javult.
14. V. K.	Prost. chr. pollutiones.	nov. 12.	decz. 24.	Fogyasztott 30 gm. extr. fl. hydr.-t. Pollutiok megszüntek.
15. Sch. E.	Prostatitis chr.	nov. 18.	1899. jan. 15.	Fogyasztott 75 gm. extr. fl. hydr.-t; 12 massage; 10 sonda és cupr.; gyógyult.
16. A. M.	Prostatorrh.	nov. 27.	1898. decz. 27.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t. A prostatorrhoea megszünt.
17. Cs. K.	Prostatorrh.	decz. 4.	1899. febr. 10.	Az első 25 gm. extr. fl. hydr.-t bevétele után megszünt; ismét mutatkozott, mire újra 25 gm.-ot fogyasztott. Többé nem jelentkezett.
18. P. S.	Prostatitis chr.	decz. 6.	jan. 20.	Fogyasztott 30 gm. extr. fl. hydr.-t; 10 massage. Gyógyult.
19. L. F.	Spermatorrh.	decz. 9.	febr. 20.	Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t; 10 electro-mass.; 10 sonda. Gyógyult.
20. B. Gy.	Prostatorrh.	decz. 16.	febr. 24.	Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t. Gyógyult.
21. V. K.	Prostatorrh.	1899. jan. 3.	márc. 5.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t; 5 massage; 8 sonda. Gyógyult.
22. T. S.	Prostatitis chr.	jan. 6.	márc. 20.	Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t; 15 massage. Javult.
23. N. M. ...	Prostatitis chr.	jan. 6.	ápr. 10.	Fogyasztott 75 gm. extr. fl. hydr.-t; 20 massage; 10 sonda. Javult.

*

24. H. Gy. ...	Prostatorrh.	1899. jan. 8.	1899. márc. 25.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t. Gyógyult
25. L. Ö.	Prostatitis chr.	jan. 10.	ápr. 10.	Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t; 15 elektro-mass. Javult.
26. Sch. S. ...	Prostatorrh.	jan. 22.	márc. 30.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t. Gyógyult.
27. B. H.	Prostatorrh.	jan. 28.	márc. 10.	Fogyasztott 25 gm. extr. fl. hydr.-t. Gyógyult.
28. L. Gy.	Prostatorrh.	febr. 13.	ápr. 3.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t. Gyógyult.
29. K. J.	Prostatitis chr.	febr. 17.	ápr. 30.	Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t. 15 massage. Gyógyult.
30. V. M.	Prostatitis chr.	febr. 22.	ápr. 30.	Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t; 10 massage; 5 sonda. Gyógyult.
31. M. S.	Prostatorrh.	márc. 10.	máj. 8.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t. Gyógyult.
32. S. M.	Prostatitis chr.	márc. 18.	máj. 25.	Fogyasztott 30 gm. extr. fl. hydr.-t; 10 massage; 10 sonda. Gyógyult.
33. Zs. S.	Prostatorrh.	márc. 24.	máj. 20.	Fogyasztott 30 gm. extr. fl. hydr.-t. Gyógyult.
34. V. L.	Prostatitis chr.	ápr. 4.	jun. 25.	Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t; 15 massage; 6 sonda. Gyógyult.
35. B. K.	Spermatorrh.	ápr. 11.	jun. 10.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t; 8 elektro-mass. Gyógyult.
36. P. S.	Prostatorrh.	ápr. 14.	jun. 10.	Fogyasztott 30 gm. extr. fl. hydr.-t. Gyógyult.
37. K. J.	Prostatitis chr.	ápr. 28.	jul. 18.	Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t; 12 massage; 10 sonda. Javult.
38. P. P.	Prostatitis chr.	ápr. 30.	jun. 25.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t: 2 Ultzmann; 8 massage; 6 sonda. Gyógy.
39. H. F.	Prostatitis chr.	máj. 7.	jun. 30.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t; 10 elektro-mass.; 6 sonda. Gyógyult.
40. B. F.	Prostatitis chr., strict. urethr.	máj. 20.	aug. 5.	Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t; 18 sonda; 12 massage. Javult.
41. T. L.	Prostatorrh.	jun. 9.	jul. 30.	Fogyasztott 30 gm. extr. fl. hydr.-t. Gyógyult.
42. S. K.	Prostatorrh.	jun. 13.	jul. 30.	Fogyasztott 30 gm. extr. fl. hydr.-t. Gyógyult.
43. L. B.	Prostatitis chr., strict. urethr.	jun. 19.	szept. 15.	Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t; 15 sonda; 12 mass.; 12 Ultzmann. Jav.
44. P. J.	Prostatitis chr.	jul. 3.	aug. 30.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t; 14 massage és Ultzmann. Javult.
45. W. K.	Spermatorrh.	jul. 3.	aug. 20.	Fogyasztott 30 gm. extr. fl. hydr.-t. Gyógyult.
46. H. H.	Prostatitis chr.	jul. 5.	szept. 15.	Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t; 15 massage; 8 sonda és Ultzmann. Gyógy.
47. R. L.	Prostatitis chr.	jul. 19.	szept. 18.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t; 14 massage; 8 sonda és Ultzmann. Gyógy.
48. V. J.	Prostatitis chr.	aug. 15.	okt. 4.	Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t; 12 massage; 6 sonda és Ultzmann. Gyógy.
49. D. S.	Prostatitis chr.	aug. 25.	okt. 12.	Fogyasztott 75 gm. extr. fl. hydr.-t; 16 massage; 8 sonda és befecsk. Javult.
50. A. M.	Prostatitis chr.	szept. 17.	nov. 7.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t; 10 massage; 8 sonda; 4 befecsk. Gyógy.
51. K. E.	Prostatitis chr.	okt. 4.	decz. 10.	Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t; 8 massage; 6 sonda és befecsk. Gyógy.
52. P. P.	Prostatorrh.	1899. okt. 22.	1899. nov. 21.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t; 4 massage; 6 sonda; 3 befecsk. Gyógy.
53. H. M.	Prostatitis chr.	okt. 3.	decz. 10.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t; 8 massage; 8 befecsk.; 2 sonda. Gyógy.
54. Sz. J.	Prostatitis chr.	nov. 7.	decz. 19.	Fogyasztott 30 gm. extr. fl. hydr.-t; 5 massage; 4 sonda és befecsk. Gyógy.
55. A. Gy.	Prostatitis chr., strict. urethr.	nov. 10.	decz. 23.	Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t; 6 massage; 12 sonda; 5 befecsk. Javult.
56. F. F.	Prostatitis chr.	nov. 12.	1900. jan. 8.	Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t; 10 massage; 10 befecsk.; 4 sonda. Gyógy.
57. P. M.	Spermatorrh.	decz. 15.	jan. 10.	Fogyasztott 30 gm. extr. fl. hydr.-t; 5 sonda. Gyógy.
58. N. J.	Prostatitis chr.			Fogyasztott 75 gm. extr. fl. hydr.-t; 5 massage; 8 Ultzmann. Javult.
59. Sch. K. ...	Prostatitis chr.			Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t; 8 massage; 6 sonda. Javult.
60. I. J.	Spermatorrh.			Fogyasztott 30 gm. extr. fl. hydr.-t; 12 massage. Jav.
61. F. Á.	Prostatitis chr.			Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t; 12 massage.
62. B. K.	Prostatitis chr.			Fogyasztott 25 gm. extr. fl. hydr.-t; 8 massage.
63. G. L.	Spermatorrh.			Fogyasztott 25 gm. extr. fl. hydr.-t.
64. B. A.	Prostatitis chr.			Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t; 10 massage; 6 Ultzmann.
65. J. L.	Prostatitis chr. (súlyos neurasth.)			Fogyasztott 100 gm. extr. fl. hydr.-t; 20 mass. Nem gyógyult. (Belgyógyászati klinikára utasítottuk.)
66. K. L.	Prostatitis chr.			Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t; 6 massage; 4 Ultzmann. Javult.
67. K. Gy.	Prostatorrh.			Fogyasztott 30 gm. extr. fl. hydr.-t.
68. Sz. J.	Spermatorrh.			Fogyasztott 30 gm. extr. fl. hydr.-t.
69. Sch. K.	Prostatitis chr.			Fogyasztott 60 gm. extr. fl. hydr.-t; 9 massage; 7 befecskendezés.
70. B. I.	Prostatitis chr.			Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t; 6 massage; 4 befecskendezés.
71. F. S.	Prostatorrh.			Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t.
72. R. J.	Prostatitis chr.			Fogyasztott 50 gm. extr. fl. hydr.-t; 12 massage; 5 befecskendezés.
73. B. K.	Prostatitis chr.			
74. K. I.	Prostatitis chr.			
75. B. J.	Prostatitis chr.			
76. M. M.	Prostatitis chr.			
77. R. I.	Spermatorrh.			
78. H. M.	Spermatorrh.			
79. G. K.	Prostatorrh.			
80. W. Á.	Prostatorrh.			
81. Sch. A.	Prostatorrh.			
82. V. I.	Prostatitis chr.			
83. M. K.	Prostatitis chr.			
84. Sch. M.	Prostatitis chr.			
85. M. V.	Prostatorrh.			
86. G. E.	Spermatorrh.			
87. H. L.	Spermatorrh.			
88. K. I.	Prostatorrh.			

Localis kezelésen kívül belsőleg extr. hydrastis canadensist használtak.

89. Cs. L.	Prostatitis chr.			Localis kezelésen kívül belsőleg extr. hydrastis canadensist használtak.
90. Sz. J.	Spermatorrh.			
91. Sz. F.	Prostatitis chr.			
92. L. K.	Prostatorrh.			
93. N. M.	Prostatorrh.			
94. H. J.	Prostatitis chr.			
95. Sch. M. ...	Spermatorrh.			
96. Cs. B. ...	Prostatorrh.			
97. Sch. Gy. ...	Prostatitis chr.			
98. B. I.	Prostatorrh.			
99. F. S.	Spermatorrh.			
100. K. J.	Prostatitis chr.			

Összegezve eseteinket:

Prostatitis chron. 53 esetében adtuk e szert, ezek közül prostatitis és súlyosabb neurasthenia volt 5 eset, a többinél is kisebb-nagyobb fokú neurasthenia volt jelen.

Prostatorrhoea esetünk 27 volt.

Spermatorrhoea (cum prostatorrhoea) 20 esetében használtuk e szert.

A localis kezelések közül főképen a Feleki-féle prostata massaget alkalmaztuk, sokszor combináltuk e massaget a végbélen át való faradizálással. A prostatorrhoeás esetekben pedig a prostata-massage alkalmazás után újból vizeltettük a beteget és 1—10%-os cupr. sulfur.-mal Ultzmann-féle becseppentéseket adtunk. Mindezen eseteinkben *belsőleg* tisztán csak az extr. hydrast. canad. fluid.-ot használtuk, melyből a beteg naponta 2—3-szor 12—15 cseppet szedett. Az *eredmény* még oly esetekben *is kitünő volt*, a midőn egyéb diaetetikus eljáráson kívül *más kezelést nem alkalmaztunk*, s csupán e szert belsőleg adagoltuk.

Mindezeknél fogva a kartársaknak az extr. hydr. canad. fluid.-ot spermatorrhoea, prostatorrhoea és prostatitis chron. eseteiben a legmelegebben ajánlom, magától értetődik, hogy szükség esetén localis beavatkozásokkal combinálva.

Törvényszéki orvosi casuistica.

Közli: *Fialowski Béla* dr., kir. törvényszéki orvos és Torontál vármegye tb. főorvosa Nagybecskereken.

(Folytatás.)

Magzatelhajtás büntette. Rohamos szülés. Az eljárás megszüntetése.

A k . . i csendőrség 189 . . évi október hó 1-jén azt jelentette a m . . i járárbiróságnak, hogy G. M. kereskedő k . . i házának árnyékszéke emésztő gödrében előző nap reggel egy leány csecsemő hulláját találták. A nyomozás révén kitünt, hogy a házbeli cseléd K. A. terhes volt s hogy a bába vizsgálata szerint néhány nap előtt szült.

A bünvizsgálat során legelőször a talált csecsemő hullája boncoltatott fel; a vezetésem alatt eszközölt boncolásnak jegyzőkönyve a következőképen hangzik.

Külvizsgálat. 1. A nagyfokú rothadásnak indult és lemosott, megtisztított leánycsecsemő hullája 51 cm. hosszú, bőre mindenütt zöldesen elszínesedett, a felhám mindenütt nagy czafatokban levonható, az irha vérrel beivódott. Az egész hulla nagyfokban puffadt, ellágyult.

2. A koponya körülete 37 cm., a jobb falcsont táján duzzadt. A fejbőr hajzata 1½ cm. hosszú, barna, elég sürü.

3. A kidülledt szemtekéken a szivárványhártya jól kifejlett, a pupillák kerekek.

4. A fülek és az orr vékonyak, hajlékonyak, porczosak.

5. Az arcz pöffedt, a nyitott szájból a vastag nyelv nyomul elő.

6. A nyak rövid, vastag. A mellkas dombordad. A has erősen puffadt.

7. A köldökzsinór tapadási helye a középvonalban közel a szegycsont kardnyujtványához. A köldökzsinór hossza 33 cm., kisujjvastagságú, barnás-szürkés, kocsonyás, a vége egyenetlen czafatos, lekötve nincsen és lekötési nyomot sem mutat.

8. Mindkét lágyékhajlásban sajtmázlepedék.

9. A végtagok hajlékonyak, az ujjak körmei az ujjak végét túlhaladják.

10. Az egész hullán külsérelmi nyom nincsen.

Belvizsgálat. 11. A fejbőr a koponya baloldalán a falcsont felett kis gyermektenyérnyi vérömlenyt mutat (szülési fejdaganat).

12. A koponyaboltozat kártyapapirvékonyságú csontjai a varratoknál szétváltak, minélfogva az agy kidomborodik. A koponyacsontok sem a domborulaton, sem az agyalapon törést vagy repedést nem mutatnak. A kemény agykér petyhüdt.

13. A lágy agyburkok szakadékonyak. Az agy, kis agy és nyúltagy teljesen ellágyult, szürkés-barna, szétfolyó tömeget képez.

14. A pajzsmirigy kicsiny, tömött, barna-vörös.

15. A kedeszmirigy nagy, halvány rózsaszínü, a mellüreget elől kitölti.

16. A gége és légcső nyákhártyája vérrel beivódott, egyes apró mákszemnyi sárgás-barna lágy szemcsékkel fedett.

17. Mindkét tüdő szabad, kicsiny, a mell hátsó részében fekszik, egynemü, hússzerü, egyenletesen vérrel beivódott, halvány barna-vörös. A mellhártya alatt számos mákszemnyi egész lencsényi eltolható léghólyagcsa. A tüdők egész tömegökben kivéve, vízben úsznak annyira, hogy a szívet is fentartják. A tüdők mellső lebenyei apró részletekre metélve is vízben úsznak, míg a hátsó lebenyek apró részletei alámerülnek.

18. A szívburokban kevés vörhenyes savó. A szív kicsiny, tömött. A jobb szív tágabb, falzata vastagabb, mint a balé. A szív üreiben kevés lazán alvadt vér. A foramen ovale nyitott rést képez. A ductus Botalli nyitott.

19. A máj nagy, feketés-barna, igen vérdús, petyhüdt. Az epehólyagban kevés sárgás híg epe.

20. A lép kicsiny, feketésbarna, ellágyult.

21. A gyomor puffadt, nyákhártyája vérrel beivódott, ürében mintegy fél kávéskanálnyi világos sárgás-barna híg pépes emberi bélsár és légbuborékok.

22. A vékonybelek üresek, a vastagbelekben zöldes-fekete magzat-szurok.

23. A vesék sötét barna-vörösek, petyhüdtek, vérrel beivódottak, lebenyzettek.

24. A belső nemi szervek fejletlenek.

Kórisme. Érettség, élveszülöttség, fuladás, külsérelmi nyomok hiánya.

Vélemény. A megvizsgált csecsemő az összes szerveinek jól alkotottsága szerint minden esetre életképes volt s az általános fejlettsége, test hossza, a hajzat, körmök állapota, a szemek alkata, valamint a fülek és orr kezdődő porczosodása szerint érett volt vagy legalább is attól csak igen rövid idő, legfeljebb 1—2 hét választotta el.

Hogy a csecsemő lélegzett volna, arra a tüdők nem mutatnak támpontot, miután a tüdőknek a vizben való úszása nem a tüdőkben foglalt levegő által van előidézve, hanem a tüdők zsigeri mellhártyája alatt levő rothadási gázok által feltételezett.

Mindazonáltal annak jeléül, hogy a magzat élve született, sőt nyelt, mutatja az, hogy a gyomorban emberi bélsár találtatott.

A csecsemő halála ezek szerint fuladás útján és pedig emberi híg bélsárba való fuladás útján állott be.

A csecsemő még gondozásban nem részesült, mert sajtmázzal volt borítva és táplálékot még nem kapott, tehát újszülött volt.

A szülés, tekintve, hogy a szülési fejdaganat kicsiny volt, a 33 cm. hosszú köldökzsinór vége el volt szakítva és nem volt lekötve, rohamos lehetett.

Rohamos szülés alatt azon szüléseket értjük, melyek oly rendkivüli gyorsasággal folynak le, hogy a magzat úgyszólván váratlanul, rögtön, alig néhány jelző fájdalom kiséretében születik.

Arra a hullabonczolás támpontot nem nyujtott, hogy a szülés külerőmüvi behatás útján állott volna be.

A vizsgálat során kihallgatott K. A. előadja, hogy a tél óta terhes volt, állapotát titkolta szégyenérzetből, nehezen dolgozott, s e közben hasa megfájdult s ő enyhítésül egy kevés pálinkát ivott meg, mire kiment az árnyékszékre, s ott elaludt s e közben „valami kipottyant belőle“, a mire felébredt s észrevette, hogy gyermekét megszülte. Bevánszorgott az istállóba s ott két napig vérzett, de a történtekről senkinek sem szólt semmit. Két nap után teendőit rendesen végezte. Tagadja, hogy a szülés előmozdítása czéljából valamit elkövetett volna.

K. A. gazdája G., ennek neje G.-né, valamint sógornője özv. F.-né vallomásukban beigazolták, hogy K. A. nálunk egy évnél tovább szolgált, ezen idő alatt jó magaviseletet tanusított és szorgalmas volt. Terhességét észre nem vették, utóbbi időben nehezen dolgozott, buzával telt zsákokat hordott a padlásra. 189. . évi október 24-dikén rosszullétről panaszkodott, pálinkát kért s abból egy keveset meg is ivott. Két napon át betegen feküdt, de október hó 26-dikán újból dolgozott már. Baját nem tudták.

A községi szülésznő előadta, hogy a vizsgálatnál előrement szülést constatált s hogy neki K. A. bevallotta, hogy az árnyékszékben talált csecsemő az övé.

Az m.-i kir. járásbiróság felhivására K. A.-nak megvizsgálásáról a következő előzményt terjesztettem be.

Előzmény. K. A. 21 éves, előadja, hogy egy ideig vadházasságban élt s ezen idő alatt leánygyermeke született, ki jelenleg 1¾ éves. Később elvált a vele élő férfitól s cselédeskedett, s ezen idő alatt csak egyetlen egyszer érintkezett volna azon férfival, folyó év január elején s más férfival soha dolga nem lett volna. Ezen nemi érintkezése óta havi baja elmaradt s hasa növekedni kezdett, miből azt következtette, hogy teherben van, a miről a később érzett magzatmozgások révén megbizonyosodott.

Első terhessége és szülése rendes lefolyású volt s ezen első szülése alkalmával a vajudás négy óra hosszat tartott.

A második terhessége alatt sem érzett valami rendellenességet s cselédi teendőit a legutolsó perczig annyira szorgalmasan végezte, hogy daczára annak, hogy a rendes szülést október hó 8-dikára várta, mégis szeptember hó 23-dikán és 24-dikén dolgozott, ládákat emelt, kukoriczát hordott a padlásra.

Ezen nehéz munkája közepette hasában fájdalmakat érzett, nevezetesen „ölében" nyomás és húzási érzése volt, mely fájdalmaknak semmi jelentőséget nem tulajdonított, s midőn ezen fájdalmai szeptember 25-dikén fokozódtak, úgy rosszulléte ellen pálinkát ivott, mely „a fejébe szállt" s elszédült s ekkor azon hiszemben, hogy ezen hasbeli fájdalmak, melyek nem voltak olyan jellegűek, mint az első szülésekor a szülőfájdalmak, mert nem a deréktájról indultak ki, székelési ingert képeznek, az árnyékszékre ment, s ott leült s elszunnyadt, miközben könnyebbséget érzett, de ugyanekkor magzatát nemi szerveiből kicsúszni érezte. Ő a nemi szerveiből kicsúszó magzatot igyekezett elkapni, de ez nem sikerült neki, mert a magzat köldökzsinórja leszakadt és a magzat az árnyékszékbe esett.

K. A. ezután az istállóban lefeküdt és ott néhány óra mulva a lepényt is megszülte. Két napig feküdt K. A., mely idő alatt nem sok vért veszitett s a két napi fekvés után rendes munkáját végezte.

Vizsgálat. A megvizsgált 21 éves, kisebb termetű, mérsékelten táplált, bőre és a látható nyákhártyák kissé sápadtak, kissé vérszegények. Izomzata tömött, csontrendszere ép. Légzés, érverés és hőmérsék szabályos.

Az emlők férfiökölnyiek, tömöttek, mirigyes tapintatúak, nyomásra tejet ürítők. A bimbóudvar nagy, barnásan festenyzett, a bimbók kissé kiemelkedők.

A has tágult, petyhüdt, rajta a régi és friss tehességi hegek.

A szeméremdomb sűrű szőke szőrrel fedett. A nagy szeméremajkak vastagok, duzzadtak, a kis szeméremajkak a nagyok közül kinyomulnak barnás-vörös duzzadt léczek alakjában. A szeméremrés nyitott, tág, a hátsó szemérem eresztéken berepedés nincs. A hüvelybemenet, úgyszintén a hüvely tág, a kéz négy ujja számára könnyen átjárható, a hüvelyből nyákos, genyes, sárgás-fehér kifolyás. A méhszáj harántrésalakú, a külső méhszáj nyitott, a mutatóujjat könnyen befogadja, a belső méhszáj zárt. A méhajkon több berepedés, a méh nagy, a fandomb felett ökölnyi, tömött, érzékény képletként kitapintható.

A medencze rendes alkotású, tág, csipői szélesek, jól alkotottak, a medencze bejáratának belső méretei is nagyok.

A megvizsgálton semminemű külerőszaki nyom nem látható. Étvágya jó, széke rendes, jól alszik.

Kórisme. Rendes lefolyású gyermekágy.

Vélemény. A megvizsgálton talált lelet beigazolja, hogy a megvizsgált nő rövid idő, néhány nap előtt szült. Nevezetesen a méh visszafejlődése, a méh kifolyásának jellege szerint ezen szülés a vizsgálatot megelőzőleg egy héttel folyhatott le s ezek szerint a bonczolás tárgyát képezett újszülött tőle eredhetett.

A gyermekágy teljesen rendes lefolyású s a nő, utólagos fertőzés be nem állta esetén, rendes időre munkaképes lesz. Sem a nőnek vizsgálata, sem az újszülött bonczolata arra támpontot nem nyújt, hogy a szülés nem természetes úton állott volna be, sőt ellenkezőleg, sem a magzaton, sem a nőn külsérelmi nyom nem volt, főleg pedig a nő a szülés után levő állapotától eltekintve, teljesen egészséges, a mi arra mutat, hogy a *szülés természetes úton állott be.* Ismeretes, hogy a magzat elhajtó szerek ezen hatásuk kifejtése közben egyúttal a szervezetre is károsan, sőt mérgezőleg hatnak, s ennek nyomai soká észlelhetők, ép úgy mint azon durva mechanikus beavatkozások, melyek a koraszülést vagy magzat elhajtást előidézik, de adott esetben sem az egyikre, sem a másikra mutató jel nem találtatott.

A megvizsgáltnak azon állítását, hogy a szülés hirtelen, rohamos lefolyású, s feltünő előjelek nélküli volt, valószinűvé teszi nemcsak a magzat bonczolatának lelete, hanem azon körülmény is, hogy a nőnek igen jól fejlett széles medenczéjén keresztül a magzat könnyeben születhetett meg. Szóval, hogy orvosilag nemcsak hogy nem zárható ki, hanem valószinű, hogy adott esetben a szülés rohamos volt.

Ezek után a büniratokat a m . .-i kir. járásbiróság indítványtétel végett a n. . b. .-i kir. ügyészséghez terjesztette be. A kir. ügyész indítványára a n. . b. .-i kir. törvényszék 189. . évi deczember hó 1-én 4796. szám alatt kelt határozatával K. A. ellen a btkv. 285. §-ába ütköző magzatelhajtás büntette miatt megindított bünvizsgálatot megszüntette, mert „a vizsgálat folyamán adat arra nézve nem merült fel, hogy K. A. magzatát erőszakos módon hajtotta volna el, vagy hogy szándéka lett volna gyermekét megölni, sőt a kir. törvényszéki orvos által úgy a terhelten, mint a magzaton megejtett vizsgálatból az állapítható meg, hogy a szülés feltünő jelek nélkül rohamos lefolyású volt.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A heveny fertőző és ragadós betegségek ellen való védekezésről.[1]

Az az állandó veszedelem, mely hazánkat és fővárosunkat a bennök minduntalan végigdúló járványokban fenyegeti, adja tulajdonképen magyarázatát annak, hogy különösen fővárosunk egészségügyi hatósága ezen járványok megakadályozása szempontjából, óriási költséggel bár, fertőtlenitő intézetében egyfelől, járványkórházaiban másfelől, hogy úgy mondjam, permanentiában van.

És az orvostudomány mai álláspontja szerint mindaddig, mig a heveny fertőző és ragadós betegségeknek ismert bántalmakkal szemben nem sikerül a kutatásoknak egy-egy biztosan ható különleges ellenszerrel rendelkezni, addig a gyógytudománynak valóban ép oly fontos kérdése kell, hogy maradjon a prophylaxis vagyis a megóvás. Az egészségügyi szempontból végrehajtott védekezés tehát ép oly fontos, mint akár csak a már tényleg bekövetkezett megbetegedés kezelése.

A felvett kérdésnek ezen épen emlitett fontosságánál fogva pedig nekem úgy tetszik, hogy azon lázas munkálkodással szemben, a melyet a búvárok a biztosan ható ellenszerek felfedezését illetőleg folytatnak, sehogysem áll arányban az általános orvosi világ részéről, de talán nem is eléggé méltányolt, sőt ennél is több, ma már csaknem az administráló közegek kezeibe utalt az óvórendelkezés, vagyis a védekezés kérdése.

Vagy, ha tekintjük csak hazánkban pl. az utolsó 10 évet, nem azt látjuk-e, hogy míg az utolsó cholerajárványban még egyes szaktudósaink is ajánlgatnak a nagyközönségnek a védekezés szempontjából egyes egészségügyi rendszabályokat; addig ma, mint mentesitő eljárás a betegek elkülönítése és a hivatalosan végzett fertőtlenités az, a mi csaknem kizárólagosan állandósult.

És itt azt hiszem, aligha tévedek, ha azt veszem fel, hogy épen az 1892/93. években a cholerajárványok idején tett azon észlelet, hogy ezen idő alatt a többi heveny fertőző megbetegedés nagy mértékben megkevesbbedett, adhatta meg főkép az ekkor életbe léptetett hivatalos fertőtlenitésnek maradandóságát.

Távol áll itt tőlem még a szándéka is annak, hogy az ügyet és czélt tekintve, ne méltányolnám talán kellőleg azt az éber figyelmet és fáradságot, melyet e téren kifejtve látunk; de tekintve mégis azt az eredményt, hogy ezen nagy küzdelem mellett a lefolyt nyolcz év alatt a heveny fertőző kórok kisebb-nagyobb hullámzással, de mégis folytonosan fennállanak, sőt, hogy csak a közelmultra hivatkozzam, épenséggel epidemiás jelleggel és pedig elég kiterjedt alakban lépett fel a kanyaró, a scarlát, sőt még a typhus is elég tekintélyes számmal szerepelt, ezeket megelőzőleg, nem lesz talán indokolatlan, sem időszerűtlen, sőt talán érdektelen sem, ha idevágó tapasztalataim kapcsán az utolsó cholerajárvány alkalmából ajánlatba hozott egészségügyi rendszabályoknak a

[1] Előadatott az országos közegészségi egyesület október 17-dikén tartott ülésében.

többi heveny fertőzési megbetegedésekkel szemben való értékesithetőségéről fogok az alábbiakban szólani.

Teszem pedig azt annál is inkább, mintegy kötelességszerűleg, mert az 1892-diki cholerajárvány alatt észlelt azon körülmény, hogy az egyéb fertőző kórok szüneteltek, vagy jobban mondva, nagy mértékben megkevesbbedtek, csak úgy lesz értelmezhető kellőleg, ha az azóta használatos és eredményeiben már ismert hivatalosan végzett fertőtlenitő eljárások mellett szó esik a többi óvórendszabályok esetleges értékesithetőségéről is.

És ezen, akkoriban ajánlatba hozott egyes óvórendszabályok tanulmányozására, azt hiszem, keresve sem találhattam volna megbizhatóbb teret azon tan- és nevelő-intézetnél, hol a bennlakó, különböző korú különböző vidékről való s az egyes fertőző betegségeken még többnyire át nem ment, évenként 30—73 növendék egészségügyének gondozása reám van bízva, s a hol az 1892-diki cholerajárványt megelőző években ép úgy fordult elő és pedig bizony meglehetős számú kanyaró-, scarlát- és typhusmegbetegedés, mint akármelyik fővárosi internatusban, miért is tényleg nem lehetett más tanácsom és kérésem az intézet igazgatójához, mint az, hogy tekintve azon igazán kedvező egészségi állapotot, melyet azon járvány ideje alatt az emlitett betegségekkel szemben mi is észleltünk, állandósitanánk intézetünkben esetleg még egy időre, ha csak talán kisérletképen is, a járvány alatt eszközölt óvórendszabályokat.

Ez tehát rövid magyarázata annak, hogy a Röser-féle internatusban a tapasztaltak folytán még ma is azon óvóintézkedések vannak érvényben, mint a melyek 1892-ben a cholerajárvány alatt bevezettettek. Nevezetesen: minden növendékünk minden étkezés előtt a nevelők felügyelete mellett kezeit szappannal megmossa, továbbá a vízvezetéki csapok lezárva tartatnak s minden növendék italul kizárólag csak forralt vizet kaphat; az ivóvizet ugyan egy másik évben artézi vizzel is helyettesítettük. Elhagytuk ellenben a gyomornedv savanyúbbá tétele szempontjából ajánlott sósavat, főleg a fogakra való tekintettel és a meleg teák élvezetét, mint különben is oly eljárásokat, melyek inkább a cholerafertőzés ellen birhattak értékkel.

Eredménye pedig ezen óvórendszabályunknak az, hogy 1892 óta intézetünk egészségügye a járványos betegségekkel szemben úgy változott, hogy leszámitva azt a typhus-esetet, a mely 1897. márczius 1.-én — tehát öt év után az első megbetegedés — egy oly növendéknél fordult elő, a ki idegbaja miatt három hónapig atyjánál, egy újpesti orvosnál lakott s a ki az intézetbe történt visszatérése után 5 napra betegedett meg, a ki tehát minden körülmények szerint a fertőzést már kivülről hozta be, marad mint összmegbetegedés az utolsó nyolcz év alatt, a mely az intézetben előfordult, egy scarlát-eset. E két eset nem bizonyít felfogásunk ellen, hiszen az első bejövetelének ötödik napján kezdte meg a hagymázos lázát, pedig a hagymáz lappangási ideje 14 nap lévén, a fertőzésnek okvetlenül már a bejövetel előtt kellett megtörténnie; a másik esethez pedig, mint igen fontos körülményt, azt a kommentárt kell fűznöm, hogy ez volt azon egyetlen növendékünk, a ki a kézmosások kényszere alól, mint a hogy az intézetben általánosan tudva volt, csak akkor nem vonta ki magát, a mikor azt már semmikép sem tehette.

Oly figyelmet keltő intézetünknek ez az egészségi állapota a heveny fertőző és ragadós betegségekkel szemben, hogy szinte lehetetlen azt egyszerűen csak a véletlennek tulajdonitani, de lehetetlen ez már csak azért is, mert eljárásunkkal úgyszólván állandósitottuk intézetünkben nyolcz éven át a heveny fertőző és ragadós betegségekkel szemben azt a mentességet, melyet az utolsó choleraidő alatt általánosan is észleltünk. Figyelmen kivül még azért sem hagyható végül ez az egészségügyi körülmény, hogy mi védekezésünket a cholerajárvány idején szintén tett észleletünk kapcsán annak kiderítéseért tettük folytatólagosan, hogy nem itt keresendő-e annak a két évnek a többi heveny fertőző és ragadós betegségekkel szemben — a melyekkel pedig addig évről-évre valóságos titáni harczot vívtunk — igazán kedvező egészségi eredménye? Az a tapasztalat azután, a mit később ez irányban egyik évről a másikra tettünk, s a miről már fentebb beszámoltam, állandósította tulajdonképen intézetünkben már ismertetett védekezésünket.

Avagy látva intézetünk egészségi átalakulását, csak itt nem volna jogosultsága azon természettudományi tapasztalatnak, hogy semmi sincs ok nélkül a természetben? Sőt ellenkezőleg, itt éppen az a körülmény, hogy daczára annak, hogy egyik esetünkben a fertőzés az intézetbe tényleg behurczoltatott, a másik esetünkben pedig az óvó rendszabályok alól történt szándékos kibúvás folytán egy scarlátmegbetegedés fordult elő, és hogy mindennek a többi bennlakóra következménye nem lett, hogy tehát házijárvány még sem fejlődhetett ki, adja jogosultságát annak, hogy védekezésünket mint okot, annak éppen ismertetett eredményét pedig mint okozatot vegyem fel.

És ha valaki ennek daczára mégis elfogultsággal illetne az iránt, hogy ilyen csekélységnek látszó, de következetesen keresztül vitt eljárásoknak ily meglepő eredménye lehet: attól én jogosan csak azt kérdezhetném, hogy miként lehet hát az, hogy az orvosok nem terjesztői a heveny fertőző és ragadós megbetegedéseknek, hogy nyomukban nem kél járvány? vajjon mivel óvják meg többi betegeiket, önmagukat és családjukat a fertőzéstől? semmi mással — legalább a mennyire e tekintetben szerény ismeretem terjed — mint azon következetes és mondhatnám szabályszerű eljárással, hogy ilyen betegek látogatása után kezeinket gondosan lemossuk. És képzelhető volna ezek után az, hogy a mely eljárással maga az orvos megóvhatja embertársait, önmagát és hozzátartozóit a ragálytól, ne védhetné meg a társadalom is önmagát a fertőzés veszélyétől? Eszleletem bizonyitja, hogy igen, csakhogy ezt az eljárást a társadalom is olyan lelkiismeretesen és következetesen hajtsa végre, mint a minő lelkiismeretes következetességgel azt munkája közben az orvos teszi.

Vagy végül, ki tudná a csecsemők ismert immunitását máskép magyarázni, mint úgy, hogy egyedüli tápszerük, a mi italuk is egyúttal, az anyatej a legidealisabban csiramentes lévén, a melybe a táplálás közben sem juthat kivülről valamely fertőző betegséget okozó gomba, kell hogy a bántalmakkal szemben mentességet biztositson.

De mindezen érveléseimnél nyomatékosabb lesz adott észleletem értékesítése szempontjából annak kimutatása, hogy intézetemmel szemben minő volt a hevenyés fertőző és ragályos betegségeket illetőleg az állapot a székes főváros területén levő többi 27 internatusban, és pedig annál is érdekesebb lesz az összehasonlítás, mert az intézetek — kivéve a két tanitóképzőt és a Jó pásztorról nevezettet, hol a benlakók már felnőttek, mind megegyeznek abban, hogy növendékeik körülbelül egykorúak, a Ludoviceum, a Szent szív zárda és a vakok intézete kivételével pedig abban, hogy az összes intézetekben az internáltak a bejárókkal naponként a legszorosabb érintkezésben vannak.

Adataim teljesen hitelt érdemlők, mert tanulmányom a közügyet is érintvén, készséggel rendelkezett Halmos polgármester úr és a mult évi adatok pótlása végett Rózsavölgyi alpolgármester úr az iránt, hogy az egyes kerületek tiszti orvosainak az általános kötelező bejelentések alapján a területükön levő internatusokra vonatkozó megbetegedési esetekre vonatkozó hivatalos feljegyzéseket Rázsó dr. és Weisz dr. kórházi alorvos urak kijegyezhessék.

Legyen szabad itt pár szóval a polgármester urak szives érdeklődéséért e helyen is hálámnak és köszönetemnek kifejezést adni, úgyszintén köszönetet mondani készségükért a tiszti orvos uraknak és a kijegyzések fáradságos munkájáért fentnevezett kórházi alorvosaimnak is.

Nehogy pedig ily fontos kérdésben a számok esetleges csoportosítása alapján talán szemfényvesztéssel vádoltassam, leghelyesebbnek és legszembetünőbbnek tartom itt az egyes intézetekben előfordult összmegbetegedési adatokat egyszerűen közölni, és ezt annál is inkább megengedhetőnek vélem, mert hivatalos adatokról van szó, melyeket bárki is könnyen ellenőrizhet. És nem gondolom, hogy személyi vonatkozást láthasson abban bárki is akkor, mikor tanulmányom megokolása czéljából azokat felhasználva, közlésükkel a közügynek kivánok szolgálatot tenni.

Megjegyzem még, hogy beszerzett összes adataim csak öt évről, vagyis 1895. január 1-től keltezettek, mert csakis ez időtől — a kerületi elöljáróságok újjászervezésével egyidejűleg életbeléptetett kerületi tisztiorvosi intézmény keltétől — vannak a bejelentések pontosan és áttekinthetőleg nyilván tartva, míg intézetemben, mint azt már emlitém, az észleletek 8 év óta, tehát az utolsó cholerajárvány óta folyton tartanak, úgy hogy én a többi internatusok öt évi kimutatásával mindenütt nyolcz évet állítok szembe.

A mult iskolai évet külön is kijegyeztettem, mert ez volt a közel mult egyik legtanulságosabb éve.

Az egyes internatusokban előfordult heveny fertőző és ragadós kórokban történt megbetegedések számadatai kerületek szerint felsorolva a következők:

I. ker.	1.	intézetben	15	eset,	1899/900.	iskolaévben	12 eset
	2.	„	17	„	„	„	7 „
	3.	„	2	„	„	„	— „
	4.	„	18	„	„	„	14 „
II. ker.	1.	„	1	„	„	„	— „
	2.	„	17	„	„	„	14 „
III. ker.	1.	„	5	„	„	„	3 „
	2.	„	3	„	„	„	— „
IV. ker.	1.	„	12	„	„	„	5 „
	2.	„	10	„	„	„	— „
	3.	„	9	„	„	„	9 „
VI. ker.	1.	„	28	„	„	„	15 „
	2.	„	17	„	„	„	— „
	3.	„	7	„	„	„	1 „
	4.	„	7	„	„	„	3 „
	5.	„	10	„	„	„	3 „
	6.	Röser-int.	1 (+1)		„	„	— „
VII. ker.	1.	intézetben	19	eset	„	„	2 „
	2.	„	70	„	„	„	21 „
	3.	„	24	„	„	„	6 „
	4.	„	24	„	„	„	17 „
	5.	„	13	„	„	„	2 „
	6.	„	40	„	„	„	8 „
	7.	„	24	„	„	„	7 „
VIII. ker.	1.	„	51	„	„	„	19 „
	2.	„	17	„	„	„	5 „
	3.	„	6	„	„	„	2 „
	4.	„	3	„	„	„	2 „

Ezen kimutatások alapján tehát bátran kimondhatom azt, hogy intézetünk egészségügye a heveny fertőző és ragadós betegségekkel szemben miben sem változott azon kedvező körülményeket illetőleg, melyeket ezen bántalmakra vonatkozólag az 1892. cholerajárvány alatt mi is észleltünk; tekintettel pedig a többi intézetek statistikájára, kell, hogy intézetem védekezését oki összefüggésbe hozzam az ezekkel szemben elért eredménynyel, ha pedig ezt teszem, akkor csak magától érthető, hogy ezen bántalmaknak a cholerajárvány alatt észlelt megkevesbbedését nem abban az akkori időben csaknem szálló igévé vált körülményben kell hogy keressem, abban t. i., hogy a mi kedvez a cholera terjedésének, nem kedvez a többi járványok terjedésének; hanem abban,

hogy akkor az általános rettegés mellett legalább is jobban ügyelvén az óvórendszabályokra, a cholera ellen való védekezéssel megvédte magát közönségünk, észleletem bizonysága szerint, a többi járványok ellen is.

Talán súlylyal birhatna még az egyes internatusok statistikájának elbirálásánál azon körülmény, hogy mily nagy lehet az egyes intézetek évi létszáma, e tekintetben azonban mint magánember csak saját intézetemről rendelkezhetem adatokkal s ezt már fentebb is említettem. Növendékeink száma pedig a nyolcz év alatt összesen 469 volt, akik e nyolcz év alatt 2458 bejáróval érintkeztek naponként, minden esetre elég tekintélyes szám arra nézve, hogy észleletem egyáltalán figyelemre számíthasson.

Az évi létszám szerint eszközölt összehasonlítás hiánya azonban azt hiszem aligha vonhat le valamit észleletem értékéből, mert itt elvégre is nem a percentuatioról van szó, hanem arról, hogy védekezésünkkel elérhető-e a fertőzéstől való mentesség? Észleletem szerint igen, ha t. i. azt kifogástalanul végrehajtjuk; ezt bizonyítja legalább az, hogy nyolcz év alatt csak egyetlen egy skarlátmegbetegedésünk volt és hogy ez is a behurczolt typhussal izolált maradt, nem vonván egyik bántalom sem tömegesebb megbetegedést maga után.

Látva pedig ezt az okozati összefüggést, észleletemből az hiszem mintegy önként következik:

Először is tudományos szempontból az, hogy a heveny fertőző és ragadós betegségek kórokozói sohasem szállékonyak (contagium volatile), hanem mindig helyhez kötöttek (contagium fixum), hogy tehát csakis ételnek (kanyaró, skarlát, himlő, roncsoló toroklob, croup) vagy italnak (typhus, cholera) előzetes fertőzésével a szájon át jut az be szervezetünkbe; mert ha szállékony ragály lenne, úgy sem észleletem, sem annak főleg megokolása semmikép sem volna értelmezhető.

Következik másodszor socialis szempontból az, hogy a heveny fertőző és ragadós betegségek ellen való védekezés kérdése tulajdonképen csakis egyedül és kizárólagosan a társadalmat illeti. A hatóságra nézetem szerint ez csak annyiban tartoznék, hogy alkalomadtán — vagy fővárosunkban, hol az e nemű betegségek teljes szünetelése már a dolog természeténél fogva el sem képzelhető, minél gyakrabban — figyelmeztetni kellene a nagyközönséget a védekezés fontosságára. De e figyelmeztetés soha se legyen csak úgy általánosságban tartva, hogy pl. ügyeljünk a tisztaságra, hanem mindig mondjuk ki határozottan azt, a mi lényeges, mert a legnagyobb tisztaság mellett is fertőzött lehet vizünk, vagy fertőzhetjük kezeinkkel ételünket. És e mellett készítsük elő iskoláinkban a jövőt úgy, hogy az itt újabb időben alkalmazott egészségügyi tanárok ezt a kérdést tekintsék egész működésükben a legfontosabbnak; vigyék át növendékeiknek úgyszólván a vérébe a védekezés kérdésének mikéntjét, hogy így ellentétben a rég mult idők keleti népeivel, melyeknél még az egészségügyi rendszabályok is a hit dogmáivá kellett hogy legyenek, mi oknyomozó korunkban a tudás világosságával derítsük fel közönségünknek azt, hogy e kérdésnél mint függ össze az ok az okozattal.

És ha e felvetett kérdésnek támogatására sikerült volna jelen értekezésemmel talán a mélyen tisztelt közegészségi egyesületet is megnyernem, úgy mondhatom, hogy valóban boldognak érezném magamat.

Szentgyörgyi Jordán Ferencz dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A sérvsebészet az utolsó években.

Közli: **Ostermayer Miklós** dr. Budapesten.

A mióta a sérvnek gyökeres sebészi kezelését az aseptikus eljárás veszélytelenné tette, serény munka folyik e téren. Természetesnek is kell ez okból feltűnnie ama körülménynek, hogy a munkálkodás eredményeit feltüntető irodalom oroszlán része a sérvsebészet technikai oldalával foglalkozik, miért is a haladás e téren a legnagyobb. Azonban a *sérvek klinikája* sem lett elhanyagolva, miről legjobb bizonyságot ad *Bennet* monographikus műve (Clinical lecture on abdominal hernia chiefly in relation to treatment including the radical cure. London 1898.) és *Maydl* nagyméretű classsicus munkája a sérvekről (Die Lehre von den Unterleibsbrüchen. Wien 1898.), mely a prágai cseh sebészi kóroda nagy anyagára támaszkodva, kitünő képekkel ellátva, behatóan, világosan és érdekesen tárgyalja az összes hasi sérvekről szóló tant, miért is mindenkinek, ki e tárgygyal tüzetesen foglalkozni kíván, magát tájékozni akarja, a legmelegebben ajánlható.

A sérvek gyakoriságáról két újabb, óriási anyagon végzett vizsgálat referál. *Berger* párisi sebész ugyanis az 1895. év október havában tartott franczia sebészi congressuson beszámolt tizezer észlelt sérvről (Resultats de l'examen de dix mille observations de hernies recueillies à la consultation des bandages du bureau central du fevrier 1884 au 11 août 1894.), melyek közül 7433 férfira, 2567 nőre esett. A férfiaknál a lágyéksérv 96%-ban (479 veleszületett) fordult elő és pedig 4526 esetben mindkét oldalt; gyakrabban jobboldalt (1·46 : 1). Czombsérv férfiegyéneknél az esetek csupán 6·6%-ában, ugyanoly gyakran egy és mindkét oldalt; nőknél 37·1%-ában észleltetett. A köldöksérv 5·46%-ban férfinál, 27·34%-ban nőnél; az epigastricus sérv az összes sérvesetek 1·37%-ában fordul elő. Egy görbe tetemes emelkedést mutat az első életévben, gyors sülyedést a 20—24. év közt, ezután ismét maximalis emelkedést a 70. és 74. életév közt s végleges alászállást az ezt követő korban. Ki van mutatva, hogy öröklékenység, foglalkozás, gyermekágy és egyéb momentumok kétségkivül nagy szerepet játszanak mint keletkezési tényezők.

Sawitzki statistikája a sérvek gyakoriságáról szól az oroszországi férfilakosságnál. 2.858,127 férfi katonai sorozásánál 35,372 sérv állapíttatott meg (1886—1892.); a besorozott újonczok közül 3237 sérv miatt szabadságoltatott, egészben véve tehát 38,609, azaz 1·35%. A sérvek gyakoriságáról az aggkorban 9479 rokkantnak (invalid) vizsgálata informál bennünket, kik nyugdíjért folyamodtak; ezek közül 1829-nek volt sérve (19·3%); 1769-szer lágyéksérv, 14 czomb- és ugyanannyi köldöksérv és 32 sérv a linea albában volt jelen. Jobboldali lágyéksérv volt 687, baloldali 417. A rokkantak kora 50—95 év közt ingadozott. (Vojenno med. Journal 1898. január. Ref. a Centralblatt f. Chir. 1898. 35. számában.)

Kocher mutatta ki (Über Herniendisposition. Corresp.-Blatt f. schweiz. Ärzte 1898. Nr. 12.) számos gyökeres sérvműtéteire támaszkodva, a mennyiben nemcsak a sérves, de a másik, a *sérvre hajlamosított* oldalt is megoperálta, hogy az utóbbi oldalon nyeles, kocsányos sérvtömlő hiányzik és a hashártya csak kúpszerű daganat alakjában széles alapjával a külső fascia leggyöngébb része felé kidomborodik. Egy ily széles talapzatú sérvtömlőkúp lényegesen különbözik a veleszületett servtömlőktől az által, hogy utóbbiaknál a processus elzáródása hiányos és a here vagy a sérvtömlőben fekszik, vagy pedig szövődményes hydrocele funiculi van jelen; az utóbbi helyenkinti obliteratiora van hajlamosítva. A sérvre való hajlandóságnak (Bruchanlage) e két neme, a lassankint szerzett és a congenitalis, a hasi zsigereknek megerőltetésen, vagy pedig baleseten alapuló heves előtolulása következtében teljes sérvvé fejlődhetik. Az úgynevezett interstitialis sérv, melynél csak a sérvtömlő nem lépi túl a külső vagy elülső lágyékgyűrű határát, a kifejlődött sérvtől és a sérvre való hajlamosítástól elválasztandó. Hogy ezen a sérvre való boncztani praedispositio is műtét által megszüntetendő, az magától értetődik, mivel annak viselői gyakran szolgálatképteleneknek tekintetnek.

Kochernek ezen közleményére támaszkodva *Kaufmann* értekezik a *sérvkérdésről* (Monatsschrift f. Unfallheilkunde 1898. 10. sz.) vonatkozással a német állami balesetbiztosításra. Tekintetbe véve a sérv keletkezésére vonatkozó meglévő statistikai adatokat, megállapítja, hogy a nem biztosított egyének egy harmadánál az anamnesis szerint a sérv keletkezése traumatikusnak tekintendő. Ezek közül ismét 95% lágyéksérv. Munkáját e szavakkal zárja be: „elismerhetjük a sérvek balesetbeli keletkezésének lehetőségét és képesek is vagyunk azt véglegesen megállapítani, ha elég korán hívnak bennünket a vizsgálat megejtéséhez."

Lühe szerint (Deutsche militärärztl. Zeitschrift, 1900. 1. füzet) *a sérvek keletkezésére* nézve nagy fontossággal bir nemcsak a lágyékcsatorna tágassága, hanem ennek iránya és hossza is. A szokásos vizsgálat kimutatta, hogy nem csupán a csatorna tágassága, hanem iránya is nagy ingadozásoknak van alávetve. Mindenféle átmeneti fokozat található a részint kivülről, felülről, be- és lefelé haladó, körülbelül 2—3 cm. hosszú és egy vékony mutatóujj számára elég könnyen átjárható csatornától kezdve olyanig, mely egyenesen hátulról előre vonul, a hüvelykujj számára kényelmesen átjárható és oly rövid, hogy csatornáról szó sem lehet, ellenkezőleg a külső és belső lágyékgyűrű összeesik, egybevág. Ezen esetekben a hasfalak általában véve, de különösen a külső gyűrű táján vékonyak, mi különben erőteljesen kifejlődött izmos egyéneknél is előfordulhat. Szerző azt tartja, hogy ezen állapot egyéni boncztani dispositiot képez a lágyéksérvek keletkezésére nézve, mely nézete ellentmondásra aligha fog akadni.

Miután a sérvek gyakoriságáról és a sérvre való praedispositioról szóló nevezetesebb és lényegesebb haladásra valló munkákat bevezetésképen letárgyaltuk, a sérvtan klinikai része nehány kiemelkedő momentumának hangsúlyozására térünk át, melyeket ép a legutóbbi idő munkálatai helyeztek kellő világításba.

Ide tartozik első sorban a *hólyagsérv, a cystocele inguinalis és cruralis*, melynek rendkivüli nagy gyakorlati fontosságát csakis az új radicalis operativ-módszerek voltak képesek az őt megillető szinben feltüntetni. *Lejars* (Les lésions operatoires de la vessie herniée. Revue de Chirurgie, XIII. année Nr. 1—2. 1893), *Aue* (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 1893. XXXV. köt.) és *Ostermayer* (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie és Klinikai füzetek 1896. 11. sz.) összesítő közleményei óta egész irodalommá nőtték ki magukat a hólyagsérvet tárgyaló kisebb-nagyobb terjedelmű, számtalan dolgozatok. Én csak a fontosabbakat sorolom elő, és ezek alapján fejtem majd ki a belőlük levonható tanulságokat. (*Piquet*: Contribution à l'étude de cystocéle ing. Thèse de Paris 1893. *Monari*: Cystocele ing. Beitr. zur klin. Chir. XVII. 2. *T. Curtis*: Wounds of the bladder in operations for hernia. Annals of Surgery 1895. *W. Becker*: Über ing. Blasenbrüche. D. Zeitschr. f. Chirurgie XXIII. *O. Ansinn*: Über Cystocele cruralis. Inaug.-Dissert. Greifswald, 1899. *S. Sjövall*: Om blasbrak. Inaug.-Dissert. 1899. Srund.[1] *Hermes*: Beitrag zur Kenntniss der Blasenhernia. Deutsche Zeitschr. f. Chir. XLV. *Lotheissen*: Die ing. Blasenbrüche. Beitr. z. klin. Chirurgie. XX. 3. *Brunner*: Über Harnblasenbrüche. D. Zeitschr. f. Chirurgie. XLVIII.) Általánosan elismert nézet, hogy a hólyagsérvek oly nagymérvű felszaporodásának, gyakoriságának az okát a radicaloperatioknak kiterjedt használatában, nemkülönben az ezeknél használatossá vált sérvtömlőnyaknak magas, alapos kikészítésében kell keresnünk. A hólyagsérv a legtöbb esetben az által keletkezik, hogy a kitóluló sérv a hólyagot közvetlenül magával rántja, kihúzza. Hogy ehhez a hólyagfalnak erős hozzátapadása (chron. peritonitis stb.) a sérvtömlőhöz, a hólyagnak bizonyos fokú tágultsága, petyhüdtsége szükséges, az magától értetődik. A szerzők háromféle hólyag-

[1] Ref. Centralblatt f. Chir. 1899.

sérvet különböztetnek meg: *extra-, para- és intraperitonealis sérvet.* Ezen egyes alakok keletkezési módját a szerzők többféle és az egyes fajokra nézve elég complicált módon törekszenek megmagyarázni, de az imént említett factorok mindegyikük magyarázatának kiindulási pontját, alapját képezik. *Lottheissen* azon eseteket, melyekben a műtét alkalmával a sérvtömlő erős kihúzásával sikerül a hólyag egy csücskét (Zipfel) előhúzni, mire már *Kocher* és *Lardy* figyelmeztetett, a hólyagsérv fogalmából kizárja, mit helyesnek kell elismernünk.

A sérvben prolabálva lehet az egész hólyag, annak egy apart, különálló diverticuluma vagy kisebb-nagyobb részletek. A hólyagnak sérvbeni fala többnyire megvékonyodott, sorvadt.

A műtét előtt a lehető legritkábban kórismézhető (különféle testállásokban való vizelés, hullámzó dag a sérvben, melyre ha nyomást gyakorolunk, vizelési inger lép fel, a húgycső-sondának a sérvbe való behatolása). A legtöbb esetben a kórisme a műtét alatt állapittatott meg; a hólyagsérülés előtt, a prolabált hólyagrészt fedő, feltünő kinézésű, de különböző terjedelmű lipocele alapján; a műtét közben a hólyagűr megnyitása által (vizeletkiömlés, üregmegnyitás és sondázás a húgycsövön át); a műtét után (anuria [lekötés], haematuria, a sebnek és a kötszernek vizelettel való beszüremkedése).

A prognosis attól függ, észre vettük-e a sérülést vagy nem, továbbá a lekötött vagy általában véve a megsérült rész terjedelmétől, a hasűrbe való mély vagy felületes elsülyesztésétől. Spontan gyógyulások húgysipoly közbejöttével elég gyakoriak.

Ha a sérülés előtt felismertük a hólyag jelenlétét a sérvben, akkor, ha lehet, leválasztjuk, ha nem lehet, künnhagyjuk. Ha megsértettük, akkor a sérülést sebészileg (részleges hólyagexstirpatio, varrat stb.) kezeljük és belátásunk szerint vagy reponáljuk, vagy temporaer, vagy véglegesen künhagyjuk.

A gyakoriságát illetőleg meg kell jegyeznünk, hogy *Sjövall* szerint a herniotomizált esetek 1%-át képezi. A jobboldal úgy viszonylik a balhoz, mint 1·46 : 1·0-hez, a férfinem a nőihez, mint 2·4 : 1·0-hez. Leggyakoribb a lágyékhólyagsérv, utána következik a cruralis; a kettő egymáshozi viszonya százalékban 82% és 8%. (Curtis.)

A sérvtömlő tuberculosisára vonatkozó ismereteink is bővültek több terjedelmes és beható dolgozat alapján. *Rott* (Über Hernientuberculose. Beitr. z. klin. Chirurgie. XV. 3.) három esetet közöl *Czerny* kórodájáról, úgy hogy az eddig közölt esetekkel együtt 22 esete a sérvtuberculosisnak lett ismeretes. Ezek közt 14 sérvtömlőtuberculosis van jelen, háromszor csak a bennék és ötször a tömlő a bennékkel együtt volt kórosan elváltozva. *Rott* boncztanilag a sérvtömlőtuberculosisnak kétféle alakját különbözteti meg: *a kérgeset és göböst*; mint bennék gümős volt leggyakrabban a cseplesz, heveny esetekben a bél, egyszer a méhkürt.

A sérvtuberculosis lehet localizált a nélkül, hogy a többi hashártya meg volna támadva és úgy keletkezik, hogy *a*) vagy a hozzátartozó bél fekélyeiből indul ki az infectio vagy pedig *b*) hogy gümőkóros anyag tör be valahonnan a sérvtömlőűrbe; ezen utóbbi alak ritka; másodszor *tova vezetett*, azaz hogy a hasűri hashártya is gümőkóros egyidejűleg, ez pedig előfordul heveny miliartuberculosisnál és a *b*) pontban említett körülmények közt.

A casuistikus anyagnak átvizsgálása után szerző azon meggyőződésre jutott, hogy a sérv-tuberculosis rendesen másodlagos megbetegedés a hasűri hashártya egyidejű megbetegedése mellett.

A kezelésnek a mennyire lehetséges operativnak kell lennie (sérvtömlő és cseplesz kiirtás, bélresectio), kisebb fokú megbetegedéseknél a bélkacs érintetlenül visszahelyezendő. Ha a hasűri hashártya, tüdők, pleura magasabb mérvű megbetegedést mutatnak, az operativ beavatkozás csak akkor indokolt, ha fenyegető tünetek vannak jelen, különösen bélkizáródás.

Brackel (St. Petersburger med. Wochenschrift 1897. 42. sz.) és *Muchard*-tól (Revue de la Suisse rom. 1898. 5. sz.) casuistikus közlemények jelentek meg, melyek három esetet tárgyalnak, egy primaer és két secundaer sérvtömlő-tuberculosist.

Érdekes közlemény jelent meg *Broca*-tól (Tuberculose du canal peritoneo-vaginal chez l'enfant, *Durante* jubilaris kötetében) a gyermekeknél előforduló sérvtömlő-tuberculosisról. 1000 operált esetben 15-ször fordult elő fiuknál. A sérvtömlő gümőkórja complicálva volt a here, a mellékhere vagy a hashártya gümőkórjával. A gümőkór kórszövettanilag és kisérletileg lett megállapítva. Az operativ beavatkozás mindig a kór kiterjedésétől függ; heretuberculosisnál castratiot végezünk, ascitesnél az izzadmányt lecsapoljuk. Tíz beteg közül, kik 1—5 év előtt lettek megoperálva, kilenczen jelenleg egészségesek. Egy gyermek tíz hónappal a műtét után meningitis tuberculosaban halt meg. Két gyermek közvetlenül a műtét után miliar-tuberculosisban pusztult el.

Az incarceratiora, a kizárt és szabad sérv kezelésére vonatkozó terjedelmes irodalom ismertetése következő czikkem tárgyát fogja képezni; záradékul a legérdekesebb *herniologiai casuistika* rövid kivonatát adom.

Koslowski (Echinococcen im Bruchsacke. Chir. Annalen 1893.) incarceráltnak látszó műtett cseplesz sérv esetét közli, hol két galambtojás nagyságú echinococcus tömlő volt a sérvtömlő falában. *Lockwood* (British med. Journal 1896. 1850. sz.) a petefészekserv egy esetét közli hat éves gyermeknél; a műtét incarceratio tünetei miatt végeztetett. Kiderült azonban, hogy csak kocsánycsavarodás volt jelen, mely a repositiot akadályozta; csonkolás.

Durványos méhszarv, méhkürt és petefészek inguinalis sérvben találtatott *C. Nasi* (Clinica chirurg. 1897. 7. sz.) által gyökeres sérvműtétnél.

Göpel egy érdekes esetet közöl (Chirurg. Beiträge, Festtschrift f. *Benno Schmidt* 1896), hol *pyosalpinx* találtatott *egy lobosodott sérvben.*

Kizárt sérv a pericardialis zacskóban. E czím alatt közölt *Mac Dowell* (British med. Journal 1899) egy esetet, hol egy erőteljes férfi hirtelen epigastrikus fájdalmakkal megbetegedett; léghiány, hányás, bélocclusio tünetei; hirtelen halál. A pericardium nagy mérvben tágult és benne a sérv alatt 36 cm.-nél hosszabb incarcerált friss tapadásokkal rögzített, elhalt perforált vékony bélkacs; a síma szélű sérvkapu a rekeszizom tendinosus centrumában volt.

Két férfiőköl nagyságú hernia ischiadica esete Girontól (Arch. prov. de chir. 1898. 10. sz.) és a 10-dik bordavégtől a hónalji vonalig terjedő traumatikus intercostalis sérv *Iselin*-től (Gazette hebdomadaire de méd. et chir. 1898) szintén említésre méltók.

Könyvismertetés.

Budapest székes főváros közkórházainak évkönyve. 1899. A székesfővárosi törvényhatóság megbizásából közrebocsátják a székesfővárosi Duna bal- és jobbparti közkórházak igazgatóságai. Budapest. Pesti könyvnyomda-részvénytársaság. 1900.

A székesfővárosi közkórházak 1899. évi évkönyve némileg megváltoztatott beosztással, a szokott gazdag tartalommal, 431 nagy lapra terjedő vaskos kötetben az imént hagyta el a sajtót. Terünk szűk volta nem engedi meg, hogy a statistikai és gazdászati rész nagy és sok tekintetben érdekes adathalmazából csak a fontosabbakat is felsoroljuk és így csak arra szorítkozunk, hogy az évről évre bővülő tudományos részben közölt czikkek czímeit adjuk a következőkben. 1. *Balparti közkórházak. A*) *Szt. Rókus-kórház és fiókjai. Pertik Ottó*: A szt. Rókus-kórházi prosecturában 1899-ben bonczolt ritkább esetek kórboncztani lelete. *Farkas László*: I. Egy új sterilizáló készülék. II. Húgycsőkő ritkább esete ötéves fiúnál. *Székács Béla*: Intermeningealis haemorrhagia esete. *Gerlóczy Zsigmond*: A szt. László-kórházban 1899-ben serumtherapiával elért eredmények diphtheriánál. *Havas Adolf*: A venereás és syphilitikus prostituáltak gyógykezelése a szt. Rókus-kórház V. osztályán. *Antal Jenő*: A Westphal-Piltz-féle úgynevezett paradox pupillaris phaenomenről. *Donáth Gyula* és *Stein Adolf*: A szt. Rókus-kórház Röntgen-laboratorium első évi működése. *Török Lajos*: Szétszórt foltokban jelentkező korpázó erythrodermia. *Borszéky Károly*: Ileus paralyticus. *Fischer Aladár*: Adatok a gyökeres sérvoperatiokhoz. *B) Szt. István-közkórház. Genersich Antal*: A szt. István-kórház prosecturájában végzett bonczolásokból néhány érdekes eset. *Róna Sámuel*: Adatok a carbunculus pathologiájához és aetiologiájához. *Korányi Sándor*: A kóros veseműködés exact vizsgálatára szolgáló új eljárásokról. *Rosenfeld Miksa*: Extrauterin graviditas érdekes esete. *Lipscher Mór*: Gümős pylorus-szűkület esete. 2. *Jobbparti közkórházak. Thaly Loránt*: A polyarthritisek kórboncztana és aetiologiája. *John Miksa*: A vérzéses anaemia kórtana és kezelése. *Szontagh Felix*: Álhártyás gégegyuladás szerfelett hosszú intubatios tartammal. *Minich Károly*: Kimutatás a szt. János-kórházi bonczolatokról. *Laczkovich Elemér*: A modern kórházépítés irányelvei. *Décsi Károly*: A hysteriás elmezavarról. *Ringer Jenő*: Az epilepsiás elmezavarról nehány eset kapcsán. *Reusz Frigyes*: Adatok némely ismeretlen boncztani alapú elmebaj kórboncztanához. *Sipőcz Géza*: Az 1899. és 1900. évben Laufenauer tanár klinikájáról (megfigyelő osztály) bonczolt érdekesebb esetek. *Polyák Lajos*: Az orr és orr-garatűr primaer adenomás daganatairól és azoknak viszonyáról a rákokhoz. *Ardó Elek*: Idegen test a bronchusban. *Fejér Gyula*: Mozzanatok a szürke hályog operálása terén. *Neumann Szigfrid*: Puerperalis osteomalacia esete. *Tomka Samu*: A processus mastoideus megbetegedésekről.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Ujabb észleletek a typhus recurrensről. *Bardach*-nak 1897-ben Odesszában alkalma volt egy rövid lefolyású recurrens-járványt észlelnie. Tapasztalatait a következő pontokban foglalja össze:

1. Azon egyéneknek vére, kik a recurrenst kiállották, spirillumokat ölő képességgel bir.
2. Ez a képesség a krisis után lép fel.
3. Ha a spirillum-tartalmú serumot a lázmentes időszak alatt vett serummal keverte, a spirillumok hamarabb elpusztultak.
4. A lép polynuclearis sejtjeiben a krisis alatt élő spirillumok vannak.
5. Majmokon végzett kisérletek azt igazolják, hogy a spirillumok sem a lázas időszakban, sem a láz megszünése után nem képeznek sporákat.
6. Karmin- vagy szénszemcséket tartalmazó folyadékoknak vivőérbe való befecskendezése után a betegség lefolyása és képe jelentékenyen megváltozott. (Hyg. Rundschau. 1900. 9. sz.) *Filep.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A fersan értékéről neurosisok gyógyitásánál közöl tanulmányt *Kronfeld* azon vizsgálatai alapján, melyeket Krafft-Ebing tanár klinikai ambulatoriumán végzett. Szerinte a fersan nem gyógyszer, hanem tápkészitmény. Phosphortartalma nagyon kedvező hatású az agy- és idegműködésre. Noha a fersan vastartalma egyéb használatos vaskészitmények vastartalmához képest csekély, mégis sokkal erősebben növeli a vér haemoglobintartalmát, valamint a vörös vérsejtek számát, mint ezek, még pedig azért, mert a benne levő vas teljesen felszivódik, a nélkül, hogy a gyomor vagy bél részéről valami nagyobb követeléseket támasz-

tana. A vér javulásával a vérnyomás rendesen csökken, jeléül annak, hogy az idegrendszer kórosan fokozott ingerlékenysége visszafejlődik. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1900. 29. sz.)

Gonorrhoeás eredetű arthritisek és tendovaginitisek *Freudenberg* szerint nagyon gyorsan gyógyulnak kataplasmák alkalmazására. A kataplasmák lehetőleg forrók és nagyok legyenek (az izületet úgy fel-, mint lefelé egy tenyérnyivel meghaladják) és állandóan alkamaztassanak, a lehetőség szerint éjjel is. (Therapie der Gegenwart, 1900. augusztus.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. október 26.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 41-dik hetében (1900. október 7-dikétől október 13.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Élveszületett 442 gyermek, elhalt 229 egyén, a születések tehát 213-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 33·5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 17·4, az egy éven felüli lakosságnál: 12·6, az öt éven felüli lakosságnál: 11·1. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 0, pertussis 0, morbili 1, scarlatina 5 variola —, cholera asiat. —, typhus abdominalis 4, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 9, apoplexia 8, eclampsia 1, szervi szívbaj 16, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 19, tuberculosis pulmonum et phthisis 31, diarrhoea et enteritis 18, gastro-enteritis 21, rák és egyéb újképletek 14, ezek közül méhrák 4, morbus Brightii et nephritis 5, rachitis 1, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 20, atrophia et inanitio 5, marasmus senilis 9, erőszakos halálesset 11, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 6, baleset 4, kétséges 0 (—). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2557 beteg, szaporodás e héten 753, csökkenés 812, maradt e hét végén 2498 beteg. *B)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi október 8-dikától október 14.-éig terjedő 14. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 62 (47), diphtheria, croup 20 (21), hagymáz (typhus) 9 (13), kanyaró (morbili) 74 (66), trachoma 3 (11), vérhas (dysenteria) 4 (2), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 14 (11), orbáncz (erysipelas) 19 (18), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (0), ezenfelül varicella 38 (25).

— **A vallás- és közoktatásügyi ministerium költségvetése az 1901-dik évre.** A vallás- és közoktatásügyi ministerium az 1901-dik évre 35.394,810 korona rendes kiadást irányoz elő, a rendkivüli kiadások összege 1,293,850 korona, a beruházásoké 5.107,000 korona. A kiadások főösszege tehát 41.795,660 korona, a folyó 1900. évre 40.051,788 korona, az emelkedés tehát 1.793,872 korona.

A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem rendes kiadása 2.464,340 korona (1900-ban 2.400,412 korona), rendkivüli kiadás 29,400 korona (1900-ban 27,400 korona), beruházás 682,000 korona (1900-ban 734,000 korona). A rendes kiadásokból 1.597,600 korona személyi járandóságokra, 866,740 korona dologi kiadásokra esik. A beruházásokban új tétel gyanánt szerepel az általános kórtani tanszékkel kapcsolatos Pasteur-intézet felépítésére 200,000 korona, a Pasteur-intézeti kórház telkére és épületére 132,000 korona. Az egyetem bevételeit 600,000 korona tandíjjövedelem, az egyetemi alap jövedelme: 520,764 korona, a klinikák ápolási díjai: 92,000 korona, egyéb jövedelem: 21,500 korona, összesen 1.234,269 korona alkotják.

A minister a budapesti egyetem orvosi karán a gyermekgyógyászat részére tanszék rendszeresitését tervezi. A tanszék felállítását annál is inkább indokoltnak mondja, mert ezen tudományszaknak a budapesti tudomány egyetemen volt már tanszéke, mely azonban személyhez lévén kötve, a kiváló tanár elhunytával megszünt. A költségvetés két új adjunctusi, egy tanársegédi (fogászat) és három új díjas gyakornoki állást tartalmaz. A dologi kiadás 30,000 koronával emelkedik. Az elméleti és gyakorlati oktatás szükségletei 462,300 koronát tesznek, ez összeg java: 378,600 korona az orvostudományi karra esik.

A *kolozsvári* egyetem rendes kiadásai 966,192 koronát tesznek (1900-ban 901,822), rendkivüli kiadás 71,000 korona, beruházás 800,000 korona, a kiadások főösszege 1.837,192 korona s ezzel szemben a rendes bevételek összege 98,861 korona. A személyi járandóságok összege 629,670 korona, a dologi kiadásoké 336,522 korona. A beruházások tételét az új egyetemi építkezések igénylik. Uj állások az élettani és vegytani tanszék mellé adjunctusok, két tanársegéd és két díjas gyakornok. Nagy jelentőségű, hogy a kolozsvári egyetem tanácsa és a Karolina-kórház igazgatója initiativájából egyetemi házi gyógyszertárt állitanak fel.

Mindkét egyetemet illeti az érdemes egyetemi magántanárok jutalmazására előirányzott 12,000 koronának 24,000 koronára való felemelése. Ez annál is inkább szükséges volt, mivel az egyetemi reservált alap incamerálása folytán a magántanárok kizárólagosan a tandíj 5%-ára vannak utalva.

A vallás- és közoktatásügyi ministerium költségvetése tehát az egyetemek javára újabb jelentékeny emelkedést mutat. Öt év alatt a budapesti egyetem rendes kiadásai 791,576 *forintról* 2.464,340 *koronára* emelkedtek, a kolozsvári egyetemé 334,126 *forintról* 966,192 *koronára* emelkedtek, a beruházások összege pedig ez idő alatt több millió koronát tesz. Pedig nem szabad felednünk, hogy az ország évek óta súlyos gazdasági viszonyokkal küzd. Még szembeötlőbb a változás, ha a mai budgetet a 30 év előttivel hasonlítjuk össze. Az állam a kiegyezés után a budapesti egyetem kiadásaihoz 57,309 forinttal járult, 198,191 forintot az egyetemi alap fedezett, ma az állam közel két millió koronával egészíti ki az egyetemi alap félmilliós jövedelmét. A berlini egyetemet kivéve, egyetlen nagy német egyetemnek sincs akkora budgetje, mint a budapesti egyetemnek. S hogy e fejlődés ellenére még mindig sok, nagyon sok a pótolni való, annak az az oka, hogy a kiegyezés után semmink sem volt! *E. G.*

□ **Az orvosok és az életbiztosítási társaságok Németországban.** Azon nagy kiterjedésnél fogva, melynek az életbiztosítás Németországban örvend, úgy a biztosító társaságok, mint az orvosok szükségét látták annak, hogy egymással jó egyetértésben éljenek és hogy az életbiztosítás terén felmerült kérdéseket közös tanácskozások és megállapitások útján tisztázzák. Hogy a viszony még szorosabb legyen, egy állandó bizottság kreáltatott, melybe egyrészt a német orvosegyesületek szövetsége („Deutscher Aerztevereinsbund"), másrészt a biztosító társaságok szövetsége („Verband der deutschen Lebensversicherungs-Gesellschaften") 3—3 tagot küldött ki; az elnöki tisztet egy orvos viseli. Az orvosszövetség hivatalos lapjának („Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland") idei 430. száma a jelenleg fennálló megállapodásokat in extenso közli. A *háziorvosi* bizonyitványokra nézve még mindig az 1874-diki eisenachi Ärztetag határozatai vannak érvényben, melyek értelmében ilyen bizonyitvány kiadatik, ha a biztositandó egyén a társaságot annak kikérésére egyenesen felhatalmazta; a bizonyitvány az illető igazgatósághoz küldendő, mely azt díjazza; a tiszteletdíj minimuma öt márka. A *post mortem-bizonyitványra* nézve külön megállapodás nem létezik, mert annak kiadhatása Németországban soha vita tárgyát nem képezte. A *bizalmi orvosok* részére egyes bizonyitványminták állapittattak meg; a vizsgálati díj nép- és munkásbiztosításoknál öt márka, különben tiz márka. Az idei Ärztetag külön kimondta, hogy nem helyesli, ha egyes orvosszövetségek tagjaikat magasabb díjak követelésére kötelezik. A *baleset-vizsgálatok* is minden tekintetben rendezve vannak; ezekre nézve is az esetleg felmerülő vitás tévedések eldöntésére egy önálló bizottság alkottatott. — *w.*

□ **Korányi Frigyes** tanárt az igazságügyminister az igazságügyi tanács elnökévé új három évre kinevezte.

— **A budapesti Császárfürdőben** 1900. január 1-jétől szeptember 30-ig 1041 személy lakott és 287,455 személy fürdött.

† **Elhunyt.** *Kunewalder Zsigmond* dr., volt 1848/49-diki honvédtörzsorvos, a budapesti egyetem jubiláris doktora f. hó 12-dikén 84 éves korában végelgyengülésben. — *Kun Máté* sebész és szülészmester, közkórházi alorvos, tb. megyei alorvos, körorvos f. hó 18-dikán Gyöngyösön.

○ **Megjelent:** *Lenhossek Mihály* tanártól: *Anatomiai gyakorlatok.* Budapest, 1900. Eggenberger-féle könyvkereskedés (Hoffmann Alfréd.)

— **Hibaigazitás.** A 658. oldal első hasábján az első kikezdés 9-dik sorában *több éven át* helyett *több órán át* olvasandó.

* * *

—i. —d. Hirdetési rovatunk vezetője felhívja olvasóink szíves figyelmét a Magyarország Orvosainak Évkönyvére vonatkozó hirdetésre. Az évkönyv karácsonyra fog megjelenni; ingyenmelléklete az „Orvosok jogi tanácsadója" czimű igen érdekes és fontos füzet lesz, mely hivatva van egy régen érzett szükséget pótolni.

Magyarországi fóraktár: Budapest, V., Zoltán-utcza 10.

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

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

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**" (Ujonnan épült 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: Budapesti kir. orvosegyesület. (XXIV. rendes ülés 1900. október 20-dikán.) 680. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XIII. bemutató szakülés 1900. október 10-dikén.) 680. l. — A párisi XIII. nemzetközi orvosi congressus szaküléseiből. 681. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXIV. rendes ülés 1900. október 20-dikán.)

Elnök: **Genersich Antal**; jegyző: **Dieballa Géza.**

Idegen test a méhüregben.

Pfeifer Gyula: A méh üregében talált idegen testek vagy therapeutikus beavatkozások, vagy abortus előidézése czéljából, vagy masturbatio miatt vitetnek be. Az esetek túlnyomó többségét képezik azok, melyekben az elvetélésnek erőművi úton való megindítása czéljából történik az idegen test bevitele, bentmaradása azonban ezen esetekben mindig véletlen.

Az idegen test, melyet bemutat, szintén abortus előidézése czéljából vitetett a méhbe. E hónap 6-dikán délelőtt fél hétkor sürgősen hivtak egy asszonyhoz, kit hirtelen erős vérzés lepett meg. A részleteiben utólagosan felvett anamnestikai adatok a következők: I. tisztulás 14 éves korában 4 hetenként 3—4 napi tartammal jelentkezett, utolsó 1900. julius 12-dikén. V P. I. P. 10 év előtt. V. P. 2 év előtt. Szülések és gyermekágyak rendesek voltak.

Julius havában szülei látogatására falura utazott, hol a túlságos családi áldás megakadályozása czéljából egy bába tanácsára méhmagzatát elhajtotta. A vérzés csekély mértékben az insultus után csak két nap mulva kezdődött csekély fájdalom kiséretében. A vérzés miatt hazajött és itthon házi orvosa absolut nyugalmat rendelt. A vérzés tovább fennállott és október 6.-án reggel oly nagyfokú lett, hogy szólóért küldtek.

A következő statust találta: a meglehetősen halvány asszony pulsusa 108, kevéssé telt, rythmikus. Fanszőrök és vulva alvadt vérrel fedett. Hüvely alvadt vérrel kitöltött, vérzés megállott. Portio fellazult, méhszáj bőven ujjnyi, benne peterészletek tapinthatók. Méhtest a terhesség 3-dik hónapjának megfelelő nagyságú, puha, gömbölyű. Parametriumok szabadok. A pete eltávolítása czéljából a méh üregébe vezetett ujj a méh bal oldalában magasan, közel a fundushoz egy 3 cm.-es kemény tárgyat tapint, melyet köröm segitségével könnyen kihozott. Az ismételten a méh üregébe vezetett ujj placenta részleteket, majd a véralvadék közzé ágyazott petét in toto sértetlen burokkal hozza ki.

Esete törvényszéki orvosi szempontból azért bir érdekkel, mert a méh üregében talált fadarab positiv bizonyító erővel bir. A kis fadarabot közelebbről megtekintve látjuk, hogy a hánczrétegen a törzshöz simuló kúpszerű pikkelyek vannak és ez magyarázza meg a kis fadarabnak felfelé vándorlását a méh fundusába, mint Wenzel Tivadar dr.-nak Kézmárszky tanár klinikájából vett és a gynaecologikus szakosztálynak 1897. január 26-dikán bemutatott esetében, hol az abortust előidézett kalászfej még sok idővel a lefolyt abortus után is a méh üregében találtatott.

Azt hiszi bemutató, hogy a pete sértetlen volta is a spontan felvándorlás mellett szól, mert ha erővel lett volna feltolva, valószinűleg megsértetett volna a pete. A méh üregében talált idegen test azért is bir fontossággal ez esetben, mert a peteburkok teljesen épek és az azokon rendesen észlelhető sérülések, mint az erőművi úton megindított elvetélés döntő bizonyitéka hiányzottak. A terhesség első hónapjaiban nem erőművi úton elvetélt pete in toto szokott kiürülni. Ez esetben is igy történt és a corpus delicti nélkül a pete állapota spontan abortus mellett szólna.

Az irodalomban meglehetős gyéren emlitenek a méh üregében talált idegen testeket. Egy esetben egy horgolótűt találtak a méhben, mert egy bába tanácsára a nő minden közösülés után a horgolótű nyelére csavart és ezzel a méh üregébe vezetett vászondarabbal kitörülte méhét; ezt a műveletet guggoló helyzetben a hasprés igénybevételével hosszabb időn át folytatta, míg egy alkalommal a tű eltört, nyele a méhben maradt és csak a vászondarabot tudta eltávolitani.

Egy más esetben a nyaki csatornában rugalmas cathetert találtak, melynek legnagyobb része meghajolva a hüvelyben foglalt helyet. Az eszközt egy bába vezette be és az illető heteken át viselte.

Macpherson erőművi úton előidézett abortus esetében 13 cm. hosszú, egyik végén kihegyezett, másik végén letörött fadarabot talált a hasüregben, mely a méh teljes átfúrásával jutott a hasüregbe és 16 óra után letalis exitushoz vezetett.

Liebmann tanár az orvosegyesületben 1879-ben bemutatott esetében egy lúdtollat távolitott el a méhből, mely egyik végével a cervixbe, a másikkal a méh mellső falába volt fúródva; egy hétig viselte az asszony és nagy nehézséggel műtét útján távolittatott el.

Arthritis chronica deformans esete.

Kassai Jenő: A férfinál az összes végtagokon és a gerinczoszlopon észlelhető feltünő nagy eltorzulás. Különösen a két kézen nagyfokú az elváltozás. A két végtagnak Schwarcz Béla által az izraelita kórház Röntgen-laboratoriumában készült radiogrammját is bemutatja. Az eset azért is érdekes, mert az irodalomban nem nagy számmal emlitett esetekhez tartozik, midőn a bőr universalis megbetegedésével áll kapcsolatban az arthropathia.

A húgycső szűkületéről.

Rihmer Béla: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Közkórházi orvostársulat.

(XIII. bemutató szakülés 1900. október 10-dikén.)

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

Reách Dezső: A gonorrhoeás általános fertőzésről. (Lapunk más helyén egész terjedelemben közöljük.)

Feleki Hugó: Régente a kankót localis bántalomnak tekintették. Következett néhány évszázad egészen a most lefolyt század elejéig, a mikor a blennorrhoea általános fertőző betegségnek tekintetett. Hosszú tudományos harcz után a 30-as években elfogadták Ricord álláspontját, hogy a kankó localis bántalom, mely helyi kezelésre meggyógyul. És ma ismét ott tartunk, hogy a szóban lévő betegség okozta általános fertőzésről beszélünk, illetőleg, hogy az ily úton a különböző szervekben létrejövő másodlagos megbetegedésekre vonatkozó tengernyi tudományos közleményről számolhatott be az előadó referáló előadásában. Hallottuk azt is, hogy a szakférfiak az általános fertőzés közvetlen okai tekintetében különféle véleményen vannak. A gonococcusra magára vezetik vissza egyesek, mások vegyes fertőzésre, és végre a ptomainok hatásának tulajdonitja a szakférfiak egy része. Annyi bizonyos, hogy döntő érvekkel egyik tábor sem állhat elő. Előadó is beismeri ezt, de úgy látszik, hogy felfogása megegyezik azokéval, kik a gonococcust magát tekintik a másodlagos megbetegedések közvetlen okának.

Ezzel szemben szólónak az a véleménye, hogy még bizonyos fentartással sem szabad egyelőre ez álláspontot elfogadni. Az ezirányú vizsgálatok túlnyomó része vagy nem bizonyít ez álláspont mellett, vagy éppen ellene, a mennyiben az ily kóros helyek izzadmányában legtöbbször vagy nem találunk semmiféle bacteriumot, vagy más pyogen bacterium van jelen. Igy vagyunk az izületi lobok savójával, de igy vagyunk az oly gyakran és per continuitatem megbetegedő szerv gyuladásával, minő a here és mellékhere. Az epididymitis illetőleg periorchitis izzadmányában csak néhány esetben találtak gonococcust, szemben a számtalan negativ lelettel. Az a felfogás pedig, hogy a lelet negativ volta annak tulajdonitandó, hogy az izzadmány rendszerint savós és nem genyes, semmikép sem bir bizonyitó erővel és provocálja azt a kérdést, hogy miért nem jő létre genyes izzadmány, ha a gonococcus, ez a pyogen gomba okozta a lobot.

De szemünk előtt játszódik le gyakran egy általános fertőzés útján létrejövő szövődmény, melyet szóló véleménye támogatására felemlit, és ez a *conjunctivitis*, mely nem ritkán egyéb általános fertőzési betegségek (különösen rheumatismus) kiséretében szokott létre jönni. Egy rövid ideig tartó enyhén lefolyó kötőhártyalob ez, melynek váladékában sem szólónak, sem másnak gonococcust kimutatni nem sikerült. Ha maga a gonococcus okozza ezt a conjunctivitist, kérdi szóló, miért nem fejlődik ki épp oly ophthalmoblennorrhoea, mint a minőt a gonococcustartalmú váladék szokott a conjunctiván előidézni?

Látunk influenzánál, járványos fültőmirigylobnál és egyéb fertőző bántalmaknál herelobot létrejönni, kétségkivül a fertőzés egyik jelenségekép, de a mint ezeknél legalább egyelőre nem tudjuk biztosan, mennyiben szerepel *directe* a fertőző bacterium, épp úgy nem tudjuk, hogy a gonorrhoea szóban levő szövődményeinél maga a gonococcus, vegyes fertőzés, a gonococcus mérgező termékei vagy esetleg még más factorok tekintendők-e direct oknak és tanácsos itéletünket periodikus árnyalatoktól nem befolyásoltatni.

Wohl Mór: Köztudomású a gonorrhoeával való általános fertőzés lehetősége, a mi azonban a gonorrhoeás megbetegedéshez képest csak 0·6%. Egy ilyen előadás vagy egy vázlat, mely élénk szinekben mutatja, a mit szétszórtan világosan nem láthatunk, vagy általános elvi szempontból a fertőzés mikéntje felől világosit fel.

Az első alternativát illetőleg nélkülözzük az előadásban a praegnans csoportositást. Ha a per contiguitatem és a regionalis infectiot kizárjuk s csak a metastasisok szerint osztályozzuk az eseteket: három csoportot különböztetünk meg: 1. arthritis gonorrhoica, hova a periostitis, pleuritis, endocarditis verrucosa esetei is tartoznak, melyekben a gonococcus ki lett mutatva; 2. myelopathikus alakok, melyeket valószinűleg a toxinok idéznek elő; 3. geny- és evvérűséggel járó megbetegedések: gonococcus és toxinja okozta vegyes fertőzés.

A második alternativát illetőleg kisérleti adatok bizonyitják, hogy a gonococcus nem absolut pyogen, míg a gonotoxin az; egyes klinikai megfigyelések is a mellett szólnak, hogy az intoxicatio megelőzi az infectiot, de bár a toxinoknak nagy szerepet kell tulajdonitanunk, a fertőzés vagy mérgezés módja felől biztos tudomásunk ez idő szerint még nincsen.

Weisz Ferencz: Gonorrhoeából kifolyólag gyakran látott psychosist fellépni.

Reách Dezső: A felvetett kérdésekre való kitérés messze elterelné azon feladattól, melyet maga elé tűzött, a midőn objectiv képét óhajtotta adni a gonorrhoeával kapcsolatosan előforduló metastatikus megbetegedéseknek. Ezek létrejöttének mikéntjére vonatkozó állásfoglalás e helyütt teljesen fölösleges, mert czéltalan, minden egyes esetre kifogástalanul úgy sem bizonyítható be, de nem is szükséges, sokkal inkább képezi még a kutatásoknak és így controversiáknak tárgyát, semhogy többet képezne meddő okoskodásnál minden egyes theoriával való mélyebb foglalkozás.

Az epididymitissel való analogia nem áll, a közvetlen tovaterjedés kétségtelenül bebizonyítottnak tekinthető és komolyan nem is vonható kétségbe, szólónak esete is bizonyító erővel bir. Az influenza vagy parotitis kiséretében vagy folytán létrejövő mellékheregyuladások ugyancsak az influenzát vagy parotitist (streptococcus, b. coli) előidéző vagy létrehozó bacteriumok hatásának tudhatók be; hogy ezen hatás közvetlen-e, toxin útján vagy másként jön-e létre, az ma még ép oly kevéssé dönthető el.

A psychosisokról szóló megjegyzések és kórtörténetek sokkal kalandosabb természetűek, semhogy azokkal e helyütt foglalkozhatnánk. A sexualis neurastheniával való foglalkozás pedig túlment volna az előadás keretén, sokszor nem is a gonorrhoeának, mint inkább a kezelés következményének tekinthetők.

A párisi XIII. nemzetközi orvosi congressus szaküléseiből.

Belgyógyászati szakosztály. (Folytatás a 666. laphoz.)

Dieulafoy (Páris) az enterocolitis mucosa és az appendicitis közötti összefüggésről szól, és nem tartja jogosultnak azok felvételét, a kik az appendicitis oktanában az enterocolitis mucosának is szerepet tulajdonítanak. Vannak azonban betegek, kik az appendicitis következtében hasmenésben szenvednek, a mely a műtét után azonnal megszünik; ezt a hasmenést tévesztik össze az enterocolitis mucosával.

Ewald (Berlin) az esetek túlnyomó többségében szintén neuropathikus eredetűnek tartja az enteritis membranaceát; azon esetek, melyekben a bélnyákhártya lobjának vagy izgatásának következménye a baj, ritkák. Elvi különbség a colica mucosa és az enteritis membranacea között pathogenesisüket illetőleg nincsen; tulajdonképen csak egy és ugyanazon betegség különböző tüneteiről beszélhetünk, a mi mellett különösen az a körülmény szól, hogy sokszor egyugyanazon betegnél a két kórforma váltakozólag jelentkezik.

Einhorn (New-York) szintén biztosnak tartja az ideges alapot.

Meningitikus tünetek typhusnál. Netter (Páris) szerint meningitikus tünetek jelentkezése typhusnál a prognosist főleg gyermekeknél, valamint aggoknál és elgyengült egyéneknél szerfelett rosszabbítja. Vagy csak pseudomeningitisről van ilyenkor szó, vagy pedig valóságos serosus izzadmány van jelen, mely typhus-bacillusokat tartalmaz. 44 ilyen esete közül 9 volt halálos és 8-ban recidiva állott be, míg 969 közönséges typhus-esete közül csak 15 végződött halálosan, recidiva pedig 43 esetben jelentkezett. Az utóbbi években a meningitikus tünetekkel járó esetek feltünően megszaporodtak.

Typhus-bacillus okozta genyes mellhártyaizzadmány egy esetét ismertette *Galliard* (Páris). A 16 éves leánynál enyhe lefolyású typhus után a bal mellkasban fájdalmak jelentkeztek mérsékelt láz kiséretében. A 14 nap mulva végzett próbapunctio véres-genyes izzadmány jelenlétét deritette ki, mely typhus-bacillusokat tartalmazott. Thoracocentesissel 250 kcm. genyet bocsátottak ki és a pleura fertőztelenitésére 50 gramm híg carbolsavat fecskendeztek be, mire súlyos carbolmérgezés tünetei jelentkeztek. A következő hetekben még ötször ismételték a thoracocentesist, mindannyiszor különböző mennyiségű genyes folyadékot bocsátva ki. A beteg teljesen meggyógyult.

A heveny tüdővizenyő pathogenesise képezte egy másik főtárgyát a megvitatásnak. *Masius* (Lüttich) mint referens mindenekelőtt felsorolja az eddig létező három elméletet. 1. Tisztán mechanikus elmélet, mely az oedemát az oldalnyomásnak tetemes fokozódására a hajszáledényekben viszi vissza. 2. Hamburger-Heidenhain-féle elmélet, mely szerint az oedema a capillaris-falzat endothelsejtjei fokozott secretorius működésének következménye. 3. A Winter, Starling és mások által felállitott elmélet értelmében az edényfalakon innen és túl levő folyadékok megváltozott osmotikus viszonyai, valamint az edényfalak megváltozott átbocsátó képessége okozzák az oedemát. Klinice három alak különböztethető meg: 1. Lobos oedema, mely valószinűleg egy vasodilatatorius reflex következménye. Valami alkalmi ok befolyása következtében körülirt helyen vagy diffuse jelentkezik és mikrobabevándorlás által az edényfalak laesiojához vezet. 2. A pangási oedema a leggyakoribb és szívbajok (főkép stenosisok), véredény- és vesebetegségek kiséretében lép fel. Az idetartozó számos kisérleti vizsgálat nagyon ellentétes eredményeket adott; legbiztosabban úgy idézhető elő kisérletileg tüdővizenyő, ha a tüdőütérben a nyomást fokozzuk. A pangási tüdővizenyő keletkezésénél nagyon különböző tényezők közreműködhetnek, a tüdőcapillarisok falzata azonban mindig megváltozik, könnyebben átjárhatóvá lesz. 3. A toxikus oedema, a melyet azonban eddig még csak kisérleti vizsgálatokból ismerünk (muscarin, jod).

Teissier (Lyon) mint correferens azt hiszi, hogy a heveny tüdővizenyő pathogenesise úgy fejthető meg legjobban, ha felveszszük, hogy úgy mechanikus zavarok, mint idegbefolyások (vasomotorius zavarok) és infectiosus-toxikus okok együttesen működnek közre. Előrement fertőző betegségek gyakran előkészitik a talajt az oedema fejlődésére. Nevezett tényezők együttműködésének szükségességét kisérletes vizsgálatokkal is sikerült bebizonyitania, a mennyiben azt találta, hogy muló mechanikus zavarok, még ha nagyok is (az aorta összeszoritása háromszorosra növekedett nyomással), nem okoznak oedemát; idegbaesiok (a vagus átmetszése és resectioja) egymagukban szintén nem vezetnek oedemához, ha azonban mechanikus akadályokkal kapcsoljuk őket össze, kisfokú muló oedema keletkezik, mely nagyfokúvá lesz, ha még valami vérmérgezés (methylsalicylat) is hozzájárul. A heveny tüdővizenyő többnyire gyorsan halálra vezet. A roham súlyossága függ a vesék működésképességétől. A gyakorlati tapasztalatok szerint az érvágás haszonnal járhat, valamint amylnitrit és carbol a bélbe fecskendve. Morphium kerülendő; az atropin hatástalan.

Huchard (Páris) szerint magából a klinikai képből is teljesen megfejthető a pathogenesis. Az oedema kiindulási pontja mindig a szivizom insufficientiája. A gyógyítás szempontjából első helyen áll az érvágás. Jod és morphium nem ajánlhatók.

Dieulafoy (Páris) azt mondja, hogy heveny tüdővizenyő néha acut nephritisnél, még scartalina-nephritisnél is jelentkezik, úgyszintén lappangó, jelentősebb tünetet nem okozó Bright-kórnál. Az ilyen eseteket eddig még nem tudjuk magyarázni. Súlyos anatomiai elváltozások a szivben vagy aortában nem lehetnek jelen, mert a roham után a betegek gyakran felépülnek. Az érvágás az ő véleménye szerint is a legjobb szer.

A herpes szerepe fertőző betegségeknél. Widal (Hyères) az utolsó nagy influenza-járvány alkalmával szerzett tapasztalatai alapján a herpest a pathogen bacteriumok bejutása helyének tartja. A herpes-hólyagcsákból azután a véráramba és így a szervekbe jutnak a bacteriumok. Különösen áll ez az influenza-pneumoniára nézve.

A májsejtek elváltozásáról anaemiáknál Gilbert és *Garnier* (Páris) szóltak. Ismételt vérbocsátással vérszegénynyé tett házinyulak és kutyák májsejteiben állandóan találtak egy elváltozást (tuméfaction transparente), mely néha necrosisig halad előre. Az elváltozás kezdeti szakában csak fénylő golyócskákkal teltnek mutatkozik a sejtek protoplasmája. Ezt a kezdeti szakot egy purpura haemorrhagicában elhalt fiatal leány májában is megtalálták. Az elváltozás nem zavarja meg szükségképen a sejtek működését.

„*Fièvre hépatique intermittente*" elnevezéssel Charcot elkülönitette az epekőkólika rohamot kisérő láztól azt a tünet-csoportot, melyet cholelithiasisnál elég gyakran, choledochuselzáródásnál daganatok, echinococcus-tömlők által pedig néha észlelünk s a mely rázóhidegből és lázból áll; ez utóbbi néha oly feltünő rendszerességgel jelentkezik, hogy valódi intermittenssel tévesztheto össze. Icterus és fájdalmak hiányozhatnak. Nyilván az epeutak fertőzése oka a bajnak, feltünő azonban, hogy az erős lázrohamoknak néha hónapokon át fennállása daczára az epeutakban genyedés nem jelentkezik. A továbbiakban azután bőven kitér előadó a hugyanykiválasztás csökkenésének kérdésére ezen betegségnél.

A typhus kapcsán jelentkező gégefekélyekről tartott előadásában *Vincent* (Val-de-Grâce) saját bacteriologiai vizsgálatai alapján arra az eredményre jut, hogy typhusnál a gége-affectiokat nem közvetlenül a typhus-bacillus okozza, hanem azok más bacteriumos infectiokra vezetendők vissza. Két esetében streptococcust talált a gége fekélyeiben.

Influenzás eredetű pneumoniák gyógyítására Villand (Marseille) a következő kezelésmódot ajánlja: 1. 200—300 gramm vér kibocsátása még öregebb egyéneknél is; ez fiataloknál még 2—3-szor ismételhető. 2. Közvetlenül utána sterilizált mesterséges serum bőr alá fecskendése 2—3-szor naponként 100—150 gramm mennyiségben. 3. A mellkasnak három óránként megújitandó hideg begöngyölése. Ezen kezelés mellett körülbelül 300 betege közül alig veszitett 10%-ot.

A pulzáló pleuritis kórszármazása képezte *Béclère* (Páris) előadásának tárgyát. Pulzáló pleuritis csak a baloldalon fordul elő, tuberculosus eredetű, mindig genyes; gyakran társul hozzá a tüdő perforatioja és pneumothorax. Mindig lassan fejlődik, a bal tüdőt erősen összenyomja és a szivet helyéből erősen elmozditja, a nélkül, hogy az életet veszélyeztetné. A pulsatio keletkezése úgy magyarázható, hogy a genyes folyadék megszaporodásakor a jobboldali, fibrosuson megvastagodott fala a mediastinumnak nagyobb ellentállásra lévén képes, mint a baloldali bordaközök, a sziv minden összehúzódáskor ez utóbbiak felé nyomul. Ezen magyarázat helyességének bizonyitására hullákon végzett kisérleteit, Röntgen-felvételeit és egy véletlen kedvező klinikai észleletét hozza fel.

Haematocit nevű új készülékével *Daland* (Philadelphia) nagyon gyorsan képes a vörös vérsejtek számát meghatározni. A készülék lényege egy beosztott pipetta, a melybe egy kevés vért téve, ezt centrifugálja; a képződött üledék magasságából következtet a vérsejtek számára.

Az aspergillosis mint elsődleges megbetegedés. A régebbi felfogással szemben *Renon* (Paris) kimutatja, hogy az aspergillus fumigatus nemcsak másodlagos parasita, hanem elsődleges kórokozó is lehet. A primär aspergillosis szerinte nem is olyan ritka és a tüdőben pseudotuberculosist okoz; az aspergillosis a tüdőben vagy gyógyulással végződik, ha a gombatelep kilökődik, vagy pedig üregképződéshez és halálhoz vezet. A betegség aetiologiájában nagy szerepet játszik a gabonaneműekkel való foglalkozás. A tüdőaspergillosis állatokon kisérletileg is előidézhető.

A heveny izületi csúz bacteriologiája. Triboulet (Páris) szerint úgy az egyszerű heveny izületi csúznál, mint complicatioinál (endo- és pericarditis stb.) nagyon különböző fajta bacteriumok találhatók, ezeknek

azonban egyike sem specifikus. Azok az esetek, melyekben a vér nem tartalmaz bacteriumokat, prognostice kedvezőbbek, míg a bacteriumos esetekben complicatioktól kell tartani. Ugy látszik, hogy a heveny izületi csúzban szenvedők vére rendkivül kedvező táptalaja a bacteriumoknak, a melyek valamikép bejutva másodlagos infectiokat hoznak létre.

Widal (Páris) heveny izületi csúz három esetében a savós izzadmányban polynuclearis leukocytakat talált, míg traumatikus izületi loboknál ilyenek nem fordulnak elő.

A vér elváltozásai purpura haemorrhagicánál. Lenoble (Brest) purpura több esetében a következő elváltozásokat találta, melyeket jellegzőknek tart: 1. a vérből nem válik ki serum, a mennyiben az alvadék nem húzódik vissza; 2. a haematoblastok száma az eset súlyosságával arányosan csökkent; 3. magot tartalmazó vörös vérsejtek vannak jelen.

Apert (Páris) a vérmegalvadás emlitett rendellenességét szintén többször látta purpura haemorrhagicánál, de nem mindig; másrészt néha más betegségeknél, így typhusnál is előfordul.

A köszvény pathogenesise. Le Gendre (Páris) mint referens mindenekelőtt az eddig felállított számos elméletet ismerteti. Azután kifejti, hogy a statistika minden kétségen felül megállapitotta, miszerint a köszvény különösen olyan egyéneknél jelentkezik, a kiknek családjában valami arthritikus általános megbetegedés vagy valami táplálkozási zavar (diabetes, elhizás) fordult elő. Ugy a mint Bouchard a diabetesre nézve bebizonyitotta, hogy az a szövetek czukorelégető képességének csökkenésén alapszik: a köszvényre nézve is felvehető, hogy ennél a N-tartalmú anyagok feldolgozása a sejtekben hiányos. A szerzett köszvény czélszerűtlen életmód (túlságos N-tartalmú táplálék, sok oxalsavat tartalmazó tápanyag, fermenttartalmú italok, elégtelen testmozgás, az idegrendszer túlságos megerőltetése) vagy pedig mérgezés (ólom) következménye. Az öröklött köszvény úgy származik, hogy a sejtek táplálkozási zavara átvitetik a petére és spermatozoákra.

A correferens *Duckworth* (London) a köszvényt szintén valami táplálkozási zavarnak tartja; bizonyos szervekben, talán a vesékben és valószinűleg a májban is, az anyagáthasonulás tökéletlen. E mellett megvan a hajlandóság túlságos sok húgysav képződésére, a mely azután periodice a vérben felhalmozódik. Ezen zavar természete szövettanilag nem fejthető meg, mert nem valami structuralis változáson, hanem a sejtműködésnek valószinűleg trophoneurotikus befolyásolásán alapszik. Az anatomiai elváltozások másodlagosan keletkezhetnek és már csirájukban öröklődhetnek. Az uricaemia jellegző a köszvényre, ilyen módon semmiféle más betegségnél sem található; de nem maga az uricaemia idézi elő a köszvényrohamokat, hanem ezek bizonyos trophoneurotikus befolyások alatt keletkeznek. A köszvénynél úgy mint minden húgysavas diathesisnél valami centralis neurosis van jelen. A húgysav nagy mennyiségben rakódhatik le a test legkülönbözőbb részein, a nélkül, hogy fájdalmat vagy rohamot váltana ki. Gyakran spontan kiválasztatik, de mindig megvan a hajlandósága a véredényekkel kevésbbé ellátott szövetekben állandóan ott maradni. A köszvény lényeges pathogenetikus tényezői tehát egyrészt a sejtek és szövetek rendellenes anyagcseréje folytán beálló vérelváltozás, másrészt pedig a helyi trophoneurotikus zavarok.

Teissier (Lyon) szerint különbséget kell tenni a tulajdonképeni köszvény és a köszvényes rheumatismus között, mert keletkezésük mechanismusa nagyon különböző. A köszvénynél fölös húgysav rakódik le a szövetekben, míg a köszvényes rheumatismusnál nem, hanem oxalsav van fölös mennyiségben jelen.

His (Leipzig) azt mondja, hogy a húgysav előfordulása a vérben talányos, mert nagyon könnyen bomlik, már vízben is feloldódik. Az csak úgy lehetséges, ha a húgysav a vérben egy eddig még ismeretlen összeköttetésben van jelen. A lerakódott húgysavkristályokat, úgy mint más idegen testeket, vándorsejtek veszik fel és bontják el. Ilyen módon nagymennyiségű urat tűnhetik el a testből. Olyan szerek használata, melyek a húgysavval könnyen oldódó összeköttetésbe lépnek, teljesen értéktelen. A húgysav oldódik ugyan, többnyire azonban valami jelenlevő basissal egy más nehezen oldódó só áll elő.

A pleuritikus exsudatumban található sejtek diagnostikai fontosságáról tartottak előadást *Widal* és *Ravant* (Páris). A próbapunctioval nyert néhány köbcentimeter folyadékot defibrinálják, centrifugálják és az üledéket thioninnal, haematoxylin-eosinnal és Ehrlich-féle triaciddal megfestik. Idiopathikus pleuritisnél kizárólag kis lymphocytákat és kevés vörös vérsejtet találunk. Tuberculosus pleuritisnél nagyon ritkák az alakelemek, csak néhány régi, deformált polynuclearis leukocyta szokott előfordulni. Streptococcust tartalmazó serofibrinosus pleuritis egy esetében neutrophil polynuclearis leukocyták voltak jelen. Legnevezetesebb a pneumococcus okozta pleuritisnél található lelet; vörös vérsejtek és néhány lymphocyta, nagyon sok polynuclearis és endothelialis eredetű mononuclearis sejt, melyeknek némelyike nagyon nagy és protoplasmájában polynuclearis sejteket is tartalmaz. Traumatikus, továbbá szív- és vesebajosok aseptikus pleuritisénél jellegzők a serosa felületéről származó, egyenként vagy 2—4-es csoportokban álló nagy endothelsejtek.

Tuberculosus peritonitis gyógyitására Baylac (Toulouse) nem végez laparotomiát, hanem csak punctiot: az exsudatumot kibocsátja és 45°-ra felmelegitett sterilizált vízzel kiöblíti a hasűrt; 8 eset közül 5 teljesen gyógyult, 3-nál pedig muló javulás következett be.

Az amoeba coli pathogen hatása Fenoglio (Cagliari) szerint legalább is nagyon kétséges, a mennyiben egészséges emberek belében is található, másrészt pedig a dysenteriával szemben nagyon fogékony macskára átvive, ennek belében specifikus laesiot nem okoz.

A veseinsufficientia. Achard (Páris) mint referens nagy elismerésel szól a Korányi Sándor-féle eljárásról (kryoskopia), a melyet azonban a mindennapos használatra mégis kissé komplikáltnak tart. A functionalis veseelégtelenség felismerésére legalkalmasabbnak tartja a methylenkék kiválasztásának megfigyelését 5 centigramm bőr alá fecskendezése után. Egészségeseknél $^1/_4$—$^1/_2$ óra mulva jelenik meg a vizeletben a methylenkék, míg kóros viszonyok között később. Még fontosabb a kiválasztás tartama: normalis viszonyok között 35—60 óra; a vesék abnormis átjárhatósága esetén (a hámsejtek desquamativ hurutja) vagy nagyfokú insufficientiánál rövidebb idő, többnyire azonban hosszabb idő. Normalis viszonyok között az első huszonnégy órában a befecskendezett mennyiség fele ürül ki, idült nephritisnél kevesebb. Végül a kiválasztás normalis rithmusa (fokozatos emelkedés a maximumig, azután fokozatos csökkenés) is megváltozhatik kóros viszonyok között, sőt megszakitottá is válhatik.

Laache (Christiania) mint correferens kiemeli, hogy a functionalis diagnostika most már a vesebajoknál is kezd előtérbe lépni, a mi szükséges is, mert a vesebetegségek különböző alakjait csak részben tudjuk anatomiailag elkülöníteni; de symptomatologiai tekintetben is sokszor elmosódnak egymásba a nephritis különböző alakjai, egyes tünetek pedig anatomice még meg sem magyarázhatók. Példa gyanánt felhozza a cyklikus albuminuriát, mely bizonyos mérvű veseinsufficientiára vezetendő vissza. Oda kell törekednünk, hogy a veseinsufficientiát még a manifest tünetek kitörése előtt felismerjük. A prophylaxist illetőleg, minthogy az arterio-sclerosis fontos aetiologiai momentum, az alkohollal való visszaélesre mindig figyelemmel kell lenni. A gyógyitás szempontjából először a gyengült szervet kell kimélnünk, azután, ha a húgycsatornácskák már eltömültek, iparkodnunk kell a húgycsatornácskákból a kóros termékeket eltávolitani a test kimosása által (bő vízivás és physiologiai konyhasó-oldat befecskendezése).

Richter (Berlin) utal a Korányi-féle eljárás fontosságára a veseinsufficientia diagnosisánál és felemlíti kisérleteit azon kérdés eldöntésére, hogy adott esetben meghatározható-e a két vese által végzett munka nagysága külön-külön. E czélra az Achard-féle phloridzinmódszert egybekapcsolta az ureterek katheterezésével, a mikor kiderült, hogy normalis viszonyok között phloridzin után mindkét vese egyenlő mennyiségű czukrot produkál, míg kóros viszonyok között a beteg vese kevesebbet, nagyfokú elváltozásnál pedig semmi czukrot sem termel. Ez a vizsgáló mód kapcsolatban mindegyik vese hugyanykiválasztásának meghatározásával és a Korányi-féle módszerrel nagyon pontos betekintést enged a vesemunka nagyságát illetőleg.

Dominicis (Nápoly) kisérletes vizsgálatai alapján a phloridzinglykosuria renalis eredetét kétségbe vonja.

Bernard (Páris) a kryoskopiának előnyt ad a methylenkékmódszerrel szemben és hangsúlyozza, hogy a vesék átjárhatósága független az anatomiai laesioktól; az átjárhatlanság elkülönítendő az insufficientiától.

Urein nevű új szerves anyagot mutatott ki *Moor* (New-York) a vizeletben. Az urein ferrocyankaliummal kék szint ad. Előadó az ureint a vizelet leglényegesebb alkotó részének tartja, úgyszintén okozati összefüggésbe hozza vele a vizelet ammoniakalis bomlását és a vesebajosok uraemiás intoxicatioját.

Vesebetegségek gyógyitása organikus vesekivonatokkal. Tarrulla (Barcelona) ilynemű kisérleteinek eredményei nem biztatók.

Mellékvese-kiirtásokat végzett *Boinet* (Marseille) patkányoknál, mint a mely állatoknál a mellékvesék annyira szabadon és mozgathatóan fekszenek, hogy a hát felől könnyen eltávolithatók. Több száz kisérleti állat közül körülbelül húsznál a mellékvesék kiirtása után az Addison-kór tünetei jelentkeztek; a vérben, a sejtekben és szervekben (máj, lép, mirigyek) fekete és barna pigment volt kimutatható.

A máj zsíros elfajulása phosphormérgezésnél képezte *Sansoni* és *Serono* (Turin) előadásának tárgyát. Szerintük a phosphormérgezésnél megszaporodott májzsir egy része magának a májnak zsíros elfajulásából származik, nagyobb része azonban a zsírsavakból ered, melyek a test szöveteiben képeztettek.

Az autointoxicatiok lényegére és gyógyitására vonatkozó újabb kisérleti adatokat ismertetett *Blum* (Frankfurt a. M.). A szervezetben normalis viszonyok között folyton képződnek bizonyos mérgek, melyeket a pajzsmirigy tesz ártalmatlanná. Ezek a mérgek a bélhuzamból származnak (enterotoxinok). Ha a pajzsmirigy működése megszünik, akkor az enterotoxinok nem tétetvén ártalmatlanná, súlyos zavarok állanak be és ezekkel egyidejűleg anatomiai elváltozások is bizonyos szervekben. A betegség rohamos lefolyása esetén csak a központi idegrendszerben találunk elváltozásokat; ha hosszabb ideig hathattak az enterotoxinok, akkor a vesékben találunk elváltozásokat és pedig a parenchyma degeneratioja mellett főleg interstitialis burjánzást és beszűrődést a glomerulusok környékén. Azoknak az állatoknak a vérében, a melyek vagy spontan, vagy bizonyos kezelés folytán, daczára a pajzsmirigy kiirtásának, egészségesek maradtak vagy a betegségből kigyógyultak, enterotoxinellenes védőanyagok találhatók. Az enterotoxinok az egészséges pajzsmirigyben thyreotoxalbuminok alakjában lerakódnak és lassanként mérgező hatás nélkül valókká tétetnek. A thyreotoxalbuminnal szemben, a mely normalis pajzsmirigy-anyagcsere mellett sohasem jut a vérbe, szintén létezik úgy természetes, mint szerzett immunitás. Enterotoxinok ellen való immunitás nem jár együtt a thyreotoxinokkal szemben való immunitással és fordítva.

Tuberculosis és *syphilis. Bernheim* 43 egyénnél észlelte e két betegség combinatioját, a mi, tekintve e két bántalom gyakoriságát, nem mondható soknak. A syphilis csak a betegség előrehaladottabb szakaiban levő phthisikusokra deletaer hatású. Ha azonban tuberculosis járul syphilishez, akkor a prognosis rossz a lues első és második szakában,

de nem kedvezőtlen a harmadikban. A lues első és második stadiumában levő gümőkóros syphilitikusok rosszul tűrik a higanykúrát; az ilyen betegeket előbb kedvező hygienikus és diaetetikus viszonyok közé kell hozni, mielőtt a higanykúrához fognánk; a higany kis adagokban rendelendő és időnként hosszabb szünetek tartandók.

A rosszindulatú endocarditis heveny izületi csúznál Barié (Páris) szerint ritka. Két gyorsan halálhoz vezetett idetartozó esetről számol be, a melyek közül különösen az egyik érdemel figyelmet, mert boncoláskor nem találtak kielégitő anatomiai elváltozásokat, úgy hogy vagy toxaemiát kell felvenni, mely a heveny izületi csúzt okozott mikrobák termelte toxinok által okoztatott, vagy egy másodlagos fertőzésre kell gondolni.

Dohányzás okozta billentyűbaj három esetét ismerteti *Eid* (Cairo). Ezen esetekben, melyek mind halálosan végződtek, semmiféle más ok nem volt kimutatható, mint a hosszú éveken át folytatott mértéktelen pipázás és cigarette-szívás.

Rendu (Páris) szerint Corsica-szigeten, a hol a dohányzás szintén oly elterjedt, mint Egyptomban, feltünő az angina pectoris esetek gyakorisága; az esetek gyakran billentyűbajokkal szövődöttek.

Aorta aneurysmák gyógyítása gelatina bőr alá fecskendezésével. Paulesco (Páris) hosszasabban szól a Lancereaux által és általa inaugurált módszerről és több kedvező eredményű esetről számol be. Egyúttal bemutat egy aortaaneurysma készitményt, melynél az óriási zsák csaknem teljesen ki volt töltve fibrinalvadékkal, a mit a gelatine-injectiok hatásának tud be.

Heveny szívtágulat malariánál. Tornario (Cairo) malaria 55 esete közül 13-nál acut szívtágulás fejlődését észlelte; az észleletek helyességét Röntgen-felvételek is igazolták. Klinikai tünet gyanánt szívgyengeség volt jelen, mely a lép- és májnagyobbodással egyidejűleg jelentkezett, a láztól pedig függetlennek bizonyult. Talán a malaria-parasiták toxikus hatása idézi elő a szívtágulatot.

Cardioptosis név alatt *Rummo* (Palermo) a szív lefelé sülyedését érti függesztő szálagainak elsődleges meglazulása következtében. A betegség önálló, semmi összefüggésben nincsen a sokkal gyakoribb enteroptosissal. Az arteriosclerosissal sincs viszonyban. Gracilis csontrendszerrel, hosszú mellkassal, gyengén fejlett izomzattal és csekély zsírpárnával biró egyének hajlamositottak e bajra, mely a fiatal korban is előfordul. A ptosis lehet részleges vagy teljes, a mikor a szív egészen a diaphragmán fekszik. Az aorta és főleg az arcus tágul, az aorta hangjai a 3. vagy 4. bordaközben hallhatók legjobban, a Traube-féle félholdképű tér megkisebbedik, néha a bal májlebeny is kissé lejebb száll, úgyszintén a tüdő alsó határa. Subjectiv tünetek: szorulás érzete a mellen, praecordialis félelem, nehézlégzés, szívdobogás, angina pectoris, tachy- vagy bradycardia, úgyszintén különböző neurastheniás tünetek. A baj öröklődik, veleszületett.

Arterio-sclerosis okozta szívarhythmia két alakját különbözteti meg *Huchard* (Páris): *a)* Arhythmia-rohamok, melyek hirtelen lépnek fel, a szívverések rohamosak, egyenlőtlenek; rendes szívműködést mutató szünetek után a rohamok időnként ismétlődnek. *b)* Az arhythmia lappangva, észrevétlenül fejlődik, évekig fennáll a nélkül, hogy a legcsekélyebb functionalis zavart okozná, míg egy influenza, felingerlés vagy étrendi hiba megzavarja az egyensúlyt és nehézlégzéssel, valamint szívdobogással járó rohamok jelennek meg. Ez az alak, mely nagyon komoly jelleget ölthet, digitalisra nem reagál, söt rendesen rosszabbodik; előadó már kicsiny digitalis-adagok után is észlelt halálos kimenetelt.

A nyers húsról a gümőkór kezelésében Furster tartott előadást, különösen a nyershús adásának technikájára terjeszkedve ki. A nyers marha- vagy ürühúsból nyert finom vakarékot mogyorónyi golyókká alakitjuk, melyeket a beteg egyéni izlése szerint czukorral vagy különböző gyümölcsizű gelée-vel boritunk. Ezeket a betegek rágás nélkül egyszerűen lenyelik. Ilyen módon könnyen vihető a szervezetbe a rendes táplálék mellett 100—300 gramm nyershús. Egyidejűleg óránként alkoholtartalmú italok is adandók evőkanálnyi mennyiségben.

A tüdőgümőkór keletkezéséről tartott előadásában *Aufrecht* szövettani vizsgálatok alapján kifejti, hogy a tüdőgümőkór a közepes nagyságú tüdőütérágak falának lobjával kezdődik, melyet lumenük thrombosisa vagy obliteratioja követ. Ennek folytán az a tüdőrészlet, melyben az afficiált tüdőütér elágazik, necrotikussá lesz. A véredények elváltozását a vérben levő gümőbacillusok bevándorlása okozza. A véredények falában a gümőbacillusok ki is mutathatók. Ezek alapján a fertőzés létrejötte a légutakon át kizárható, mert nem lehet elképzelni, hogy az önálló mozgással nem biró gümőbacillus miképen juthatna el a véredényekbe a nélkül, hogy az átvándorolt tüdőrészletben látható elváltozásokat hozott volna létre. Tehát magában a tüdőben kell lennie az oknak, mely a tüdőt a gümőbacillusok letelepedésére hajlamossá teszi. A vér minősége és a vérkeringés kedvezőtlen volta a tüdőben adják magyarázatát annak, hogy miért oly gyakori a tüdőgümőkór. A tüdőütér kis ágai annyival kevésbbé képesek gátat vetni a bacillusok romboló munkájának, mert a jobb szívből kapják a vért, a mely szénsavban és más káros anyagcseretermékekben gazdag. A tüdőcsúcsok praedispositioját egyrészt az okozza, hogy a vérkeringés lassúbb bennük, másrészt, mert itt a tüdőszövet erősebb vongálásoknak van kitéve.

„*Prétuberculose et hérédité. Loi de l'hérédo-reaction*" czimű előadásában *Papillon* (Páris) kifejti, hogy mily nagy fontosságú azon betegségi állapot mérlegelése, mely a tuberculosis tulajdonképeni kitörését megelőzi. Valamint maga a gümőkór, úgy ezen „praetuberculosis"-nak nevezett állapot is rendkivüli mértékben öröklékeny. A praetuberculosis milyenségétől függ az, hogy maga a tuberculosis milyen alakban jelentkezik. Neuropathiás egyének ivadékainál neurasthenia képében, emésztési zavarokban szenvedők ivadékainál dyspeptikus tünetek között kezdődik a tuberculosis; hasonló áll a köszvényre, a szivbajokra és az arterio-sclerosisra nézve.

A vörös vérsejtek resistentiája gyenge sóoldatokkal szemben *Baumholtz* (Szt.-Pétervár) szerint tüdővésznél nagyobb és pedig arányosan a betegség súlyosságával. Ez a jelenség annyira állandó, hogy prognostikus következtetésekre is feljogosit.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

65,402/1900. kig. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye **dunavecsei járásában** lemondás folytán üresedésbe jött és évi 1200 koronával javadalmazott **járásorvosi** állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A pályázati kérvények keresztlevéllel (születési bizonyitvány), orvostudori oklevéllel és a tisztiorvosi minősitési bizonyitványnyal felszerelve, hozzám legkésőbb **f. évi november hó 8-dikáig** nyujtandók be.

Budapest, 1900. évi október hó 15-dikén.

3—1 *Beniczky*, alispán.

4604/1900. ki. sz.

Ondód községben lemondás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhivom a pályázni szándékozókat, miszerint az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képesitést feltüntető okmányokkal felszerelt kérvényüket **f. évi november hó 23-dikáig** bezárólag a moóri főszolgabirói hivatalhoz adják be.

Az állás javadalmazása 1200 korona évi törzsfizetés, éjjel-nappal 1 korona látogatási díj, esetenként 60 filler halottkémleti díj és a hússzemléért a vármegyei szabályrendeletben megállapitott díjak szedhetése.

A választás határidejéül f. évi november hó 24-dik napjának reggel 9 órakor Ondód községházához kitűzöm.

Moór, 1900. évi október hó 20-dikán.

Kovách, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.

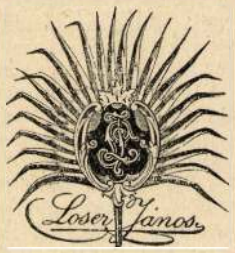
ICHTHALBIN (Knoll)

Szag és íz nélküli Ichthyol-fehérnyeösszeköttetés.

Legjobb módja

az Ichthyol belső adagolásának.

Étvágygerjesztő. Tápfelvételt fokozó. Székszabályozó.



PÁLMA

jelzésű keserűvíz

Loser János forrásából.

Mindazon esetben biztos hatású, a midőn keserűvíz használata ajánlatos.

Elischer Gyula dr., Budapest egyetemi tanár — „Mindig enyhe, jó és biztos sikert értem el vele."

Kétly Károly dr., Budapest egyetemi tanár — „Hatása kellemes, enyhe és biztos."

Lapponi József tnr., Róma a pápa Ő Szentsége orvosa — „A legjobb keserűvíznek találtam."

Lombroso Cesar dr., Turin egyetemi tanár — „Hatása enyhe és minden kellemetlenség nélküli; hasznos a psychosis complicatum esetében is."

Számos más tekintély hasonló nyilatkozatával kitüntetve.

Tulajdonos: **LOSER JÁNOS, BUDAPEST** cs. és kir. udvari szállító.

Dr. FRIES-féle magán-gyógyintézet

ideg-, kedély-, morphium- stb. betegek részére

INZERSDORF Bécs mellett.

Orvosi vezetőség: Professor REDLICH és Dr. E. FRIES.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 43. számához. 5. szám. Budapest, 1900. évi október 28.

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. *Grósz Emil* tnr.: A szemészet egyetemi oktatása. — *Gabler Lajos* dr.: A budapesti egyetemi szemklinikán végzett Kuhnt-féle discissio eredményeiről. — *Scholtz Kornél* dr.: Angioma subconjunctivale. — *Pollacsek Simon* dr.: A trachoma terjedésének okai és az ellene teendő újabb intézkedések. — *Klinikai közlések:* *Grósz Emil* tnr.: I. Sympathicus gyuladás képében lefolyt tuberculosis uveae. II. Gyógyult sympathiás szemgyuladás esete. III. *Steiner Gyula* dr.: Kisebb közlések a kórházi gyakorlatból. — *Irodalomszemle.* — *Vegyesek.*

A szemészet egyetemi oktatása.

Irta: *Grósz Emil* dr. egyetemi nyilvános rendkivüli tanár.[1]

Midőn a király ő Felsége legkegyelmesebb parancsából, a vallás- és közoktatásügyi minister úr jóvoltából s a budapesti tudomány-egyetem orvosi karának és tanácsának megtisztelő bizalmából a szemészeti kórtan és módszertan rendkivüli tanszékét a mai napon elfoglalom, első szavam a hála szava azok iránt, kiknek jóvoltából azon kötelék, mely 18 éve fűz az egyetemhez, állandóvá vált. Ugy érzem, hogy a bizalomra érdemessé csak szakadatlan, becsületes munkassággal lehetek — munkassággal, mely az egyetem két egyenrangú feladatát: a tudomány müvelését és az oktatást szolgálja. Hogy e kettős feladatomat mikép fogom fel s hogy milyen módon igyekezem azt megoldani — ezt szándékozom a mai órában fejtegetni. Ezen czélból mindenekelőtt vázolni fogom a szemészet helyzetét az orvosi tudományokban; mert épen ezen helyzet fogja megjelölni a szemészet egyetemi oktatásának anyagát és módszerét, valamint azon specialis feladatot, mely nekem osztályrészül jutott.

Fejtegetéseim számára alapot, jogot az egyetemi oktatás szabadságának az 1848-dik évi XIX. törvényczikkben gyökerező intézménye nyujt. Az *integra libertas philosophandi* egyetemünk kétségbe nem vonható drága kincse, alaptörvénye, a tudomány előbbrevitelének legelemibb feltétele, mely szabadságnak öntudatos gyakorlása nemcsak jogunk, hanem kötelességünk.

A szemészet fejlődésének tanulmányozása sok tanulságot nyujt, nemcsak azért, mert az emberi szellem győzelmeinek gazdag sorozatát tartalmazza, hanem azért is, mert az orvosi tudomány többi ágainak fejlesztésére irányt, példát mutat. Nemcsak azt tanulhatjuk meg, hogy mikép kell legfontosabb érzékszervünket: a szemet ártalmak ellen megvédelmezni, hanem a természettudományi kutatás módszereinek meggyőző világos alkalmazását és pedig sikeres alkalmazását tanulmányozhatjuk.

Bár a szemészet történetének adatai messzire visszanyúlnak a multba és bizonyságot tesznek arról, hogy ezen szak már több izben volt az orvosi tudományok élén — így a XVIII. században is a hires franczia szemorvosok: Maitrejean, Petit, Daviel, a hályogextractio atyja, korában — mégis a fejlődés legbámulatosabb s reánk nézve legtanulságosabb korszaka az, mely a XIX. század közepén a szemészetet a természettudományokban is páratlan gyorsasággal az orvosi szakmák legexactabbjává emelte.

A mit a szemészet szabad szemmel való megtekintés és gondos észlelés útján elérhetett, azt *Beer* a század elején gondosan feljegyezte, leirásai ma is megállják a helyüket, azon törekvése pedig, melylyel a szembajokat a szervezet egyéb betegségeivel igyekezett kapcsolatba hozni, annak a bizonyitéka, hogy korát jóval meghaladta. De a vizsgáló módszerek tökéletlensége, a kisérletek hiánya, a szem belsejének akkor még láthatatlansága azt eredményezte, hogy a szemészet tana sok, túlságosan sok feltevést tartalmazott. *Beer* és iskolájának, melynek egyik legkiválóbb képviselője *Fabini Th. János* egyetemünk tanára volt, elvitathatatlan érdeme, hogy a szemészet számára az orvosi tudományok között tért foglalt. A borbélyok és hályogszúrók kezéből kiragadta s annak müvelését hivatott kezek számára biztositotta. A termőföld megvolt, csak meg kellett müvelni; az alap készen állott, csak épületet kellett reá emelni. A század derekán ennek is elérkezett az ideje. Bámulatos munkásság indult meg. A földet müvészkezű munkások virágos, gyümölcsös kertté varázsolják, az épületet mesterek emelik s valóban büszkén mondhatjuk, hogy a szemészet tudományának kidolgozásában a legkiválóbb szellemi munkások vettek részt. *Brücke*, *Kölliker*, *Schultze* a boncztant és szövettant, *Müller*, *Virchow* a kórboncztant, *Cramer* és *Donders* a fénytörés és alkalmazkodás tanát, *Helmholtz* a physiologikus optikát, *Arlt*, *Desmarres*, *Bowmann* a therapiát páratlan alapossággal müvelték. — *Descartes*, *Kepler*, *Newton* öröke megannyi mester kezébe jutott, kik mindannyian — a mint a magyar ember mondja — „remekbe“ dolgoztak. De az, a ki az adatok nagy halmazát rendezte, a ki megtanitott, hogy felgyült ismereteinket az emberiség javára mikép értékesitsük, a ki tudományunknak életet adott — az *Graefe Albrecht* volt.

Húsz évig tartó működése a század derekán való feltünésétől a franczia-német háború kezdetén való kimulásáig a müvelődéstörténelem termékeny, tanulságos korszaka.

Most 50 éve: 1850. november 1-én egy berlini keskeny, igénytelen ház második emeletén két kis szobában kezdte meg működését. Két asztalt egymáshoz toltak, — így irja *Michaelis* — azokon állottak az orvosságos üvegek és eszközök, kissé távolabb az iróasztal. Ez volt a vizsgáló és rendelő helyiség. Az operálások számára egy szabónál két szobát bérelt, ez volt a klinika. Huszonkét éves korában külföldi tanulmányútjáról visszatérve, széleskörű általános ismeretek birtokában, productiv szellemének hatalmas erejével a rendelésére eleinte gyéren szállingozó, utóbb áradatként tóduló beteganyagból az emberiség számára a tudomány legdrágább gyöngyeit emelte ki, lángelméje az alaktalan anyagból örökbecsű müremekeket alkotott, az ő kezében aranynyá vált a más kezében értéktelen ércz, az ő gondozásában a terméketlen föld a legnemesebb gyümölcsöket termelte. S ezt az által érte el, hogy minden beteget a leggondosabban megvizsgált, a betegség lefolyását fáradhatatlan éberséggel megfigyelte s a talált adatokat alapos theoretikus ismeretei segélyével feldolgozta és értékesitette. S mennyi gyöngédséggel és emberszeretettel! A legszegényebb beteg volt az ő legjobb barátja, a legnyomorékabb gondoskodásának legfőbb tárgya. Reggeltől estig hivatásának élt, időbeosztása az ember munkaképességének legbámulatosabb példája: a reggelt irodalmi munkásságának szánta, 10 órakor klinikájára ment, visitet és előadást tartott, ezután a városban végezte beteglátogatásait s a klinikára visszatérve ambulantiát tartott, operált, újból meglátogatta a kórházi betegeket s este került a sor a magánrendelésére, mely este 10-ig, éjfélig is eltartott, ekkor még egyszer utána nézett, hogy a klinikáján minden rendben van-e. Rendkivüli szellemi képességeihez tehát páratlan szorgalom és önfeláldozó buzgóság is társult — nem csoda, hogy a szemészet újjáteremtője lett!

Lelkesedése, melylyel gyönge szervezetét egészen hivatásának szentelte, magával ragadta tanitványait s a nélkül,

[1] A budapesti tudomány-egyetemen 1900. szeptember 23-dikán tartott székfoglaló előadás.

hogy rendes tanszéke vagy egyetemi klinikája lett volna — iskolát alapított, iskolát, a melyet önfeláldozó tudomány és emberszeretet jellemez. Ezen rendkivüli munkásság gyümölcsei is páratlanok. Alig adta *Helmholtz* a tudományos világ kezébe a szemtükröt, ez eszközzel rövid néhány év alatt mindazon elváltozásokat megállapította élőben, a melyek azelőtt csak a kórboncztan művelői előtt voltak ismeretesek. Az amblyopia és amaurosis fejezetéből a szemfenék betegségeinek gazdag képtárát festette meg, a közegek zavarainak legkorábbi jelenségeire reá utalt, a szemmozgások bonyolult mechanismusát kideritette, a glaucomát, e szörnyű betegséget gyógyíthatóvá tette, a hályogoperálás olyan methodusát adta kezünkbe, mely a sebészetnek már halála után bekövetkezett óriási haladása ellenére ma is a legbiztosabb, a legtökéletesebb módszer, a genyedő szemgyuladások legerélyesebb ellenszerét, az argentum nitricumot népszerűvé tette, a perimetria az ő kezében értékes diagnostikus eljárássá vált s mindenek fölött a szembajoknak általános betegségekkel való összefüggését oly meggyőzően bizonyitotta, hogy *Griesinger* és *Traube* hozzá jöttek, hogy a belső betegségek diagnostikájában az ő hathatós támogatását kérjék, annak módszerét megtanulják.

A *Graefe* által alapitott s mai napig az ő nevét viselő „Archiv für Ophthalmologie“ kötetei termékeny szellemének bámulatosan gazdag gyümölcseit tartalmazzák.

Hogy ilyen példaadás a szemészet művelőit emberfeletti erőfeszitésre buzditotta, az természetes, s a nagy kézikönyv, mely 1874—1880-ig terjedő hét év alatt jelent meg s mely az ő emlékének van ajánlva, a szemészet oly fejlettségéről tesz tanúságot, a melyet a többi szakmák képviselői is elismertek.

Fejlettségről, de nem befejezettségről!

A szemészetnek épen úgy nincsenek dogmái, a mint nincs egyetlen természettudománynak sem, hanem a fejlődés törvényének alávetve tovább tökéletesedett. A cocain és asepsis a szemészeti operálások indicatioit kiterjesztették és biztonságukat növelték, a szövettani vizsgálatok a látás centrumáról, valamint a látóideg rostjainak lefutásáról alkotott fogalmainkat tisztázták, a *Javal-Schiötz* ophthalmometere, de különösen *Cuignet* módszere: a skiaskopia a fénytörés objectiv meghatározásának módjait gazdagitották, a sideroskop és az electromágnes a veszedelmes szemsérülések végzetességét enyhitették, a bacteriologia a szembajok prophylaxisát fejlesztette, a trachoma mechanikus gyógyitása az eddiginél jobb sikereket igér, a nagyfokú rövidlátás operativ gyógyitása pedig a munkaképtelenek nagy számának a kenyérkeresetet lehetővé teszi.

De ezen gyors fejlődésnek kinövései is kezdtek mutatkozni. A szemészet elhagyva a testvérszakokat, az orvosi tudományok többi ágaitól elszakadni készült. A sebészettől elvált, a belgyógyászattal való rokonságot pedig nem akarták elismerni. S ez súlyos veszedelmet rejtett magában. Annyit jelentett volna, mint általános érvényű törvények kutatása helyett egyoldalú hajszálhasogatásba merülni. A munkafelosztás eredményezte a specialis szakok felvirágzását, de ezen munkásság értéktelenné válik, a mint az együttműködés megszünik. Pedig a szembajoknak általános betegségekkel való összefüggését már *Hippokrates* is mint örökséget kapta, *Beer* pedig 1791-ben külön könyvben szól azon szembajokról, a melyek a szervezet általános betegségeiből származnak; 1812-ben megjelent tankönyvét azzal vezeti be, hogy a szemet, mint a szervezet mikrokosmosát mutatja be. Mindaz, a mi a szemre hat, az egész szervezetet is érinti, a mi az utóbbit befolyásolja, az a szemre is hat. Fabini — Beer tanitványa — is nagy súlyt helyezett e viszonyra s 1817. junius 27-dikén tartott székfoglaló beszédében kiemeli „az összes orvosi tudományokkal való benső összefüggést“ s ennek jelentőségét.[1] Tankönyvében kifejti, hogy a szemészetet „mint ivadékát, egyszersmind egészlő részét kell tekinteni az életműség egyetemes esméreteinek vagyis az egyetemes orvostudománynak“. Viszont a „szemorvostudomány — úgymond — gyakran uzsorával fizeti vissza azon világot, melyet az egyetemes orvostudománytól kölcsönzött“. Hogy *Graefe* maga mennyire ápolta az összefüggést, azt már előbb emlitettem s csak az ő örökét fejlesztették *Förster*, *Gowers*, *Kniess* és *Jacobson*, a kik a kapcsolat fentartásán s annak szervesebbé tevésén fáradoztak. Egy század után tehát újból ama álláspontra helyezkedünk, a melyen *Beer* állott, csakhogy nem tisztán empirikus alapon, hanem anatomiára és physiologiára támaszkodva, ez különösen annak folytán sikerül, hogy a kórboncztan épen a szemészet terén lett leginkább *Rokitansky* óhaja szerint anatomiai pathologiává. Ilyen módon nem szoritkozunk többé annak a constatálására, hogy a szembajok általános betegségekkel *együttesen* fordulnak elő, hanem az összefüggés *lényegét* kutatjuk. Ez pedig annyit jelent, mint a szemészet philosophiájával foglalkozni. Joggal mondja *Buckle*, hogy minden szakma philosophiája a más szakokkal való összefüggésen nyugszik s ezért azt az érintkezési pontokon kell keresni. Már pedig *Hippokrates* mondta: az ἰατρὸς φιλόσοφος ἰσοθεος: a philosophus orvos Istenhez hasonló.

A szembajoknak a szervezet egyéb betegségeivel való összefüggése vagy úgy történik, hogy a szem alkotja a kiindulás helyét vagy a szem a másodlagos tünet székhelye. Az előbbi módra példa, ha a szemhéjon van a syphilis első fekélye, vagy ha a kötőhártya a tuberculosis első fészke, a gonorrhoea conjunctivae izületi gyuladás forrása lehet, rossz indulatú daganatok közvetlenül a szemről az agyba terjedhetnek (glioma) vagy metastasis útján a májba (sarcoma).

Sokkal gazdagabb az alkalom a másik módra, a midőn a szem másodlagosan betegedik meg. Ennek számtalan nyilvánulási alakja van. A kanyaró akkor okoz kötőhártyahurutot, a mikor a bőrexanthema még meg sem jelent, a hólyagos himlő a bőr bántalmával egyidejűleg jelenik meg a kötőhártyán vagy a szarúhártyán; a syphilis a szivárványhártyán, érhártyán, ideghártyán kórjellemző alakban mutatkozik, sőt az öröklött syphilis: a lues hereditaria tarda is okozhat a szarúhártyán a keratitis interstitialis diffusa képében jellemző elváltozást. Az ideghártya az alkati betegségek érzékeny jelzője: a czukorbetegség, a fehérvérűség, a fehérjevizelés typusos kórképeket idéznek elő. Az agydaganatnak a látóidegfő pangásos gyuladása a legállandóbb és legbiztosabb tünete. Az egyszerű látóidegsorvadás évekkel, néha évtizedekkel megelőzi a gerinczvelősorvadás egyéb jelenségeit az aorta és ágainak hypoplasiája eddig nem ismert biztos tünetét sikerült a retina erein kimutatnunk. A nicotin-, az ólommérgezést a szines látótér pontos vizsgálata deriti ki s ugyancsak a látótér hemianopiás jellege pontosan lokalizálhatja az agybántalmat, sőt a serdülő korban kimutatható centralis látótérskotoma egyéb külső ártalmak hiányában kideriti egy szomorú családi betegségnek, az öröklődő látóidegsorvadásnak jelenlétét. A pupillák *Argyl Robertson* nevét viselő tünete a központi idegrendszer két súlyos bántalmának, a paralysis progressivának s a tabes dorsalisnak árulója. Sőt, ha az alapbántalom látszólag meg is gyógyult, még mindig jelentkezhetnek utóbajok, így a diphtheria után alkalmazkodási bénulás, influenza után neuritis optica vagy tenonitis, syphilis következtében szemizombénulások.

Az összefüggés tehát olyan sokszoros, hogy az kiterjed a szem minden alkotórészére s így a szembajok jelentőségükben sokat nyertek. A szervezet betegségei nyitott könyvet képeznek, de a könyv sok nyelvű s az orvosnak minden nyelvet értenie kell, hogy elboldoguljon. Nincs borzasztóbb, mintha az orvos, kit segitségül hivnak, tanácstalanul áll a beteg előtt s viszont semmi sem nyujthat nemesebb örömet, mintha a legtökéletesebb szervezetbe bepillantva, annak törvényeit tanulmányozhatjuk, működésére befolyást gyakorolhatunk, a nagy mesternek, a természetnek a gyógyitásban segitségére siethetünk.

Hogy a szemészet, a mint azt *Graefe* 1865-ben mondott beszédében is kifejtette, az orvosi tudományok talaját olyan sokszorosan megtermékenyitette, annak kettős forrása van. Egyrészt a szem legmegbizhatóbb érzékszervünk számára a mélyéig hozzáférhető, a látóidegfőt egy valódi agyrészletet,

[1] In intimo nexu cum universa scientia salutari constituta, numerosis afflictis salutem et solatium fert.

valamint a retina vérkeringését átlátszó falakon át, húszszoros nagyítás alatt tanulmányozhatjuk, másrészt működése fáradságos, de eredményes kutatás folytán a részletekig ismeretes. Ennek következtében nemcsak a kórboncztani elváltozások és klinikai leletek teljesen fedik egymást, hanem a pathologikus folyamatnak a physiologikusból való alakulása annyira szembeszökő, hogy a legkisebb elváltozások mathematikai formulákban kifejezhetők. Mindezekhez járul, hogy a szem a kisérleteknek is hozzáférhető s így az észleléshez ezen tökéletesebb természettudományi módszer is társul. Elég a kisérleti keratitisre utalnom, mely a gyuladásról alkotott fogalmaink tisztázásához nagy mértékben hozzájárult.

Ime szervezetünk $^1/_{2000}$ részének, a szemnek s betegségeinek jelentősége az orvosi tudományokban!

***

A szemészet anyagának ezen megnövekedése s az orvosi tudományok többi ágaival való szerves kapcsolata maga után vonta a szemészet *oktatásának* átalakulását is. De ez átalakulás nem volt képes a tudomány fejlődésével lépést tartani.

Németországban a szemészet oktatását megbénította azon körülmény, hogy egészen az utolsó időkig mint a sebészet függeléke szerepelt. A kiknek feladata a szemészet oktatása is volt, azt mondták, hogy a szemtükör rossz szemű embernek való; s a jó szeműnek nincs reá szüksége. Egyikük kijelentette, hogy a szemtükröt a kezébe sem veszi, mert veszedelmes a káprázató fényt a beteg szemébe vetíteni. Németország leghiresebb tanárai hallani sem akartak arról, hogy a szemészet egyenrangú tárgy legyen, sőt a porosz képviselőházban a 60-as években *Virchow* is ellene nyilatkozott. Majdnem hihetetlen, hogy *Graefe* a berlini egyetem legfőbb büszkesége nem volt képes szakmájának rendszeresitett tanszéket kivívnia. Őt magát ugyan 1866-ban kinevezték 500 tallér fizetéssel rendes tanárrá, de a klinika a sebész *Jüngken* kezében maradt. Hogy az oktatásra alkalmas fekvő anyaggal s megfelelő segédszemélyzettel rendelkezzék, évente 5000 tallért költött. Ez Graefe helyzete volt; képzelhető, hogy milyen lehetett az oktatás ügye a többi német egyetemen. *Jakobson* valóban joggal adhatta a szemészetnek a porosz egyetemeken való képviseletéről irt brochurejének „Ein Nothstand im Cultus" czímet. Csak *Graefe* halála után 3 évvel 1873-ban rendszeresitették Königsbergben az első rendes tanszéket s jó ideig tartott, míg valamennyi német egyetem megkapta. A jelenleg érvényes tanulmányi rend szerint az orvosjelölt félévig köteles szemészeti klinikán practizálni, az államvizsgálaton pedig a censcaló előtt egy szembeteget megvizsgál, az eset előzményeit, kórjelzését, jóslatát s a gyógyítás tervét megállapítja, a leletet azonnal jegyzőkönyvbe veszi s ez alapon kórleirást szerkeszt. A beteget a censor felügyelete alatt három napon át gyógyítja s ez alatt más eseteken is igazolnia kell, hogy a szemészetben jártas.

Az alkalmazott rendes és rendkivüli tanárokon kivül a magántanárok nagy száma vesz részt az oktatásban. Az által, hogy ezek habilitatioja is az egész tárgyra szól, a hallgató az ismeretszerzésre bő alkalmat talál.

Francziaországban 1879-ben nevezték ki a szemészet első rendes tanárát, a stage (kórházi gyakorlat) a szemészetből nem feltétlenül kötelező s még most sem külön vizsgálati tárgy. Nem jobbak e tekintetben a viszonyok Angliában sem.

Még legkedvezőbb helyzetet talált tudományunk felvirágzása *Ausztriában* és *Magyarországon*, hol a szemészetnek már e század elején külön tanszéke volt. Ezen kivételes állapot *Beer*-nek köszönhető. Pedig az ő pályája sem volt sima. A mikor *Mária Terézia van Swieten* ajánlatára a XVIII. század végén *Barth*-nak megparancsolta, hogy két szemoperateurt képezzen, *Beer* mellőzésével más két orvost választott, kiknek nevét a krónikás feljegyezte ugyan, de a tudomány nem. Ennek ellenére *Beer*-nek sikerült iskolát alapitania és az egyetemen a szemészet rendszeresitett tanszékét elnyernie. Ugyancsak *Beer* hatása eredményezte, hogy Budapesten már 1801-ben külön szemészeti klinikát állitottak fel. Igaz ugyan, hogy csak hat ágya volt, de hiszen *van Swieten* a Hollandiából Bécsbe meghivott hires klinikus Anton de Haën számára is csak 12 ágyas belgyógyászati osztályt rendezhetett be. Ugyancsak *Beer* befolyásának köszönhető, hogy tanitványa és segédje *Fabini Theofil János* a budapesti egyetemen kizárólagosan a szemészetet tanitotta. Sőt az is bizonyos, hogy a század legelején *Le Febure* a Párisból menekülni kényszerült hires franczia szemorvos is tartott egyetemünkön előadásokat. A midőn a nyugati culturállamok egyetemein a szemészetnek nem volt rendszeresitett képviselete, a budapesti egyetem *Fabini* személyében e szakma hivatott művelőjét nyerte, a ki egész erejét tárgyának szentelve olyan tankönyvet irt, melyet olasz és hollandi nyelvre lefordítottak s melyet Utrechtben és Páduában tanitottak.

Fabini a szemészet oktatásának emelésén is buzgón fáradozott. Ezen törekvéseinek irott bizonyitékát birjuk azon kéziratgyüjteményben, melyet a *Fabini*-család *Wlassics Gyula* közoktatásügyminister úr, akkor egyetemünk tanára, ajánlatára még 1892-ben tanulmányozás czéljából átengedett s midőn annak értékéről meggyőződtem, a szemklinika könyvtárának ajándékozott. A tudományos dolgozatok között megtaláltam azon felterjesztést: „Propositiones institutionem artis oculisticae in R. Scientiarum Universitate Hungarica Pesthiensi concernentes", melyben *Fabini* a szemészet oktatására javaslatokat tesz s mely szerint azt kivánja, hogy a szemészetet 2 éven át tanitsák és pedig a harmadéves orvosnövendékeknek elméletileg heti három órában, a negyedéveseknek heti hat órában, hogy „a fiatal orvosok a tanár felügyelete alatt gyógyitván a betegeket s a betegség jelenségeit feljegyezvén, a betegen naponkint észlelhető elváltozásokat pontosan megfigyelhessék s hűen megjegyezhessék s ily módon a veszélyes magángyakorlatra előkészüljenek."[1]

Ime a gyakorlati oktatásnak ma is helyes programmja olyan időből, a midőn az oktatás egész Európában köteles tankönyvek alapján, főleg elméletileg történt. *Fabini* 1847-ben bekövetkezett haláláig hű maradt programmjához s tényleg azt mondhatjuk, hogy az ő idejében Lipcsét kivéve, hol *Beer* tanitványa *Ritterich* oktatott, egyetlen külföldi egyetemen sem volt méltóbban képviselve, mint ő benne.

Fabini halála után *Lippay Gáspárt* nevezték ki; a tudományos és politikai viszonyok azonban nem voltak kedvezők arra hogy *Helmholtz* és *Graefe* tanai a klinikán csakhamar meghonosodjanak, de 1874 óta, a mikor a rendes tanszéket *Schulek Vilmos* foglalta el, az újvilág-utczai épületbe új szellem költözött be.

A gyakorlati oktatás anyaga hatalmasan megnövekedett (1873-ban 500 volt a járó betegek száma, 25 évvel később 9000, a klinikán ápoltaké ez idő alatt 121-ről 1000-re emelkedett), a felszerelés kiegészitést, a klinika 1884-ben az eddiginél jobb hajlékot nyert, gazdag könyvtár létesült, a segédszemélyzet megháromszorozódott, élénk laboratoriumi és irodalmi munkásság indult meg (a mester és tanitványai 25 év alatt 322 önálló közlést publikáltak); a szemészet oktatását fél évről egész évre kiterjesztette, a hallgatóságnak a tudomány egész anyagának rendszeres tárgyalását nyujtja, az operálások nagy számát (évente körülbelül 1000) bemutatja, alkalmat ad a kórházi és járó betegek vizsgálására és észlelésére; a szemtükör nem többé mystikus eszköz, hanem közkézen forog.

A rendszer eredményei csakhamar jelentkeztek és pedig az orvosoknak a szemészetben való jobb képzettségében s különösen abban, hogy a Mester kiszolgált segédei a vidéken letelepedve alkalmat adnak arra, hogy félszázad után megvalósuljon Nagyatyám indítványa, törekvése, mely az ország sok szembetege érdekében vidéki szemkórházak létesitését sürgette.

De a tudomány szakadatlan haladása új feladatokat állitott előtérbe. Rég elmult *Boerhaave* korszaka, a midőn ő egymaga tanitotta az összes disciplinákat. A diagnostikus methodusok kifejlődése, az operativ eljárások tökéletesedése

[1] „Ut juvenes medici sub auspiciis professoris aegris tractando et morborum historias concinnando omni die mutationes in aegris obvenientes accurate observare, fideliterque adnotare possint et hac ratione ad praxim privatam discriminis plenam praeparentur".

s mindenek fölött a szembajoknak az általános betegségekkel való összefüggésének új tudományos alapjai a szemészet oktatásának anyagát szerfölött megnövelték. A mai orvosnak nemcsak a külső szembajok kórisméjével és gyógyitásával kell tisztában lennie, nemcsak a glaucomát kell felismernie, hanem jártasnak kell lenni a szemtükrözésben, nem utasithatja el a sérült szemű beteget azzal, hogy nincs eszköze az idegen test kivételére, a látásról törvény és hatóság előtt mathematikai formulákban kell nyilatkoznia s mindenek fölött, hogy a szervezet betegségeinek a szemen jelentkező tüneteit felismerhesse és értékesithesse, járatosnak kell lennie a szem objectiv és functionalis vizsgáló módszereiben s tudnia kell az összefüggés törvényeit.

De különösen áll ez a vidéki orvosra. A fővárosi orvos, ha kételyei merülnek fel, a specialisták, a klinikák segitségét vehetik igénybe, de mit tegyen a községi s körorvos, ki óriás területen egyedül áll a beteg segitségére?

A szemészetnek még intensivebb oktatása tehát megokolt. De csalódnék az, a ki azt hiszi, hogy elégséges a diagnostikai és therapeutikai eljárások egyszerű begyakorlása, mit a rendes tanszék segédszemélyzete is elvégezhet s kell is, hogy végezzen. Ha ezzel megelégednénk, akkor legjobb esetben azt lehetne elérni, hogyha az orvos az életben a klinikán látotthoz hasonló esettel találkozik, tudni fogja, mit csináljon. Csakhogy két betegség ritkán egyforma minden tünetében, s mit fog tenni, ha olyanra akad, a milyet a klinikán nem látott? S hogyan fogja a helyét megállani egy évtized mulva, a mely idő alatt a tudomány óriásit halad! Ezért a szemészet egyetemi oktatásának az a kötelessége, hogy *a jövendő orvost a tudományos gondolkozásba is begyakorolja.* Ez pedig csak úgy sikerül, ha nem csak az ismeretek közlésére szoritkozunk, hanem azok megszerzésének módszereibe is bevezetjük hallgatóinkat.

A mai orvosi oktatás jellegét a klinikai oktatásnak a laboratoriumi munkával való egybeforrása alkotja. Hangsúlyozom, hogy *egybeforrása*, mert ezen két oktatási mód erőszakos elválasztása meghiusitaná az olyan szép reményekre jogositó törekvést. A kizárólagosan gyakorlati oktatás iparosorvosokat képezne, az egyoldalú laboratoriumi munkásság pedig értéktelen spekulálásra vezet. Az állatkisérletek, a bakteriologiai vizsgálatok eredményeinek az emberi szervezetre kritika nélkül való egyoldalú alkalmazása máris sok csalódás forrása s alkalmas arra, hogy a tudományos munkásságba vetett bizalmat megingassa. Az aetiologikus kutatásnak, mely a causalis therapia előfeltétele, a betegen való tanitással egyesitve kell lenni.

Ezen követelésnek felel meg azon tanszék, melynek feladata a módszereket tudományos alapra fektetve oktatni. A szemészet terén e feladat betöltése mesterem *Schulek Vilmos* tanár kezdeményezéséből s az orvoskari tanártestület bizalmából az én kötelességem. Megbizatásomat úgy fogom fel, hogy kötelességem egyrészt a szem functionalis és objectiv vizsgáló módszereinek gyakorlati oktatása, ezen módszerek tudományos alapjainak fejtegetése s lehető fejlesztése. Először is tehát meg kell önöket ismertetnem a physikalis vizsgáló methodusokkal s meg kell önöket tanitanom arra, hogy *lássanak.* A módszerekben való jártasság alapot nyújt az önálló észlelésre és vizsgálásra. De hogy a betegséget fel is ismerjék, helyes diagnosist tehessenek, alaposan ismerniök kell a szem *anatomiáját* ép és kóros állapotban; hogy annak jelentőségét megértsék, járatosnak kell lenniök annak *physiologiájában* s hogy azt gyógyitani is tudják, fel kell tárniok az *aetiologiáját.* Ezek alkotják előadásaim anyagát. Ez az oktatási mód képesiti az orvost arra, hogy nehéz és ismeretlen helyzetben a helyes útat megtalálja, hogy a tudomány haladásával lépést tartson s hogy az életben szerzett tapasztalatait értékesithesse.

Összes törekvésem, hogy a laboratoriumi munkásságot az élő ember vizsgálásával és gyógyitásával egyesithessem. Szilárd meggyőződésem, hogy ez egyesités az eredményes búvárkodás és oktatás alapfeltétele. Ehhez kétségtelenül nagy anyag szükséges, bizom benne, hogy annak megszerzésében minden illetékes tényező támogatni fog. A betegen való tanitás nélkülözhetetlen a módszer és az elmélet megértésére. *Minden methodust gyakorlatilag kell oktatnunk s minden talált jelenséget tudományosan kell feldolgoznunk.* Maga *Helmholtz* mondja: „látni kell a haldokló üvegesedő szemét, hallani kell a kétségbeesett család jajjait, fel kellett magunkban vetnünk a kérdést, hogy mindent megtettünk-e, a mit lehetett s hogy a tudomány előkészitett-e minden ismeretet és segédeszközt, a mit elő kellett készitenie, hogy az ember megérthesse a tudományos kutatás jelentőségét".

De a midőn gyakorlatilag tanitunk, nem szabad felednünk, hogy az, a ki az oktatás czéljaira szolgál, élő ember s legtöbbször a legszegényebb néposztály tagja, kinek minden percze drága, kinek szive telve van keserűséggel. Az, a ki a beteggel durva, türelmetlen — nem való orvosnak. Nem ok nélkül irták elő az indusok szabályai, hogy az orvos betegeit gyermekeinek tekintse s igaza van *Hippokratesnek*, a mikor azt mondja, hogy a hol emberszeretet van, ott tudományszeretet is van! Igaz ugyan, hogy a jó orvos qualificatioját, a jó szivet és nemes jellemet nem lehet sem a laboratoriumban, sem betegen tanitani, de *jó példával* lehet erősiteni. *Oppolzerről* mondják, hogy vigasztaló szava a haldoklóban is megnyugvást keltett, biztató tekintete a gyógyithatatlannak is reményt adott. Önöknek nem nehéz példát találniok. Mindannyiunk szive megdobban, a mikor azt a fiatalos lelkesedést, fáradhatatlan tetterőt látjuk, a melylyel egyetemünk orvosi karának doyenje a legborzasztóbb betegség, a tuberculosis ellen hadjáratot indit, melyet, hogy győzelemre vezessen, mindannyiunk óhaja.

Ime a perspectiva, mely jövő munkásságunk elé tárul, de a feladat csak úgy lesz betöltve, ha önök, tisztelt hallgatóim támogatnak. *Helmholtz* mondta, „hogy az ember az előadások számára örömmel dolgozzék, lényeges kellék annak tudata, hogy elegendő számú intelligens hallgatója lesz". Az én tárgyam nem tartozik az úgynevezett köteles tárgyak közé. Feltételezem, hogy a ki hozzám beiratkozik, azt azért teszi, mert dolgozni akar. De ezt meg is kivánom. A tanulás szabadságának, meggyőződésem szerint az az értelme, hogy az egyetemi polgár ismereteit ott és attól szerzi meg, a hol és a kitől akarja, de ez nem azt jelenti, hogy privilégiuma van a nemtanulásra.

Mi, tisztelt Urak, a midőn önök hozzám beiratkoztak s én indexüket aláirtam, szerződést kötöttünk, szerződést a kölcsönös munkára. S ezt férfiasan meg is kell tartanunk. Jól tudom, hogy nem mindannyian lehetnek tudósokká, de mindegyiküknek el kell sajátitaniok a tudományos gondolkozást. Ez némelyiküknek gyönyörködve s könnyen sikerül, másoknak keserves fáradság árán — de mindegyiküknek sikerülnie kell!

Az életben az orvosi rend küzdelmeiről, helyzetének tarthatatlanságáról, a megélhetés nehézségeiről hallanak. Az orvossal szemben támasztott igények növekednek, az ellenszolgáltatás apad. De abból, hogy az állam, a társadalom, az egyes az orvossal szemben olykor igazságtalan, nem következik az, hogy munkakedvünk csökkenjen, hogy önök kevesebbet tanuljanak, kevesebb műveltségre törekedjenek.

Az orvosi rend helyzetének jobbra fordulása csak úgy várható, ha a jogos igények kivivására kifogástalan jellemű, alapos képzettségű, magas műveltségű orvosok egyesülnek. Ezért kérve kérem önöket, a láthatár felhőitől ne csüggedjenek el, hanem azok erőgyüjtésre ösztönözzenek! Jól mondja *Jókai*: „Erős várunk nekünk a tudomány." A harczban az a győztes, ki jobban van vértezve, ki ellentállóbb. Minden disciplina pánczél, minden ismeret fegyver, melylyel meghódítjuk a sötétséget, kiüzzük az előitéletet. Ne feledjék *Mihalkovics* intését: „A létért való küzdelemben az a győztes, ki tanulmányai idején többet dolgozott és többet tud s képességeit a választott pályán jobban érvényesitheti."

Az én kötelességem az oktatás, az önöké a tanulás, mindannyiunké a tudomány ápolása.

Egyetemi polgárok! Teljesitsük kötelességeinket!

A budapesti egyetemi szemklinikán végzett Kuhnt-féle discissio eredményeiről.

Irta *Gabler Lajos* dr. szemklinikai gyakornok.

A különböző hályogoperálások után, mint tudjuk, igen gyakran képződik utóhályog. Igy a mai nap leginkább szokásos Graefe-féle extractio után is, a mely úgy a complicatiókat, mint a látásélességet tekintve, aránylag a legjobb eredményeket szolgáltatja, az esetek nagy számában nem tudjuk elkerülni azt, hogy utóhályog ne képződjék, a mely az elért látásélességet azután többé-kevésbbé megrontja. Az utóhályog operálására már régen igen sokféle eszközöket és módokat ajánlottak, a melyek hol jobb, hol kevesebb jó eredményt nyujtottak. Igy ismeretes, hogy különböző tüket (Rosas, Fuchs stb.), késeket (Knapp, Schnabel, Landolt stb.), csipőket, ollókat (Hippel, Wecker stb.) szerkesztettek, a melyekkel a cataracta secundariát áthasitották vagy eltávolitották. Az eljárásokat illetőleg pedig vagy a corneán át (keratonyxis) vagy a sclerán át (scleronyxis) történt a behatás, vagy linearis sebet készitettek lándzsával, a melyen át horoggal (Graefe, Schöler stb.) vagy csipővel távolitották el az utóhályogot. Mindezen eljárásoknál azonban gyakran súlyos veszedelmek, iritisek, iridocyclitisek, infectiók stb. léptek fel a szemen. Ezen complikatiók lehető elkerülésére Kuhnt[1] egy új eljárási módot ajánl — általa szerkesztett discissiós tüvel — a melynél sem a corneán, sem a sclerán át nem történik a behatolás, hanem subconjunctivalisan a limbusnál. Mióta közleménye megjelent, a budapesti egyetemi szemklinikán is követtük eljárását s bár nem rendelkezünk az esetek valami nagy számával, mégis e nehány esetből is valamivel kedvezőbb itéletet mondhatunk, szembe állitva azt az eddig gyakorolt egyéb utóhályogoperatiókkal.

Klinikánkon ez ideig 55 discissiót végeztünk Kuhnt szerint, a melynek eredményeit a látásélességet tekintve, a következőképen csoportosithatunk, megjegyzem azonban, hogy a vizsgálat a műtét után *12—14 nap* mulva történt, s igy nem vonható kétségbe, hogy később, midőn az átvágott secundaria szélei jobban szétválnak, még jobb eredmények mutathatók ki.

Változatlan maradt a látásélesség tizenkét esetben, ugyanis egy esetben volt a látásélesség: $^5/_{70}$ műtét előtt s utána szintén maradt $^5/_{70}$, egy esetben $^5/_{50}$, maradt $^5/_{50}$; hét esetben műtét előtt volt a látásélesség $^5/_{30}$; maradt $^5/_{30}$. Egy esetben $^5/_{20}$; két esetben pedig $^5/_{15}$ volt műtét előtt és után is a visus.

Valamivel javult a látásélesség 15 esetben, ugyanis kétszer volt műtét előtt $^5/_{70}$, után $^5/_{50}$; három esetben: műtét előtt $^5/_{50}$, műtét után $^5/_{30}$; nyolcz esetben műtét előtt $^5/_{30}$, után $^5/_{20}$. Egy esetben műtét előtt $^5/_{20}$, után $^5/_{15}$; egy esetben pedig $^5/_{15}$-ről a visus $^5/_{10}$ re javult.

Húsz esetben jelentékenyebben javult a látásélesség és pedig három esetben műtét előtt volt $^5/_{70}$, műtét után $^5/_{30}$; kilencz esetben műtét előtt $^5/_{50}$, műtét után $^5/_{20}$; kétszer műtét előtt $^5/_{30}$, után $^5/_{15}$; egy esetben pedig $^5/_{20}$-ról $^5/_{10}$-re javult a látásélesség.

Nagyobb volt a látásjavulás öt esetben, ugyanis:

műtét előtt 3 meterről olvas ujjakat, műtét után $^5/_{70}$
" " $^5/_{70}$, " " $^5/_{15}$
" " $^5/_{30}$, " " $^5/_{10}$
" " $^5/_{30}$, " " $^5/_{7}$
" " $^5/_{50}$, " " $^5/_{10}$

Mint látjuk, a látásélességet illetőleg az esetek nagyobb számában javulás állott be, azonban meg kell emlékeznem még három esetről, a melynél genyes iritis állott be, a mely az összes eseteknek 5·4%, ugyanis volt

műtét előtt $^5/_{70}$, műtét után 2 meterről olvas ujjakat
" " $^5/_{70}$ " " kézmozgást lát
" " $^5/_{70}$ " " 1 meterről olvas ujjakat.

Veszteség nem volt.

Ez azonban még mindig kedvezőbb eredmény az előző évek discissiójának és dislaceratiójának 12·7% complicatiójával szemben. Ugyanis visszafelé haladván, az előző évek kórtörténetében a következőket találtam: 55 discissiót és dislaceratiót illetőleg változatlan maradt a visus 18 esetben, ugyanis egy esetben volt $^5/_{50}$; tizenegy esetben $^5/_{30}$; négy esetben $^5/_{20}$; két esetben pedig $^5/_{15}$ a visus. Egy sorral javult a látásélesség tizenegy esetben és pedig: egy esetben $^5/_{70}$-ről $^5/_{50}$-re; öt esetben $^5/_{50}$-ről $^5/_{30}$-ra; három esetben $^5/_{30}$-ról $^5/_{20}$-ra; egy esetben $^5/_{15}$-ről $^5/_{10}$-re; egy esetben pedig $^5/_{10}$-ről $^5/_{7}$-re.

Jelentékenyebben javult a látásélesség tizenhárom esetben; három esetben $^5/_{70}$-ről $^5/_{30}$-ra; hat esetben $^5/_{50}$-ről $^5/_{20}$-ra; három esetben $^5/_{30}$-ról $^5/_{15}$-re; egy esetben $^5/_{20}$-ról $^5/_{10}$-re.

Ezeknél jobb eredmény éretett el hat esetben; ugyanis két esetben $^5/_{70}$-ről $^5/_{20}$-ra, egy esetben $^5/_{15}$-re javult a visus; egy esetben $^5/_{50}$-ről $^5/_{15}$-re; két esetben $^5/_{30}$-ról $^5/_{10}$-re emelkedett a látásélesség.

Rosszabbodás és veszteség hét esetben volt, ugyanis:

műtét előtt $^5/_{30}$, utána iritis serosa $^5/_{70}$
" " $^5/_{20}$ " " " $^5/_{70}$
" " $^5/_{20}$ " " purulenta kézmozgást lát
" " $^5/_{20}$ " " " " "
" " $^4/_{70}$ " " " " "
" " $^5/_{30}$ " panophthalmitis
" " 4 meterről olvas ujjakat, utána iritis purulenta, kézmozgás.

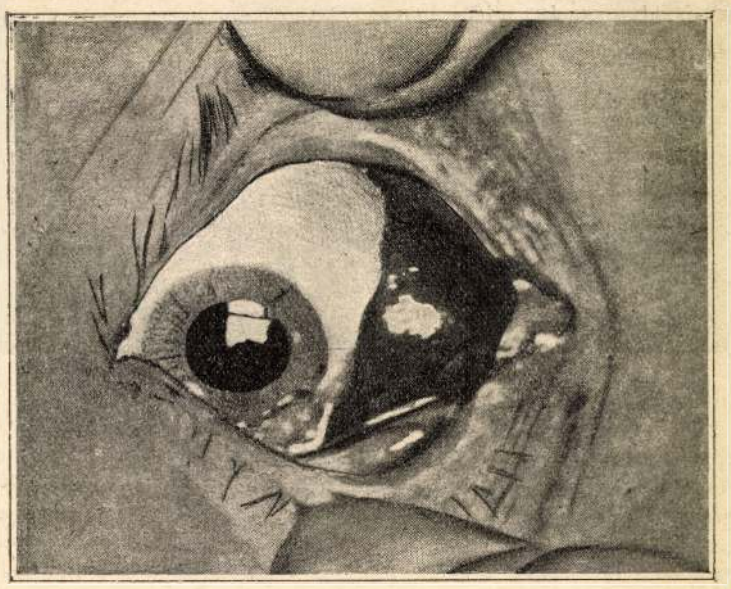
Ha az utóhályogműtétek közül a discissióval és dislaceratióval elért eredmények aránylag keveset különböznek is a Kuhnt-féle discissióval elértektől, azonban tekintve azt, hogy az utóbbi műtét kevesebb veszteséggel jár, minden esetre figyelmet érdemlő eljárás. Meg kell jegyeznem, hogy a látásélességek nem a végleges eredményt mutatják, mivel ezek mindig a távozási leletet jelzik. A végleges eredményt nem állt módomban vidékre távozó betegeinken meghatározni.

[1] Zeitschrift für Augenheilkunde, 1899. I. 2., 3.

Angioma subconjunctivale.

Közli *Scholtz Kornél* dr. szemklinikai tanársegéd.

B. J.-né 42 éves földmívesnő, 10 éves korában vette észre, hogy jobb szeme zúgában egy daganat nő, a mely állitása szerint



1. ábra.

koronként megnagyobbodott, olykor vérzett; 3 év óta gyorsabban növekedik. A jobb szem képe az 1. (fénykép után nagyitott) ábrán látszik, széttárt szemhéjak mellett, ki- és alófelé tekintő szemgolyóval. A tágra nyitott szemrés belső két ötödrészét egy barnavörös, tömött tapintatú lebenyalakú terimenagyobbodás foglalja el; elülső felszine az ábrán látszik, hátulsó felszine laposan reáfekszik a szemtekére. A képződmény a belső szemzúgból a caruncula mögül nyúlik előre s alakja tökéletesen megfelel a félholdképű redő alakjának s tényleg az egész daganatot az erősen megnyúlt plica semilunaris borítja, vele szorosan összefügg, fölötte el nem tolható. Előre tekintő szemállásnál a daganat széle a cornea belső széléig terjed, balra nézésnél a cornea a daganat alá csúszik. A szemgolyó mozgásai szabadok, kettős látás nincs.

*

A daganat fel- és alófelé az áthajlási redőkig terjed, felül élesen, alul elmosódottan határolt. Alul a szomszédos szemtekei kötőhártyán és az áthajlási redőben erősen tágult vér- és nyirokedények látszanak. A daganat az alapja mögött levő szövetekhez szorosan odanőtt, nyomással alig kisebbíthető meg. A szemrés jól zárul. Nyilván egy oly képződménynyel volt dolgunk, a mely a félholdképü redő tasakjában, a kötőhártyával szoros összefüggésben fejlődött ki. A daganatot szike és olló segélyével kiirtottuk; a metszések az alapja mögött levő tömött fibrosus szövetben ejtettek; eltávolíttatott azonkivül még a kötőhártyának azon része is, a melyben az említett tágult vér- és nyirokerek voltak. Az így támadt anyaghiányt a kötőhártya felső részéből kiszabott nyeles lebenynyel fedtük be. Vérzés a műtét alatt alig volt, de a következő napokon a kötést véresen találtuk s a lebenyt egy vérömleny a scleráról elemelte. Ezen vérzések, melyek valószinüleg egyes visszamaradt ektasiás edényekből eredtek, gyenge nyomókötés alkalmazására elmaradtak s a kötőhártya-lebeny simán odagyógyult.

A kiirtott szövetrészeket formol- és alkoholkeményítés után celloidinba beágyazva, a szemrés irányának megfelelő horizontalis irányban metszettem fel. A daganat, mint a 2. ábrán[1] látható,

2. ábra.

egy angioma. A lebenyalakú daganatnak főtömege egy kötőszövetes gerendezet, mely nagyszámú kisebb-nagyobb, endothellel bélelt üreget foglal magába; ezek részint üresek, részint vérsejtekkel, részint egynemű, eosinnal jól festődő anyaggal teltek. Az egyes üregeket egymástól elválasztó falak többnyire meglehetősen vastagok, helyenként azonban igen vékonyak, sőt átlyukadtak, úgy hogy a szomszédos barlangok egymással közlekednek. A kötőszövet részint rostokból, részint hosszúkás magvú sejtekből áll; a lebeny csúcsánál és elülső felszinének némely részén sűrü gömbsejtes beszürődés van benne. Az üregek kétfélék: 1. nagy szabálytalan alakú, zsákszerü oldalöblökkel biró üregek, a melyek a daganat középső részeit foglalják el s alapjától a csúcsa felé húzódnak. A daganat alapja közelében ezen üregek határozottan tágult véredények jellemével birnak, a mennyiben falaikban az edényfalak alkotó részei felismerhetők. A csúcs felé ezen jellemöket mindinkább elvesztik: endothel borítékjok mögött közvetlenül a tumor vázát képező kötőszövet következik. 2. kis szabályos köralakú vagy ovalis keresztmetszetü barlangok, melyek a daganat peripheriás részein vannak, tehát közvetlenül a kötőhártya alatt fekszenek. Az előbbiek egy angioma teleangiektodes, utóbbiak egy angioma cavernosum üregeihez hasonlók. Az alapról több vastagabb ütő- és visszér lép be a daganat szövetébe s ott sokszorosan elágazik. Az edények a kötőszöveti gerendezetben futnak s az üregektől több helyen csak rendkivül megvékonyodott faluk választja el őket. Véredény és caverna közt számos átmeneti alak látható, sőt egy helyütt egy kisebb ütér szabadon húzódik át egy nagy caverna közepén. A tumor alapján éles határ nélkül durva rostos kötőszövetbe megy át; felszinét a vele szorosan összenőtt kötőhártya borítja, a melynek hámja sokszorosan megvastagodott, mélyebb rétegeiben cystásan elfajult, felduzzadt; egy két helyen tömött hámcsapok nyúlnak be a kötőszövetbe. A mucosa maga rendes vastagságú, bőven edényzett, helyenként erősen beszürődött, a beszürődés néhol a tumor kötőszövetébe mélyen beterjed. A nyákhártya és daganat közt éles határt vonni nem lehet. A daganat tehát egy vegyes fajtájú angioma, a mely a beléje vezető véredények progressiv átalakulása s részben falaik elsorvadása által növekedőben van.

A mily gyakoriak a szemhéjakból kiinduló s a kötőhártyára reáterjedő angiomák, oly ritkák azok, melyek magában a kötőhártyában vagy alatta fejlődnek. *Fehr*[1] összefoglaló munkájában mindössze 17 közölt esetet sorol fel. Ezen eddig ismertetett angiomák csaknem mind széles alappal ültek a sclera fölött, a fent leirthoz hasonló alakú és elhelyezésü egy sincs közöttük, bár a 17 közül 9 ugyancsak a belső zúgban ült; egyesek a félholdképü redő mögül nőttek ki úgy, hogy a redő rendes helyzetében rajta feküdt a daganaton s róla visszacsapható volt. A legtöbbet nyomással könnyen meg lehetett kisebbíteni; 12 esetben az angioma cavernosum volt. A jelen esetben a tumor szokatlan alakján és helyzetén kivül még különösen a falzatok vastagságát és merevségét tartom különösen felemlítendőnek, a melyek miatt összenyomni vagy jelentékenyen megkisebbíteni nem lehetett.

[1] Az ábra egy mikrophotogramm után készült 13-szoros vonalas nagyitásban. A fényképet a reproductio tisztasága kedvéért schematizálva át kellett festeni.

[1] Archiv f. Ophthalmologie 44. III. 661. lap.

A trachoma terjedésének okai és az ellene teendő újabb intézkedések.[2]

Irta *Pollacsek Simon* dr., illavai járási orvos.

Mélyen tisztelt közgyülés!

Megyénknek hegyi egészséges klimája sokáig mentette lakosságát a trachoma-járvány pusztításától. A 70—80-as években, mint azt mélyen tisztelt főorvosunk egy igen jeles értekezésében leirja, midőn népünknek egy része mint jelenleg is, évenként tavaszszal az Alföldre vagy általában tőlünk délibb fekvő s trachomásan fertőzött vidékekre mezei munka végett távozni szokott, onnan ezen betegségnek gyorsan virágzó csiráit haza hozta; ily módon terjedt el a trachoma a megye hegyes és legszegényebb községeiben, míg az alsóbb völgyi s lapályosabb, de egyúttal gazdagabb községek, a honnan a lakosság mezei munkára nem megy, még ma is trachoma-mentesek.

Így van az, hogy pl. a zsolnai járásban 32, a vágbeszterczeiben 45 község fertőzött, addig a trencséni járásban egy község sem, kivéve talán Szelecz községét, a hol összesen két beteg van kimutatva, a mi inkább átmenő tünet.

Trencsén vármegyének 258,769 főnyi lakosságából hivatalos kimutatás szerint több mint 4000 ember szenved ezen betegségben; én meg vagyok győződve, hogy egy alapos vizsgálat ezen számot a gyanusakkal együtt meg fogja kétszerezni és így ezen szám a megyei lakosság $3^1/_2$%-ának felelne meg. Sokkal elszomorítóbb és a jövőben a betegség kiirtása iránt igazán aggasztó tünetet képez az, hogy a megyében 170—180 talán több község is fertőzve van, tehát a megye községeinek a fele.

A 80-as évek közepe óta megyénkben is elrendelt igen czélszerű s üdvös kormányintézkedéseknek, különösen a behozott

[2] Az Országos Orvos-Szövetség trencsénvármegyei fiókjának az 1900. év junius havában Tr.-Tepliczen tartott közgyülésén tartott előadás.

kényszergyógykezelésnek köszönhető az, hogy a járvány mégis nagyobb arányokat nem öltött és eddig jobban el nem terjedt, és hogy a téli intensiv kezelés alatt a betegek nagy része meggyógyul, sőt a tél végén egyes fertőzött községek teljesen trachoma-mentesekké válnak. De jön az ősz és az új általános vizsgálat s akkor azt találjuk, hogy nemcsak a régi gyógyult betegek visszaestek, recidiválnak, de a friss trachoma-megbetegedések egész tömege lep meg bennünket.

Így nem csodálkozhatunk azon, tisztelt kartársak, hogy a trachoma megyénkben — és úgy van ez az ország sok más vidékén is — nem apad, de évről évre a betegek és a fertőzött községeknek száma csak nagyobb és nagyobb lesz. Ezen trachomásoknak legnagyobb részét a tavaszszal eltávozott és őszszel visszatért mezei munkások képezik.

Könnyen találhatjuk meg itt az összefüggést, illetve az okát, hogy a trachoma daczára a legbölcsebb és leghelyesebb intézkedéseknek mégis szaporodik.

A mezei munkára tavaszszal eltávozott munkások működési helyeken majdnem kivétel nélkül minden kezelés s ellenőrzés nélkül maradnak; a trachomások, a kik otthon már meg is gyógyultak vagy lényegesen javultak, most az állandó munka, a rossz zsúfolt füstös alvóhelyeken, a folytonos por stb. által könnyen visszaesnek, bajuk kezelés nélkül ismét csak rosszabbodik, a községbelieikkel természetesen mindig egy szobában, egy alvóhelyen lévén, a többi egészségest is a legkönnyebb módon megfertőzik. Vannak ugyan ministeri rendeletek, a melyek a hatóságokat arra kötelezik, hogy az eltávozó vagy érkező trachomás munkásokról egymást értesítsék s a betegeket kezeljék; a hazaérkezett munkásokat rendszeresen kezeljük is, ha eltávoznak tavaszszal, értesítjük erről az illetékes idegen hatóságot, a mely ezen értesítést vagy irattárba teszi vagy kiadja a járási és körorvosnak is, a ki, ha ideje megengedi, megnézi talán az idegen munkásokat, de többet nem tehet; mert ha rendszeresen kezelni, állandóan őket ellenőrizni akarná, először nincs rá ideje, s másodszor, ha meg is volna az ideje reá, ugyan ki fizeti meg a fáradtságát s honnan vegye a fuvart? Talán a munkaadó birtokos vagy bérlő? Bizony soha, inkább eltagadja vagy hazaküldi a trachomás munkásokat, a kik azután oly helyre mennek, a hol az ellenőrzés nem oly szigorú, a hol senki sem törődik velük s keresetükben nem lesznek háborgatva.

Velem több izben megtörtént, hogy midőn járásombeli egyik s másik birtokos vagy bérlőnek munkásai közül trachomásokat találtam, s ezeknek rendszeres kezelését a hivatalnak s a bérlőnek ajánlottam, illetve követeltem, a bérlő félve az esetleges költségektől, fogja a 40—50 munkását, szekérre teszi és haza küldi. Nos uraim, azt hiszem, másutt is így csinálják vagy csinálnák és önök is jól tudják, hogy megyénkben sem kezelhetjük rendszeresen a trachomás mezei munkásokat. És lehet-e a körvagy járási orvost arra kényszeríteni, hogy körébe bejött idegen munkásokat is hónapokon át ingyen kezelje? És azt hiszem, a munkaadóra is nagy adó volna s a mezőgazdaság is nehezen birná el, ha ő köteleztetnék a betegeket saját költségén gyógykezeltetni és a fuvart is előállítani.

A trachomás mezei munkásoknak teljes elhanyagolásában és azoknak ellen nem őrzésében látom én egyik főokát annak, hogy megyénkben és az egész országban is a trachoma folyton terjed. Azon orvosi körben, a melyhez Tr.-Teplicz-fürdő is tartozik, trachoma aránylag kevés van, mert a különben meglehetősen számos mezei munkás ezen körből Mezőhegyesre az állami telepekre megy nyári munkára, ott nyáron a munkanapokon is az állami orvos részéről rendszeres kezelésben részesülnek, állandóan ellenőrizvék és távozásukkor a hatóságnak esetleg oly trachomások is bejelentetnek, a kiket mi eddig nem is ismertünk; ezeket itt tovább kezeljük és ellenőrizzük télen át is, ily módon sikerült, hogy a trachoma járásomnak fenti körében, daczára, hogy különben elég súlyos megbetegedést észleltünk, mégis elszigetelve marad és nem terjedt oly arányban, mint más községekben.

Ime, mindjárt egy remedium: az államosítás! De ki várhatja azt meg Magyarországban?

A trachoma terjedésének egy másik oka a nép közönye, csökönyössége a kezelés iránt; rendesen csak akkor hajlandó a kezelésre, ha nagy a fájdalma vagy ha megvakulni készül. Ezen közönyét a népnek tapasztalatom szerint nem sikerül büntetésekkel még a legkeményebbekkel sem legyőzni, *ezen csak a nép bizalmának megnyerése segít, a mit a trachoma- és szembetegségekben jól begyakorolt, teljesen képzett orvos* csak egy pár gyógyított esettel és egy kis tapintattal a legkönnyebb módon szerez meg.

A heveny fertőző vagy súlyos esetek a legritkább esetben lesznek isolálva olyképen, hogy a betegséget rohamosan ne terjeszszék; ez ellen a trachoma-kórházak szaporításával kellene dolgozni, *de elengedhetetlen feltétele, hogy ezek szakemberek vezetése alatt legyenek*, hogy ezen kórházak és vezetőik eredményei oda csábítsák a szenvedő népet; ellenkező esetben a trachoma-kórház nem éri el a kivánt czélt, eredménye, haszna nem felel meg a reá áldozott költségnek. Tapasztalatból mondom, hogy trachoma-magánbetegeimnek egy része hosszas kórházi ápolás után jön hozzám tanácsadás, illetve kezelés végett.

További főokai a betegség terjedésének a kezelésnek előforduló lanyhasága; a betegség kezelésének nem alapos és modern ismerete; sokszor az orvosok indifferentiája; az ellenőrzés hiánya, csekély vagy elégtelen volta. Ezek nagyrészt arra vezetendők vissza, hogy az aránylag jobban, de semmi esetre sem fényesen, de megfelelően sem fizetett állami trachoma-orvosokon kivül a trachomát kezelő orvosok: kör- és járási orvosok, a kik székhelyüktől mindig a legtávolabb fekvő községbe kénytelenek a kezelésre hetenkint kétszer kirándulni, a kik e czélra a 4—5—6 órai úti fáradalmon kivül egy egész napot és vele annak jövedelmét is áldozzák, *ezen működésükért semmiféle recompensatióban nem részesülnek.* Az állam ad ugyan „a trachoma sikeres gyógyításáért“ *az érte folyamodóknak* jutalmat, de ez oly csekély, hogy az orvosnak az otthon elvesztett jövedelmének kis részét sem birja pótolni, absolute semmi arányban nincsen az általa kiállott testi s lelki fáradalmakkal és az általa hozott áldozatokkal; ez nem serkentheti az orvos ügybuzgalmát még ha oly idealista s ambitiosus, mert a humanismusból nem élünk meg mi orvosok, a kiktől a társadalom követeli, hogy csak jót és jól tegyünk mindenkivel, de a kiket ugyanezen társadalom minden téren s módon kihasznál, bajaink és mostoha helyzetünkkel szemben süket és érzéketlen.

Hozzájárul mélyen tisztelt közgyülés az, hogy a felmerülő orvosi fuvarköltségeket maguk a községek kénytelenek mint járványos betegség ellen teendő intézkedés költségét viselni és csak akkor fizeti meg ezeket az állam, ha a község vagy a megye arra absolute képtelen és a megye iparkodik is a lehetőség szerint talán azon túl is, hogy ezen terhet a községekre átruházza. Ennél uraim, nem képzelek nagyobb igazságtalanságot és méltánytalanságot! A mi szegény hegyi községeink, a melyek kivétel nélkül trachomásan fertőzöttek, a melyekből a gazdag déli vidékek igen szívesen hozatják munkásaikat, ezen szegény községek évtizedeken át évről évre kötelesek 400—600—800 korona évi fuvarköltségeket csupán trachomagyógyítási czélból fizetni, tehát egy új adóteher, a mely a gazdag völgyi vagy déli község háztartásában teljesen ismeretlen! A törvénynek, a mely a községet kötelezi a járvány leküzdésére czélzó intézkedésekből eredt költségek fedezésére, értelme van egy futólagos, átmenő rövid ideig tartó járványnál, minő pl. a cholera, typhus vagy bárminő más járványnál; de a trachománál, a mely, ha egy ily szegény, zsúfoltan lakott és nem is tiszta községbe magát egyszer befészkelte és mely éppen azon körülménynél fogva, hogy lakosai szegények és megélhetésük s sokszor csupán adótartozási kötelezettségük leróvhatásának biztosítása végett idegen mezei munkákra menni kénytelenek, ezen községben minden évben csak újból felvirágzik, ezen községből tehát csak évtizedek mulva vagy nálunk — ki tudja mikor? — üzhető ki, éppen a trachománál a mi szegény községeinkre rátolni ezen rájuk nézve igen nagy fuvarköltséget, ezen törvénynek nincsen értelme, a legnagyobb méltánytalanság, a mely a betegség által amúgy is anyagilag és erkölcsileg lesujtott, demoralizált népet még jobban izgatja az orvos, az egész rendszer és maga a társadalmi rend ellen; ily igazságtalanság csak fokozza a nép közönyét és csökönyösségét a kezelés ellen és így magának az ügynek a legnagyobb fokban ártalmas.

Ezen viszonyokra felhivom a t. közgyülés kiváló figyelmét, hogy úgy a megyei törvényhatóságok és az orvosi szövetség útján,

valamint a kartársak társadalmi úton is oda hassanak, hogy ezen anomalia és jogtalanság mielébb megszüntessék. Mert uraim, ne felejtsük még el azt sem, hogy a legtávolabb fekvő és így a legszegényebb községnek fuvarköltségei sokkal nagyobbak, mint a közelebb fekvőé és hogy azon orvos, a ki a távoli és nehezen hozzáférhető községbe hetenkint kétszer kirándul, éppen annyi jutalmat kap, mint az, a ki a közelebb fekvő községeket látogatja, daczára, hogy amaz egy egész napot tölt el és áldoz, míg emez 1—2 óra mulva már székhelyén is van.

A fuvarköltségeknek ezen visszás rendezése folytán még egy körülmény hátráltatja a trachomás betegeknek gyorsabb gyógyítását, a mennyiben sok szegény távoli községben, hogy a fuvaroknak nagy terhétől legalább részben felszabaduljanak, nyáron át a kezelés teljesen szünetel, ezt azzal indokolva, hogy a községből a munkások, a kik a trachomásoknak legnagyobb részét képezik, mezei munkára eltávoznak. Igaz ugyan, hogy sok trachomás távozik el tavaszszal, de mégis vissza is marad a községben elég annyi beteg, a kiknek szemei bizony egy 6 hónapi nem kezelés alatt nem fognak gyógyulni vagy javulni; ezeknek állandó kezelése s ellenőrzése, ha nem is oly intensive, illetve gyakran mint télen át, okvetlenül szükséges. Feleslegesnek tartom itt még a trachoma más terjedési okait is részletezni mint pl. a nép szegénységét, tudatlanságát, tisztátlanságát stb., a mi a felsőbb járásokban talán inkább fordul elő.

Mindezek alapján el kell ismernünk, *hogy az eddigi kormányrendeleteknek és ezek helyes keresztülvitelének köszönhető*, hogy szegény, zsúfolt és sokszor primitiv lakásokban élő népünknél a trachoma óriási módon el nem terjedt, de *évről évre való növekedése szükségessé teszi és bizonyítja azt, hogy ezen járványt csak újabb intézkedésekkel és tetemes és nagy áldozatok árán küzdhetjük le.*

Ezek közé sorolom a következőket:

I. *A nyári mezei munkásoknak általános szigorú ellenőrzése, szemeiknek megvizsgálása* nemcsak a trachomás vidékeken, hanem mindenütt *az egész országban egyöntetűen történjék meg.* Az erre vonatkozó és már régebben kiadott kormányrendeleteknek a hatóságok részéről való szigorú betartása igen sok bajnak az elejét vehetné. Véleményem szerint a mai megyei rendszer mellett és addig, *míg a működő hatósági orvosok államosítva* nem lesznek, vagy legalább székhelyükön kivüli működésükért *rendszeres napi díjat* nem kapnak, úgy ezen, mint minden erre kiadandó rendelet csak irott malaszt.

II. *A trachomásoknak talált mezei munkások csoportosítása, elkülönítése* úgy alvóhelyeiken, mint a munkánál, továbbá *ezeknek rendszeres kezelése a kör- és hatósági orvosok részéről* mindenütt az egész országban egy „sine qua nihil", egy elengedhetetlen feltétele a trachoma elleni intézkedéseknek.

Legnehezebb itt a költségkérdésnek rendezése, mert a kezelés költségeit a munkaadóra vetni lehetetlen és semmikép nem válna a dolognak javára. Véleményem az, hogy *a munkaadó szívesen vállalná el a fuvart,* a mely a kezelő orvost hetenkint kétszer munkásaihoz kihozná, vagy a fuvarköltségekre, illetve a fuvarok kiszolgáltatására a munkaadók hatóságilag is csoportosíthatók volnának.

A szükséges gyógyszerek az országos betegápolási alap terhére irhatók, míg a kezelő orvosnak az állam napidíjakat fizessen; mert ha a földmívelésügyi minister a „mezei munkások betegpénztárát" akarja évenkint 100,000 koronával segíteni, akkor lehet és kell is, hogy az államnak a mezei munkások trachomajárványának leküzdésére is pénze legyen; ha pedig a belügyministeriumnak ezen czélra pénze nincs vagy nem lehet, akkor hát a kezelési díj majd a létesítendő „mezei munkások betegpénztárából" fog folyni és így már előre is ajánlhatom ezen kérdésnek ilyetén rendezését.

III. *A trachoma-fuvarköltségek a szegényebb megyékben,* a milyen a mieink, nem a szegény községek által viselendők, hanem *az „országos betegápolási alapból" fedezendők.* A méltányosság megkivánja, *hogy az orvosok a fuvarköltségek felszámításánál* úgy mint más állami vagy megyei hivatalnokok *vagy a vasútat vagy más gyorsabb közlekedési rendszert használják, tengelyen való utazásnál pedig kilometerpénzt számíthassanak fel.*

IV. *A trachoma-kórházaknak szaporítását, de csakis szakemberek vezetése alatt,* különben ezen intézkedés csak czélját téveszti el; megyénkben okvetlenül szükségesnek tartom még egy ilyen kórháznak felállítását a megye közép- és alsó járásai számára.

V. *A székhelyükön kivül a trachomát kezelő kör- és hatósági orvosok ezen működésükért vagy rendszeres fizetést, vagy pedig napidíjakat húzzanak és pedig vagy az állam vagy a törvényhatóság részéről*

VI. Azon községekben, a melyekből nem valamennyi trachomás távozott el, *a betegeknek kezelése nyáron át is megszakítás nélkül folytatandó.*

VII. Feltétlenül szükségesnek tartom *a trachoma gyógykezelésnek gyakoribb és rendszeres ellenőrzését,* e mellett *a gyógykezelő orvosoknak esetleges kioktatását* a trachoma *újabb kezelési módjaiban* nemcsak a hivatalos orvosok, *de külön e czélra alkalmazott szakemberek által,* a kiknek ez okból az országnak egy-egy vidéke be lenne osztva.

VIII. Igen üdvösek volnának *gyakori, a nép nyelvén szóló népszerű felolvasások vagy röpiratok terjesztése* a trachomáról és könnyü fertőzési módjairól mindama községekben, a hol a betegségnek csak csirái is mutatkoznak.

Ismételve hangsúlyozom, hogy mindezekhez az eddigi a trachomára vonatkozó igen üdvös és általánosan, idegen államok által is feltünően megdicsért és elismert czélszerű kormányrendeleteknek és intézkedéseknek igen szigorú betartása megkivántatik; ily módon az általam felhozott újításoknak keresztülvitele a trachoma elleni küzdelemben hazánkban és különösen megyénkben döntő befolyású lesz; általuk a mezei trachomás munkások rendszeres állandó kezelését érjük el, a községek a rájuk rótt s általuk el nem viselhető fuvarköltségek terhétől szabadulnak meg s így szüntetjük meg a népnek közönyét, helyenkénti csökönyösségét a kényszergyógyítás iránt; emeljük a kezelő orvosoknak munkakedvét és ügybuzgalmát s általa magát a kezelést is intensivebbé tesszük és sokkal gyorsabban érjük el a kitűzött czélt, a trachoma-járványnak megszünését.

Klinikai közlések.

I.

Sympathicus gyuladás képében lefolyt tuberculosis uveae.

Peters bonni tanár azon meggyőződésben van, hogy a tuberculosis uveae néha sympathicus gyuladás képében folyik le (lásd az irodalmi szemlében). Ilyen esetet Schulek Vilmos tanár vezetése alatt álló egyetemi szemklinikán 9 év előtt mi is észlelhettünk.

V. T. 19 éves leány első izben 1891. márczius hó 20-dikán jelentkezett az egyetemi szemklinikán, akkor előadta, hogy jobb szemének látása 4 hét előtt megromlott volt s ugyanakkor két hétig nagy fájásai voltak. Bal szeme egy hete homályosodott. Felvételkor mindkét szem segédszerveit épeknek találtuk; a jobb szem corneáját ciliaris injectio övezi, a tekén számos tágult episcleralis ér. A limbusnál kivül alul borsónyi dudor, melynek felszinét lepedékes egyenetlen szürkés tömeg képezi s melynek oldalfalait a vékonyult ínhártya alkotja. Csarnok nincs, a szivárványhártya a dudorhoz húzódik, a pupilla területét sárgás erezett tömeg foglalja el. Tensio emelkedett. Fényérzés nincs.

Bal szem könnyen kivörösödik, a cornea hátsó felszinén számos tüszúrásnyi pontokból álló homály. Pupilla közép tág, fényre jól reagál. A ciliaris injectio két nap mulva megjelent s a jobb szemet 1891. márczius 23-dikán enucleálták. Már másnap iridochoroiditis kifejezett tünetei jelentkeztek s a tárgylátás megszünt. A beteg erélyes higanybedörzsölési kúrát kapott, melyre a szem megbékült ugyan, de a látás nem tért vissza. A cornea hátsó felszinét számos praecipitatum fedte, az üvegtestet pedig sárgás izzadmánytömeg foglalta el. A beteg ekkor eltávozott a klinikáról. Újból 1891. november 6-dikán nyert felvételt. Ekkor occlusio et seclusio pupillaevel s glaucoma secundariummal jelentkezett. A hártya átvilágítható volt s az üvegtestben vaskos homályok mutatkoztak. A látás egy meterről való ujjak olvasására szoritkozott. Két izben történt iridectomia, de a

lap szerint lenött irisben készített rés újból elzáródott. 1892. január 7-dikén gyógyulatlanul távozott.

Ismételt kérdéseinkre azt a választ kaptuk, hogy a szem teljesen megvakult, de fájdalmakat nem okozott.

Az enucleált szemet felmetszve azt találtuk, hogy a szemet daganat tölti ki, a mely a dudorba folytatódik (sarcoma). A mikroscopicus praeparatumok átvizsgálásakor azonban Buday Kálmán (jelenlegi kolozsvári tanár) tuberculosis chorioideaet állapított meg.

Az eset több tekintetben tanulságos. A klinikai kép első felvételkor prolapsus iridis benyomását tette, mely a bal szemen sympathiás gyuladást keltett, a makroskopicus anatomiai kép sarcoma chorioideae jelenlétét sejttette, a szövettani praeparatum kiderítette a valót — a tuberculosis uveaet. Ilyen körülmények között nagyon valószinü hogy a másik szem is hasonló bajban ment tönkre. Peters fejtegetései megerősítenek azon felfogásomban, hogy *mindkét* szemben tuberculosis uveae esete forgott fenn.

II.

Gyógyult sympathiás szemgyuladás esete.

A szemészet 1897-dik évi 3—4. számában *Leitner Vilmos* közölt egy esetet, a melyben a sympathiás szemgyuladás meggyógyult. Sajnos, a már kitört gyuladás meggyógyulása olyan ritkaság, hogy a most közlendő eset már ez okból is megérdemli a feljegyzést, de még inkább azon körülmények miatt, a melyek között a bántalom létrejött.

M. J.-né 65 éves nő mindig rövidlátó volt, évek óta azonban mindkét szemén szürke hályog fejlődött, úgy hogy 1899. október 31-dikén jobb szemének látása 11·0 D concav üveggel $^{5}/_{50}$, a balé ujjak olvasására szorítkozott. A bal szem volt a nagyobb fokban rövidlátó, mit a szemteke rendkivüli hosszúsága is bizonyított. A bal szem hályogját 1899. deczember 28-dikán operáltuk Graefe módszere szerint. Sebkészités szabályosan folyt le, úgyszintén az iriskimetszés is, de a tokrepesztéskor már teljesen híg üvegtest jelentkezett. Ennek ellenére sikerült a *Schulek Vilmos* tanár által gyakorolt módszer szerint kanalazás nélkül a hályogot megszületésre birni. Az üvegtest ömlése megszünt s lapos sebbel zártuk a szemet. Egy órával a mütét után a beteg kihányta ebédjét, melyet az operálás előtt gyorsan elköltött volt. Ez időponttól kezdve 12 órán át folytonosan öklöndözött s olykor hányt. A kötés vérrel átivódott s kötésváltásnál kiderült, hogy az uvea prolabált. A szem ennek ellenére nem volt fájdalmas. Minthogy azonban a fényérzés kialudt, a vak és a másik szemre is veszedelmesnek gondolt szem eltávolitását javasoltuk; a beteg beleegyezett s 1900. január 14-dikén a mütét megtörtént. A másik szemen sem akkor, sem a következő 2 héten át a legkisebb elváltozás sem volt látható; még január 27-dikén is teljesen ép volt. De már január 28-dikán könnyezni kezdett s mint utólag értesültünk, szivárványhártya- és sugártestgyuladás fejlődött, mely igen sok praecipitatummal járt. A gyuladás azonban 4 heti fennállása után engedett, de április 2-dikán a praecipitatumok még felismerhetők voltak. A szem május 7-dikéig teljesen megbékült s állandó jó állapotban volt junius 18-dikán is.

Az eset érdekességét növeli, hogy a gyuladás az enucleálás után 2 héttel keletkezett s hogy daczára annak, miszerint a szem az operálás után két héttel már enucleálva lett, a gyuladás keltésére mégis alkalmas volt.

Grósz Emil tnr.

III.

Kisebb közlések a kórházi gyakorlatból.

Cataracta zonularis Graefe-féle extractio által gyógyított esetei. T. L. 47 éves férfi gyermekkora óta gyöngén lát. Látása az utolsó években hanyatlott. Látása a szent István-kórházban való felvételekor jobb szemén $^{5}/_{50}$, a balon $^{5}/_{70}$ volt. Mindkét szemén typusos réteges hályogja van, de a kérgi részekben is láthatók vesszős homályok, az úgynevezett lovagocskák. 1900. junius 4-dikén bal szemén extractio sec. Graefe történt. Az átláthatlan mag a részben átlátszó kéreggel együtt született meg. A seb már másnapra záródott, de a hátsó tokhoz tapadó kéregrészletek duzzadtak s csekély izgalmat okoztak. A felszívódás lassan bár, de fokonként bekövetkezett. Három hónappal utóbb az újból jelentkező beteg convex 7·0 D-val $^{5}/_{15}$-t látott.

St. E. 27 éves férfi gyermekkora óta nagyon rosszul látott. Mindkét szemén nystagmus, réteges hályogja van s nagyfokú összetérő kancsalsága. A szemtekék kisebbek, a cornea átmérője 9 mm. Jobb szemén $^{1}/_{2}$ meterről, bal szemén 1 meterről olvas ujjakat. Bal szemén 1900. augusztus 9-dikén, a jobb szemén augusztus 17-dikén Graefe-féle extractio. A bal szem hályogja a kéreggel egyszerre született meg s maradék utóbb sem mutatkozott. A jobb szemen az iris kimetszése után teljesen híg üvegtest jelentkezett, úgy hogy kanalazás vált szükségessé. E szemen sok maradék mutatkozott. Távozáskor augusztus 30-dikán a bal szemén ujjakat olvasott néhány meterről, a jobb szemen nem volt tárgy látása.

Az a körülmény, hogy az elégséges nagy seben át a mag a kéreggel együtt születik meg, megokolttá teszi, hogy a cataracta zonularist az eddigi szokásos discissio vagy extractio linearis helyett, Blaskovics Fridolin ajánlata szerint Graefe módszerével operáljuk.

Ectopia lentis. Cs. Z. 25 éves férfi szemlencséi, a mint azt az orvosok is megállapitották, már születése óta könnyen változtatják helyüket. Jobb szemének látása 13 éves kora óta nagyon megromlott s e szemében fájdalmai is vannak. 1896. januárban jelentkezett a budapesti egyetemi szemklinikán, ekkor jobb szemén már nem volt fényérzése, míg a balon a látás oonvex 6·0 D-val $^{5}/_{10}$ volt.

A jobb szemen élénk ciliaris injectio, bágyadt, elmosódott szálazatú irise s a lencse a pupillába be volt szorulva. A szem feszülése + 2.

A bal szem pupillája középtág, fényre jól reagál, az átlátszó lencse nagy kitérésekkel libeg. A jobb szem lencséjét sikerült a pupilla tágitása s utólagos szükítése által a mellső csarnokba juttatni s ott fogva tartani. A mütétet 1896. január 27-dikén hajtották végre. A felül Graefe-késsel ejtett seben át a lencse azonnal megszületett. A gyógyulás zavartalan volt, de az iris a sebhez feküdt. Négy évig békés volt a szem, 1900 augusztusában azonban nyomás érzése keletkezett. Jelentkezésekor azt találtuk, hogy a pupilla el volt záródva, csarnok nincs s a szem feszülése T + 2. Minthogy a szemen fényérzés nem volt, a szem eltávolitását ajánlottuk s az enucleálást a szent István-kórházban végre is hajtottuk. Gyógyulás zavartalan. A másik szem látása állandóan egyenlő maradt.

Inhártya-tályog esete. H. E. 8 éves leányt 1900. május 30-dikán vettük fel a szent István-kórházba. Jobb szem héjai duzzadtak, szemteke állandóan felfelé fordult, az inhártyában alul 6—7 mm. átmérőjü sárga púp, a tekei conjunctiva vörös, cornea, iris ép. Másnapra a tályog áttört, a duzzanat apadt s 1900. junius 8-dikán teljesen gyógyultan hagyta el a kórházat. A tályog keletkezésének forrása homályos. Lehetséges, hogy sérülés érte a kis gyermek szemét, de az is lehet, hogy élősdit rejtett volt magában a tályog. Mindenkép ritka eset.

Keratitis neuroparalytica et keratitis e lagophthalmo esete. N. M.-né 59 nőt 1900. augusztus 13-dikán vettük fel a szent István-kórházba. A jobb corneát majdnem egész terjedelmében átláthatlan lapos heg pótolja, csak alul van sarlóalakú tisztább rész. A bal cornea epithelje az alsó harmadban szurkált, a szemrés irányában mélyebb kikopások, maga a szövet borus. Mindkét cornea alászállott érzékenységü.

Az idegrendszer vizsgálata, melyet Korányi Sándor tanár osztályán Davidovics dr. segédorvos volt szíves eszközölni, a következő adatokat derítette ki: Az egész bal arczfél elsimult, a bal szem nem zárható, a bal szájzúg lejebb áll. A bal és jobb arczfél között érzési eltérés nincs. A nyelv mellső két harmadán a bal félen ízérzés nincs. A bal arczfél izomzatának faradikus áram iránti ingerlékenysége nagy mértékben csökkent, galvanikus áram iránti érzékenysége fokozott. A szemrés irányában keletkező szarúhártya-kikopások forrása a facialis bénulásban van. De a cornea szövetében székelő homályosodás, mely annak egész területét elfoglalja, nyilván a corneára szorítkozó érzéketlenséggel áll kapcsolatban. Valószinü a trophikus idegek szerepe, mert kötés alatt sem javult az állapot.

Steiner Gyula dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Tuberculosisról és a sympathikus gyuladásról. *Peterstől.* Egy 28 éves nőről szól, a kinek családjában tuberculosis nem fordult elő s a ki 8 év előtt a bal szemén irido-chorioiditisben szenvedett, a mely sero-plastikus exsudatioval s a csarnokzúgban különálló szürkés sárgás csomócska képződéssel járt, a melyhez később üvegtesti homály járult. Inunctio után az utóbbi feltisztult, míg az iris elváltozása fennállott. Lues teljesen kizárva. 6 év mulva ismét jelentkezett, mert a már azóta régen megvakult szemen, a mely eddig békés volt, egynehány nap óta fájdalmak jelentkeztek. Kis fokú tensioemelkedés mellett, körkörös synechiák és enyhe pericornealis injectio volt jelen, exsudatum és csomócska az elülső csarnokban nem volt. Transfixio iridist végzett. Most csak a periodus alkalmával látható kisfokú conjunctivalis injectio, máskülönben a szem békés. A cornea alul kissé borus, a pupilla területében kevés szürkés exsudatum, a tensio normalis; alászállott fényérzés. A transfixio után 1/4 év mulva ismét jelentkezett a beteg jobboldali iritis serosával, később üvegtesti boruság lépett fel, a melynek feltisztulta után a szemfenéken neuritis optika volt látható. 1 1/2 évig a látásélesség elég jó volt, míg most 1/2 év előtt a látásélesség hirtelen ujj olvasásra romlott 4 lábra, az előbbinél súlyosabb recidiva állott elő, sok praecipitatum, nagyfokú exsudatio az elülső csarnokban. A csarnokzúgban ezenkivül gombostűfejnyi, kerek képletek voltak láthatók. Erélyes inunctios és izzasztó kúrára a tünetek, kevés cornealis homály visszahagyásával javultak. A normalis tensio mellett 4 gombostűfejnyi parenchymás cornealis infiltratio látható a széltől mintegy 2 mm.-nyire. A látás 8 lábról ujj olvasás. Miután a szerző a rheumát és luest kizárja, diagnosisát tuberculosisra teszi, hogy neuritis optika van jelen, az ennek lehetőségét ki nem zárja, miután ezek egymás mellett előfordulhatnak s Deutschmann is leir tuberculotikus eredetü neuritist és irido-chorioiditist. A szerző ezen esetnél sokáig ingadozott, hogy vajjon a jobb szemen fellépő bántalom, tekintve, hogy a bal szemen műtét történt, nem-e sympathikus gyuladás, míg az irisben később fellépő csomók, irido-chorioiditis, meg nem győzték őt arról, hogy a bántalom tuberculotikus eredetü. Ugyanis Deutschmann migratios theoriája alapján azt lehetne vélni, hogy a bal szemből átterjedt a folyamat a másik szembe, Schmidt-Rimpler ciliaris theoriája szerint pedig a műtéti beavatkozás lehetett a gyuladást kiváltó ok. Peters felveti azután a kérdést, hogy midőn sympathikus gyuladást diagnostizálnak, vajjon igen sok esetben nincs-e tulajdonképen tuberculotikus eredetü gyuladás a szemen? Mert igen sok esetben iritis tuberculosa van jelen, a nélkül, hogy annak klinikai képe, a tuberculum az irisben, kifejlődött volna. Sőt a sympathizáló szemen sincs kizárva a tuberculosis lehetősége. Hirschberg szerint a sympathikus gyuladás okozója egy granulatiót keltő bacillus, vajjon nem lehet-e az a tuberculosis? Axenfeld szerint, ha tuberculotikus eredetü volna a sympathikus gyuladást keltő ok, akkor a szervezetben másutt is kellene ennek nyomának lenni; erre Peters felhozza, hogy a lupus is évtizedeken át egyedüli jelensége lehet a tuberculosisnak. Látjuk, hogy a test más részein kisebb sérülések, distorsiók kiváltó okul szolgálhatnak tuberculotikus gyuladások létrejövetelére, így a szemen is, a mely szintén sérülésnek, műtétnek van alávetve, a sympathikus gyuladás, a mely anatomice tuberculotikus képet mutat, tuberculotikus eredetü is lehet. (Zeitschrift f. Augenheilkunde 1900. III. 5.)

Az intracranialis megbetegedéseknél előforduló szembetegségek klinikai jelentőségéről. Dr. Schottól. 190 esetet tárgyal, a melyeket különböző szempontból s ezeknek egymáshoz való viszonya szerint oszt be. Először felosztja az eseteket az intracranialis megbetegedések szerint, azután a szemfenéki leletek szerint, majd, hogy a szemfenéki leletek mily agybetegségek mellett fordulnak elő. A szemfenéki leletek, a pangásos papillitis, atrophia nervi optici simplex, a neuritikus atrophia, atrophia pangásos papillitis után, partialis atrophia s neuritis optika, szemizom bénulások, pupilla elváltozások, hemianopia, látótérbeli elváltozások és phthisis bulbi mily arányban oszlottak meg, az egyes agybeli elváltozások mellett. Consequentiája az, hogy szemklinikákon a leggyakoribb intracranialis megbetegedés a tumor cerebri, azután a lues cerebri. A tumor cerebri gyakoribb férfiaknál, lues cerebri nőknél. Apoplexia gyakoribb férfiaknál 21 közül 17. A megbetegedettek kora az egyes betegségek szerint a következő: a lues cerebri 6—53 évek között, leggyakoribb a negyvenes évek körül, tumor cerebri 3 1/2—58 év között, leggyakoribb a harminczas évek körül, hydrocephalus 1 1/2—15 év között, leggyakoribb egy év körül, vegyes agybántalmak a második évtized körül, apoplexia 43—77 év között, leggyakoribb a hatvanas évek körül, meningitis cerebrospinalis 11 hótól és 14 év között, tuberculotikus meningitis 8 hótól 42 év között, poliencephalitis 7—26 év között. Pangásos papillitis tumor cerebri mellett 72·5%. Izombénulások főleg lues cerebri mellett gyakoriak s többnyire kétoldaliak. (Zeitschrift f. Augenheilkunde, 1900. III. 5.)

A sympathikus gyuladásról. *Dr. Pfalztól.* Mióta Mackenzie kifejté, hogy a sérülés által tönkrement szem, a másik szem súlyos megbetegedését, söt megvakulását idézi elő, mind jobban szaporodtak ez irányban tett tapasztalatok s megerősíték Mackenzie állítását. Hogy miképen jön létre a másik szem sympathikus megbetegedése, az sajnos, mindez ideig nincs megfejtve. Egyesek pathogen mikroorganismusok vagy azok terményei által válik előidézettnek a kórfolyamatot. Éles ellentétben állanak a migratiós és ciliaris idegtheoria hivei. Az elnevezés Donderstől származik. Symptomái accommodatiós zavar és elfáradás, a centralis és peripherikus látás súlyos zavarai, könyezés, fénykerülés és subjectiv fény és színlátások. A sarkpont mindezen tünetek mellett bizonyos ingernek jelenléte, a másik oldali érzőideg tájékán. A kórkép magyarázatára az irodalomban 3 periodust találunk. Donders előtt a gyuladásos és functionalis zavarok nem voltak egymástól élesen megkülönböztetve s nem csupán az egyik szem cyklitise, sérülés által előidézve, tekintetett okul a sympathikus gyuladás létrejövetelére, hanem tumorok, glaucoma, idiopathikus cyklitis, luxált lencse ideghártyaleválás is szerepel okul. A második időszakban Donders felfogása uralkodott, a mely szerint sympathikus neurosis, hónapokon át való fennállása daczára, sohasem mehet át cyklitisbe. Egészen a nyolczvanas évek közepéig nyilt kérdés maradt, hogy a ciliaris ideg sértése egy esetben functionalis, más esetben gyuladásos tüneteket okoz, vagy hogy egyik a másikba átmehet, a míg a Leber-Deutschmann hypothesis a chiasmát, az optikus pályák találkozási helyét tartja azon helynek, a hol a kórfolyamat a mikrobák vándorlása által a másik szemre is átterjed. A harmadik időszakot Schmidt-Rimpler theoriája képezi. Szerinte a sérült szemen a ciliaris ideg izgalma reflectorikus úton a másik szemben vérkeringési zavart okoz s így a sympathikus megbetegedésre dispositiót képez, minél tovább áll fenn ezen inger a beteg szem részéről, annál fogékonyabb lesz az ép szem a külső behatásokkal (akár bacterikus, akár chemikus) szemben. Bach, Mooren, Rumpf és Jessner állatkisérleteket is végeztek ennek bebizonyítására. A szerző szerint a tüneteket a következő csoportokba oszthatjuk: *a)* reflectorikusan érző a trigeminus mentén, *b)* reflectorikus functionalis az optikus mentén és cerebralis folytatásában, *c)* neurasthenikus symptomákra.

Leggyakoribb az első. Tudjuk tapasztalatokból, hogy az egyik szemen a ciliaris ideg izgatása, fénykerülést, erősebb könyelválasztást okoz, ugyanez, habár kisebb fokban, a másik szemen is bekövetkezik. Ha egy szemen cyklitis van, a másik szemen a dispositiót növeli. Ha a sértett szem már békés is, azonban a másik szemen izgalom mutatkozik, a diagnosist rosszra kell felállítanunk. A második alakja a sympathikus gyuladásnak majd az anaesthesia és hyperaesthesia retinae, majd amblyopia fugax képe alatt jelentkezik. (Graefe 1887.) Mooren eseteit hozza fel a szerző. Az anaesthesia retinae és ennek következtében fellépő functionalis zavarok okát a szerző nem a másik szem retinájában vagy optikusában véli, hanem az optikus cerebralis folytatásában, mindkét látótelepben. A harmadik alakja a neurasthenikus, mindenekelőtt az accommodatio hiányos működésében mutatkozik. Hosszan fennálló cyklitis, a mely a szemen az accommodatiót zavarja, a másik szem működését is zavarja. Pfalz szerint az irodalomban előforduló esetek nagy részében, a hol a sympathikus izgalom hosszas fennállása által feltünik, a hysteria körébe tartozik. A hysterikus szót Möbius értelmében veszi. Ellentétes nézetben van Moorennel, a ki szerint az enucleatio után is felléphet sympathikus izgalom, míg a szerző szerint ez enucleatio után sohasem történhetik meg. Therapiául az enucleatiót ajánlja mindazon esetekben, a midőn a szem megvakult, ha nem vakult meg,

Bach tanácsa figyelembe veendő, megvárni, hogy a gyuladásos tünetek nem szünnek-e teljesen meg. F. Richardson Cross szintén minden vak szemet és phthisikus csonkot enucleál, Landolt szintén. Ezek után a szerző ajánlja, hogy ha a betegnek egyik szeme sérülés által megvakult s folytonosan panaszkodik a másik szem functionalis zavarairól, bármi módon is birjuk őt arra, hogy a rossz szemét enucleáltassa.

Pfalznak a sympathikus gyuladásról szóló referatumához a rajnai-westfali szemorvosok gyülésén a következők szóltak hozzá: Peters felemlíti, hogy sérülés után gyakran fejlődik local tuberculosis s talán a lappangó iridocyklitisnek az is lehet oka. Hillemans szerint symphatikus gyuladás az optikus sértése után sohasem következik s ez ellene szól annak, mintha az optikus pályák útján terjedne a folyamat. A conservativ therapia hive. Giese az enucleatiót ajánlja, Asmus szerint gyermekek hajlandóbbak a sympathikus gyuladásra. Schmitz szintén enucleatiót végez. (Zeitschrift f. Augenheilkunde, III. 3. és 4. 1900.)

Gabler Lajos dr.

Mellékvesekivonat a szemgyógyászatban. Landolt H. dr. a strassburgi szemklinika tanársegéde a mellékvesekivonattal tett kisérleteiről számol be. Dor a kivonatnak a kötőhártyatasakba való becseptegtetésével capillaris vérzéseket csillapított és gyarapította cocainérzéstelenítő hatását.

A kivonatnak vértelenítő hatásáról hasonló értelemben többen nyilakoznak. Lewandowsky vivő érbe fecskendezve, a sympathikus által beidegzett szem- és orbitalis izmoknak összehúzódását és pupillatágulást tapasztalt.

Az azelőtt háromféle módon előállított készítmény, részint szenyezettsége, részint idegen anyagok hozzákeveredése és azért mert bomlékonysága miatt minden esetben frissen kellett készíteni, nem megbizható.

Hofmeister laboratoriumában Fürth Ottónak sikerült a mellékvese élettani hatóanyagát különválasztani, s így azt teljesen aseptikusan, könnyen és pontosan adagolható alakban előállítani. Maga az anyag barna folyadék, s a mindkét végén beforrasztott üvegcső 2 cm³-t tartalmaz. Tisztaságáról úgy győződünk meg, ha a vaschlorid hozzáadására keletkezett zöld szín, szénsavas natronnal vörös, majd biborpiros lesz, s eczetsavval megsavanyítva ismét zöld lesz. Ezen készítménynyel kisérletezett szerző a következő eredménynyel.

Vérteleníti a kötőhártyát. Erősen vörös és gyuladt kötőhártya egy cseppt̃ől majdnem azonnal elhalványodik, s e hatás tartama függ a belöveltség és izgalom fokától; a régi készítménynél 15—20 perczig, az újjal 1—2 óráig tart, s újból való becsöppentéssel a hatás fokozható. A hatás megszüntével az eredeti vérbőség nem fokozódik, tehát a conjunctivalis edények összehúzódását nem követi az edényizomzat hűdése.

Csak a felszines edényekre hat, e tulajdonsága előnyös didacticus czélból, mert vele könnyen elkülöníthető a felületes belöveltség a mélyebbtől.

Ha a Pravaz-fecskendő egy osztaléknyi mennyiségét nyúl conjunctiva alá fecskendjük, a pupilla ad maximum tágul, de sem a chorioidea és retina edényeiben, sem a szem tensiójában változást nem észlelhetünk.

Nagyobb adagok befecskendésénél az állat ugyan nem pusztult el, azonban a beszúrási hely elüszkösödött.

Erősen gyuladt szemeken vértelen műtétek kivitelére, továbbá a cocain, atropin és eserin hatásának öregbítésére előnynyel használható.

Nagyobb edényekből származó vérzés csillapítására, mint azt szerző egy enucleatiónál tapasztalta, nem alkalmas, mert az edények összehúzódását az érizomzat hűdése követi.

Heveny kötőhártyahurutoknál csökkenti a beteg kellemetlen érzéseit; becsöppentés után kissé csíp ugyan, de ezt nemsokára kellemes lehütő és megkönnyebbülő érzés váltja fel. A betegség lefolyására nincsen hatással. Edényzett szarúhártyagyuladásnál a subjectiv érzést csak mulólag javítja. Iritisnél, glaucománál hatástalan, mert nem hat mélyre, de lehet, hogy a kötőhártya alá juttatva eredményes lenne, de ezt szerző veszélyes voltánál fogva nem kisérlette meg. Összefoglalva, mondhatja, hogy legfőbb szerepe a vértelenítésnél van nevezetesen:

1. *műtéteknél a vérzés elkerülésére;*

2. *támogatja a cocain, atropin, eserin és hasonló szerek hatását; és végül*

3. *a lobos izgatottság kellemetlen érzéseit csökkenti illetve megszünteti.*

(Centralblatt für Augenheilkunde 1899. november.)

Barlay János dr.

A könyutak átfecskendezése a könypontokon át. Neustätter Ottó dr.-tól. A könyutak kifecskendésének három módja van, vagy a könycsövecske hasíttatik előbb fel, vagy az kitágíttatik, vagy a canule a ki nem tágított könycsatornába vezettetik be. Neustätter egy fecskendőt szerkesztett, a melynek canulejét nem kell a könycsövecskébe betolni, csupán a könypontokra kell helyezni és így lehet átfecskendezni a könyutakat. 8 cm³ tartamú kaucsuk — üvegfecskendő, a melynek canuleje ³/₄—1 mm. átmérőjü hajlított nikkelezett aczélcsövecske. A fecskendezés az alsó könyponton át úgy történik, hogy az alsó szemhéj kifelé huzatván, ectropiumossá tétetik, hogy a folyadék ne gyüljék meg a conjunctivazsákba, s most a canule ráhelyeztetvén a könypontra, a dugattyút megnyomjuk. Ha a könyutak szabadok, nehány percz mulva a folyadék megjelen az orrnyilásban. Ha nem jelen meg folyadék, ennek két oka van, vagy technikai hiba, vagy elzáródás. Technikai hibák, a canule elcsúszik a könypontról, nagyon ferde reáhelyczés, erős benyomása a canulenek, ujjal a könyutakra gyakorolt nyomás, edző, nyákhártyaduzzanatot okozó folyadék befecskendése. A technikára vonatkozólag leirja, hogy a conjunctivát és corneát úgy védi meg, hogy lehetőleg erősen ectropiumossá tevén az alsó szemhéjat, szabadon maradván a könypont, erősen behunyatja a beteg szemét, azután erősen oldalt hajtja a beteg fejét, úgy hogy a külső zúg lehetőleg magasan álljon, s így a folyadék, a mely a canule mellett kiömlik, nem a szembe jut, hanem az arczon lefut. Erősen edző folyadéknál (2% zink sulfuricum, 0·1—0·25% cuprum sulf.) tanácsos valamely zsíros kenőcscsel (lanolin, parafin) a belső zúgot bekenni. Ezután hat sikerrel kezelt esetről számol be. Eljárását, mint diagnostikai eljárást is ajánlja, mert a befecskendés által megtudhatjuk, hogy a csontos részben, vagy azonfelül van az elzáródás, mert az első esetben a folyadék a felső csövecskén át csak egy kis idő mulva regurgitál, s e mellett a könytömlő kitágul, a második esetben a folyadék azonnal visszafecskendez. A befecskendezésnek hatásmódja kettős, ha gyógyszert fecskendez be, az mint olyan hat, másodsorban eltekintve a mechanikus tisztitásról direct és indirect hatást tulajdonít Neustätter eljárásának. Direct hatás, hogy stricturáknál erős nyomással sikerül a könyutakat átfecskendezni, sőt ha a strictura nem nagyon ellenálló, a folyadék tágítja is azt. Indirect hatás, midőn a folyadék nem azonnal folyik le, hanem előbb a könytömlő megtelvén, a megtelt könytömlő nyomása legyőzi a szűkületet. Hogy miképen lehető ez, határozott magyarázatát nem tudja adni a szerző, lehet, hogy a reflectorikusan izgatott körizom contractioja szerepel, vagy a könytömlő elasticitása a kihajtó erő, vagy a könytömlőt környező orbicularis rostok, a melyek a folyadék által táguló tömlő által reflectorikusan izgattatnak, vagy a könytömlő felett levő aponeurosis fejt ki ily hatást.

Methodusának eredményéről véglegesen nyilatkozni a szerző korainak tartja, azonban könnyebb megbetegedésnél restitutio ad integrum elérhető. A hol a könyezés oka chronius catarrhalis elváltozás, 2—3 hét mulva javulás várható és a recidiva könnyen és hamar gyógyítható. Súlyosabb esetben (strictura) is könnyebülést, sőt nehány esetben, a hol nem is remélte, javulást ért el. A gyógytartamra vonatkozólag az a véleménye, hogy ha a javulás nem is tart tovább mint más eljárásoknál, de előnye mégis az, hogy elkerülhetjük a fájdalmat, a mit a felhasítás okoz. Indicatiói, először a könyutak állapotának kitudása, másodszor gyógyító eljárás a könyutak acut és chronikus catarrhalis állapotainál, stricturáknál, a könnytömlő atoniájánál és hydrops sacci lacrymalisnál. Végül melegen ajánlja eljárásának alkalmazását. (Archiv f. Augenheilkunde XL. III. 1899.)

Gabler Lajos dr.

Neuritis optica fejfájással. Roberts és Williamson 100 általuk észlelt esetről referálnak, hol kétoldali neuritis optica állott fenn fejfájással kapcsolatban. Ezek közül 27 esetben bonczolás által is beigazolt agytumor forgott fenn; 27 esetben, hol agytumor lett felvéve,

a bonczolat nem engedtetett meg; két esetben, hol agytumorra volt gyanu, a sectio az agygyomrocsoknak meningitis serosa ventriculorum által bekövetkezett tágulását konstatálta; három esetben abscessus cerebri, két esetben meningitis tuberculosa, háromban pedig nephritis interstitialis chronica volt jelen; ezen esetek mindegyike halálosan végződött. Három esetben ólommérgezés, háromban chlorosis képezte a tünetcsoport okát, egy esetben endocarditis ulcerosa, egyben purpura haemorrhagica, egyben pedig Henoch-féle purpura vezetett e syndromára; ez utóbbi három eset letalisan végződött. Hat esetben, hol góczi tünetek nem voltak jelen, valószinüleg lues szerepelt aetiologikus momentumként, a betegek életben maradtak, kettő megvakult, négynél csak látásromlás volt jelen; két esetben szintén góczi tünetek nélkül hat, illetve 2¼ évig állott fenn; a baj a betegek további sorsa ismeretlen. 19 beteg pedig meggyógyult, nyolcz teljes vakséggal, három rossz látással, nyolcz jó visussal. Hogy az ezen csoportba tartozó betegeknél, kiknél a focalis symptomák szintén hiányoztak, a fejfájás és kétoldali papillitis okát mi képezte, arra nézve szerzők azt veszik fel az esetek egy részére nézve, persze csak lehetőség gyanánt, hogy valamely nem malignus tumor vagy tuberculosus massa, mely növésében megállapodott, foroghatott fenn. *Williamson* észlelt egy esetet, hol az agytumor kétségtelen jelei (Jackson-epilepsia és hemiplegia is volt) megszüntek, három évig teljesen kimaradtak, ekkor cerebellaris tumorsymptomái jelentkeztek, a beteg meghalt, a sectio a motorius kéregben egy régi betokolt, a kisagyban egy friss tuberculosis góczot mutatott ki; *Monro* pedig észlelt egy egyént, ki 16 éves korában heves fejfájás mellett teljesen megvakult, mindkét szemén atrophia nervi optici volt, 63 éves korában carcinoma ventriculiban meghalt, bonczolatnál a kisagyban egy myxomára bukkantak; a myxoma növése tehát megállott s 46 évig szünetelt. Az esetek más részére a gyomrocsok serosus meningitisét veszik fel lehetőség gyanánt. Tekintettel arra, hogy 100 betegük közül 10 volt olyan, ki életben maradt, de teljesen megvakult, ajánlják a Horsley által először ez indicatio folytán gyakorolt trepanatiót tisztán az agynyomás megszüntetése és a papillitisnek ezáltali gyógyítása szempontjából; *Taylor* közölt eseteket, hol egyszerü trepanatióval sikerült a papillitist és látásromlást megállítani. Hol a gyomrocsok serosus meningitisére van gyanú, a *Quincke*-féle lumbalpunctio ajánlatos. (The Lancet, 1900. máj. 12.) *Pólya Jenő* dr.

A kisérleti chinin amblyopia pathologiája. Holden kutyáknak chinin-oldatot fecskendezett be, s a megejtett szövettani vizsgálat a következőket derítette ki. Az erek, különösen az arteriák contractióját a rostrétegbe történő serosus beivódás követi, mit a dúczsejtréteg degenerálása követ s ennek kapcsán látóidegsorvadás.

A nyitott sebkezelés. A nyitott sebkezelés kérdése úgy a párisi orvosi congressus szemészeti osztályában, mint a heidelbergi szemésztársaság ez évi összejövetelén beható megbeszélés tárgyát képezte. A párisi congressuson *Schioetz* (Christiania) referálta a thémát; szerinte az operatio után nem szabad kötést alkalmazni.

A kötés nemcsak hogy nem képez védelmet, hanem ellenkezőleg a betegek némelyikét arra izgatja, hogy szeméhez nyúljon. Felfogása mellett a következő statistikáját közli: *100 kötéssel kezelt* hályogoperálás után 1 primaer infectio, és 5 secundaer infectio fordult elő (ezek között 3 panophthalmitis); más 4 szem occlusio pupillae, iridocyclitis, üvegtestveszteség és glaucoma következtében ment tönkre. Ezzel szemközt *50 kötés nélkül* kezelt esete között 3 vesztesége volt.

A vitában *Landolt* a kötés alkalmazása mellett nyilatkozott; szerinte sötét szoba és ágyban fekvés okvetetlenül szükséges. *Valude* azt hiszi, hogy nem szükséges mindkét szemet kötni; sötét szoba fölösleges. A kötést a negyedik nap változtatja. Infectio esetén 6-szor naponta 1‰ sublimat-oldatot cseppent be; ez eljárásának tulajdonítja, hogy vesztesége nem volt. *Mc. Hardie* a Snellen kötését dicséri, e mellett a beteg kezeit olyan módon köti meg, hogy a beteg a szeméig ne érjen. *Kuhnt* azt ajánlja, hogy minden egyes esetben próbakép átfecskendezzék a könyutakat; nem egyszer kiderül ilyenkor, hogy az út átjárhatatlan. *Galezowsky* a kötés feltétlen híve; collodiummal praeparált tafotát használ, melyet csak a 3. vagy 4-dik nap cserél. *Javal* arra utal, hogy csalódás azt hinni, mintha a szemet a legtökéletesebb kötéssel is mozdulatlanná lehetne tenni. *Panas* is a kötés híve. *Jacqueau* a szempillák összevarrását javasolja. *Lagrange* 1000 operáltja közt csak 6 súlyos infectiót látott; a szem nyugalmának nagy jelentőséget tulajdonít.

A heidelbergi gyülésen *Sattler* szállott síkra a nyitott sebkezelés mellett. Az eljárást 1899 óta gyakorolja a klinikáján. Az operált szemre csak a Fuchs-féle rácsot alkalmazza minden boríték nélkül. Hangsúlyozza, hogy a szem nyugalomba hozása legfeljebb az által érhető el, ha mind a két szemet kötjük. A váladék felszivását a kötés csak nagyon tökéletlenül teljesíti. Külső ártalmak ellen való védekezés kötés nélkül is lehetséges. Sebrepedés, iriselőesés kötés által sem kerülhető el biztosan; elcsúszva rosszabb, mint semmi. E mellett a kötés alatt a csirok nagyon elszaporodnak. Azon sem lehet kételkedni, hogy a könyeknek bactericid hatásuk van, nem is említve az általuk eszközölt mechanikus tisztogatást. 233 complicatio nélküli hályogoperálás közt egyetlen 1 esetben fordult elő infectio, de hetednapra az is megállapodott; 3 esetben prolapsus iridis fordult elő; 11 esetben a coloboma szára a sebhez húzodott; 10 esetben a Weber-féle kacscsal kellett a lencsét eltávolítani, és üvegtestveszteség ellenére is zavartalan volt a sebgyógyulás. Köhögés, delirium hallucinatorium és még nem teljesen gyógyult könytömlő-genyedés nem zavarták a gyógyulást; 7 complicált hályog közül 2 esetben seb-infectio fordult elő (heges trachoma és fehérje vizeléses diabetes). A többi szemteke-operálás eseteiben a lefolyás zavartalan volt; a gyógyulás tartamának meghosszabbodása, vagy seb astigmatismus nem fordult elő.

Schwarz, Howe és *Fuchs* szintén pártolják a nyitott sebkezelést. *Schmidt-Rimpler* sodronypápaszemet alkalmaz.

A *Hjort* által kezdett, s mint mondják a svéd *Odhelius* által már 100 év előtt gyakorolt nyitott sebkezelés hívei folyton szaporodnak. (Klinische Monatsbl. f. Augenhk. 1900. September, Oktober.)

VEGYESEK.

— *A párisi orvosi congressus szemészeti osztályának* tárgyalásaiban mintegy 250 szemorvos vett részt. Egészben véve tehát nem volt szerfölött látogatott; a tagok legnagyobb része franczia volt. Az osztály elnöke Panas és a rendező bizottság tagjai mindent elkövettek, hogy a tagok Párisban való tartózkodásukat hasznosan és kellemesen töltsék el. A franczia és a párisi szemész-társaságok Chantilly-ben pompás ünnepélyt rendeztek. Nagyon hasznosnak bizonyult tudományos szempontból főthémák kitűzése s a referatumoknak előzetes kinyomatása. A tárgyalásokban a teljesen vak Javal is tevékeny részt vett; tetterejét szomorú sorsa nem csökkentette. A referatumokat legközelebb ismertetni fogjuk.

— *A heidelbergi szemész-társaság* üléseit ez évben 1900. szeptember 13., 14. és 15-dikén tartotta meg. A tárgyalásokon körülbelül százan vettek részt. A Welz-féle Graefe-díjat (a Graefe-féle Archivumban 1896, 97 és 1898-ban megjelent legjobb dolgozatért) Bernheimer (oculomotorius mag) és Hess (accomodatio) tanárok közt osztották meg. Wintersteiner traumaticus iriscystákról, Grunert a glaucoma gyógyitásáról a sympaticus felső dúczának kiirtásával, Uthoff a fertőző betegségeknél előforduló neuritis opticáról, Birch-Hirschfeld a methylalkohol-amblyopia pathogenesiséről, Schmidt-Rimpler lencseluxatióról, Hippel veleszülött lencseluxatióval párosult korectopiáról, Wesely a suprarenin hatásáról a szemre, Fuchs érhártyaleválásról, Schieck chorioiditis exsudativa plasticáról, Sattler a nyitott seb kezelésről, Bernheimer a sphincter-centrum helyzetéről, Bielschowsky az úgynevezett divergáló bénulásról, Heine bimacularis látásról, Best a látásélesség határáról, Hummelschein centralis látásélesség és peripheriás világításról, Mayweg intraocularis desinfectióról, Reuss látótér-kifáradásról, Hertl az ideghártya ereinek elváltozásairól arterio-sclerosisnál, Wagenmann szemteke sérülésekről, Axenfeld a könymirigy finomabb szövettanáról, Elschnig conusról és látóideg colobomáról tartottak előadást.

A demonstráló ülésen értékes készülékek és érdekes praeparatumok kerültek bemutatásra.

— *A miskolczi közkórház története.* Szerkesztette Singer Henrik dr. A miskolczi közkórházban az 1899-dik évben 2453 beteget ápoltak, ezek között 91 szembeteget, a kiken 8 szemoperálást végeztek.

— *Személyi hirek. Dohnberg* Hermannt, a szentpétervári orvosi intézet szemésztanárát junius 21-dikén meggyilkolták. — *Lebrun*, a brabanti szemkórház igazgatója, 64 éves korában meghalt. — *Thorringtont* a philadelphiai poliklinika szemésztanárává nevezték ki. — *Bach* würzburgi magántanárt a marburgi egyetem szemésztanárává hívták meg. — *Oeller* müncheni rendkivüli tanárt az erlangeni egyetem szemésztanárává nevezték ki. — *Elschnig* és *Königstein* bécsi magántanárokat rendkivüli tanárokká nevezték ki. — *Lovato* dr.-t Palermoban a szemészet magántanárává habilitálták.

Budapest, 1900. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető: Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.