

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Fornet Elemér:** Az elkövérédes pathológiájáról és terapiájáról. 362. l.  
**Weisz Ede:** Közlemény a kórbonczani s kórszövetani intézetből. (Igazgató: Pertik Ottó dr. egyetemi tanár.) A közszényről. 364. l.  
**Sugár K. Márton:** A rendszeres hallási gyakorlatokról és ezek terapeutikus értékéről süketnémáknál és süketeknél. 366. l.  
**Tároza. Babarcsi-Schwartzner Ottó:** A magánorvoslás díjazásának kérdése a bíróság előtt. 368. l.  
**Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Friedrich Vilmos:** Orvosi haladás az 1900. évben az ipari megbetegedés terén. 370. l. — *Könyvismertetés. Schaper:* Vorträge über Syphilis, Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten. — *Weisz Ferencz:* A húgy- és ivarszervi megbetegedések rövid kézikönyve. 371. l. — *Lapszemle. Szülészeti és nőgyógyászati. Lindfors:* A gümös peritonitisek ellen végzett laparotomia hatása. (A dler O.) — *Stroganoff:* A szülönöknök kádban való füröztetése. (A dler O.) — *Schwarzwaeller:* Magzatelhajtás mérgek által. (Kern G.) — *Stoeckel:* Terhesség alatt fellépő hasfali vérömleny. (A dler O.) — *Blumberg:* A gyermekágyi láz serotherapiája (Kern G.) — *Börkörtan. Finsen:* Concentrált fénysugarakkal gyógykezelt lupus vulgaris esete. (Poór F.) — *Frattali:* Lupus erythematosus kezelése elektrolysis-sal. (Poór F.) — *Bernand és Gaucher:* Idült veselobhoz csatlakozó vitiligo és prurigo esete. (Poór F.) — *Unna:* Ulcus

cruris kezelése. (Poór F.) — *Renauld:* Tüdőembolia calomel-injectio után. (Poór F.) — *J. Sobel:* Himlő elleni védőoltás után fellépett bőraffectiók. (Poór F.) — *Orr-, torok- és gégebajok. Freudenthal:* A gégegyümökör kezelése. (Tóvölgyi Elemér.) — *Devauchelle:* Az intubatio. (Tóvölgyi Elemér.) — *Barth:* Gégerák esete. (—di.) — *Grabower:* A gégeizmok beidegzése. (—di.) — *Venerás bántalmak. Juliusberg:* Vizsgálatok a higany felszívódásáról a be-dörzsölési kúránál. (Sellei.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Weissenberg:* Tüdővészerek gyógyítása. — *Pool:* Thymolcarbonat. — *Folyóiratok átnézete.* 171—173. l.

**Hetiszemle és vegyesek.** A főváros egészsége. — Budapest kórházai. — Magyar tisztviselők betegsegítő egylete. — Tanulmányi kirándulás. — Tisztviselők választása a budapesti egyetemen. — A budapesti orvos-klub. — A Bókai-szoboralap. Mihalkovics Géza. — Képesített törvényszéki orvosok. — Az orvostanhallgatók segélyző és önképző egyesülete. — A budapesti orvosok szövetsége. — Kerületi orvosok társasága. — Fürdőorvos. — Schordann tetemének új sírba tétele. — Fürdőink látogatottsága. — Herczel dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 373—374. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat. — Szemlények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

#### Az elkövérédes pathológiájáról és terapiájáról.

*Fornet Elemér* dr. marienbadi fürdőorvos, volt egyetemi belklinikai I. tanársegédjétől.<sup>1</sup>

Ama serény és kiterjedt munkálkodás, mely kivált az utolsó évtized alatt az anyagcsere ép és kóros viszonyainak tanulmányozására irányult, nem maradt — a mint hogy nem is maradhatott — nagy befolyás nélkül az úgynevezett anyagforgalmi betegségek pathológiáját és terapiáját illető ismereteinkre és nézeteinkre. Tudásunk eme bűvülatok révén új adatok szolgáltatása által sok irányban gyarapodott, másrészt viszont biztosan megállapítottnak látszott nézetek megmástitása vált általuk elkerülhetlenné, s nem egy tévesnek bizonyult feltevést kellett orvosi gondolkodásunk láncolatából kikapcsolnunk.

De ha a haladást szívesen elismerjük és örömmel constatáljuk is, úgy mégis sajnosan be kell vallanunk, miszerint számra és jelentőségre nézve főfontosságú kérdések e téren is részben még teljesen megoldatlanok, részben pedig a változó nézetek hullámzásának vannak alávetve. S épen emez utóbb említettem szempontok mérlegelése vezérelt, midőn elhatároztam, hogy a t. egyesület türelmét és idejét egy *κατ' ἐξοχήν* anyagforgalmi betegségeknek, az elkövérédesnek kór- és gyógytanára vonatkozó egy-némely kérdés megbeszélésére kikérjem. Tettem ezt annyival is inkább, mert eme tárgy Hochhalt magántanárának a nagy Belgyógyászatban néhány év előtt megjelent, minden tekintetben kitűnő cikkén kívül csupán Hirschler és Terray nagyszabású diaetetikai művében lőn az újabb magyar irodalomban tüzetesen tár-

gyalva, utóbbi helyen a dolog természete szerint főleg csak diaetoterapiai szempontból.

Az elkövérédes kórlényege a szervezetnek zsírképzése és zsírelhasználása közt utóbbinak hátrányára huzamosan fennálló aránytalanság. Ezen aránytalanság okán sarkallik az obesitas aetiologiája.

A régebbi és az újabb szerzők idevágó dolgozatainak nagyobb részében hol burkoltan, hol pedig világosabban találjuk kifejezve ama véleményt, mely szerint az elhájásodás előidézésében szerepelhet egyfelől a szervezet *szükségletét meghaladó táplfelvétel* egyéb-ként normalis anyagcsereviszonyok mellett, másfelől pedig normalis vagy csökkent táplfelvétel mellett az *anyagcsere lassúdott volta*.

Az elsőben említett esetekben tehát a polysarkia, hogy úgy mondjam, mesterséges hizlalás eredménye. Létrejött könnyen érthető. A szervezet az életnyilvánulásokhoz szükséges hőt első sorban a táplálék elégetése által szerzi be. Ha a táplálék elégtelen, úgy saját szöveteit, főleg pedig a zsírt égeti el, tehát szövetbeli veszteséget szenved. Ha viszont a táplálék hőértéke a szervezet hőszükségletét meghaladja, úgy a táplálék feleslege első sorban e zsírrállomány növelésére fordítatik. Tegyük fel, hogy egy bizonyos vegyes táplálék mellett a szervezet az adott esetben nitrogen- és caloria-egyensúlyban van, értvén ez alatt azt, hogy annyi N-t és annyi hőegységet kebelez be, mint a mennyit kiad. Ha már most egy ilyen vegyes táplálékhoz zsírt vagy szénhidratokat tartósan adunk, úgy ezek első sorban zsírképzésre fognak fordítatni a bekebelezett táplálékfelesleg caloriaértékének arányában. E mellett egyúttal kevesebb N-tartalmú anyag is fog kiürülni, az azonban, specialis viszonyoktól eltekintve, csak átmeneti dolog lesz, mert a szervezeti fehérje gyarapítása mesterségesen nem könnyen történik. Ha ugyanily táplálék mellett a bevitel fokozását csupán fehérje-tartalmú anyaggal eszközöljük, ez esetben is növelni fogjuk a zsírképzést — valamivel kisebb mérvben —, úgy hogy mondhatjuk, miszerint a gyakorlatban, kis különbségektől eltekintve, mellékes

<sup>1</sup> Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület 1901. márczius 30-diki ülésén.



az, hogy a táplálékfelesleg zsírból, szénhydratból vagy fehérjetartalmú anyagokból áll-e, mert a zsírképződés a tápfelesleg caloriaértékének arányában történik.

Az absolute nagy tápfelvétel által előidézett obesitas példájául szolgál a nagyevők nagy része. Igen gyakran találkozunk továbbá oly esetekkel, hol az elfogyasztott táplálék hőértéke az illető szervezethez viszonyítva nem mondható ugyan nagyknak, de a melyekben ennek daczára mégis túltáplálás történik, mert a szervezet hőszükséglete az izommunka esőkkent volta miatt alaszállított. Találóaan mutat *Noorden* arra, hogy ha a caloria-szükséglet rohamosan száll alá egyenlő, vagy alig kevesbedő táplálék mellett, mint ez pl. lábcsonttörések stb. folytán szokott megtörténni, úgy az elhízás okának kipuhatólása könnyű. Nem ritkán azonban oly csekély körülményben rejlik az életmód ily irányú megváltozása, a mely változás épen állandósága által vezet lassan fokozódó elhízáshoz, miszerint az illetőnek figyelmét az könnyen elkerüli és patiens, valamint orvos tévesen hajlandó az anyagsere kóros elváltozására gondolni. Előfordul továbbá az is, hogy a tápfelvétel hőértéke az átlagosnál jóval alacsonyabb, s hogy ennek daczára mégis elhízás jó létre az által, hogy az izommunka minimalis volta folytán a szervezet hőszükséglete oly jelentékenyen alaszáll, hogy ily viszonyok között a bekebelezett csekély táplálék is túltáplálást jelent.

Az elhízásnak ilyen módon való létrejöttével ellentétben állanának azon esetek, melyeket az *anyagsere lassúdott voltának* felvételével kellene magyarázni oly módon, hogy a protoplasma bizonyos mennyisége ily egyéneknél ugyanazon működésnél kevesebb égési anyagot, illetve caloriát szükségelne, mint a normalis átlagos szervezet, azaz ily esetekben ceteris paribus a szervezet már caloria-, illetőleg táplálékfeleslegben volna akkor, mikor a normalis szervezet legfeljebb caloriaegyensúlyban van. Ezen felvétel lehetőségének megértésére emlékeznünk kell arra, hogy a szervezet összes caloriaforgalma három alkatrésztre bontható, úgy mint a teljes nyugalmi állapotban szükséges caloriamentységre, másodsor a táplálék feldolgozásához a bél- és mirigyműködés folytán szükséges hőmennyiségre, s végül a külső munka végzéséhez megkívántató caloria mennyiségre. A kérdés már most az, hogy az anyagsere kórosan lassúdott voltának felvétele szerint mely hőértéken takarékoskodhatik egy ily szervezet a normalissal szemben.

Az anyagserevizsgálati módszerek tökéletesítésével e kérdés is megközelíthető volt az elhasznált éleny és a kilégzett szén-sav meghatározása által, mint a melyek a szervezet nitrogenmentes anyagainak elhasználásáról adnak felvilágosítást. Az ide vonatkozó vizsgálatok *Noorden*, *Thiele* és *Nehring*, *Stüve*, főleg pedig *Magnus Levy*-től erednek. Eme szerzők elhízott egyéneknél a nyugalmi állapotban szükségelt caloriamentységet tették vizsgálatuk tárgyává, mely vizsgálatok eredményét abban összegezik, hogy a talált értékek, habár majdnem mind a normalisnak alsó határán mozognak, kórosan lassúdott anyagsere felvételére nem jogosítanak fel bizonyan. Ezen kísérletekre azon megjegyzést kell tennem, hogy midőn azt látjuk, miszerint a talált értékek ugyanazon egyénnél teljesen azonos külső körülmények közt 5–20%-nyi napi eltérést mutatnak — mint azt ama szerzők is beismerik —, akkor lehetetlen azt eldönteni, hogy az anyagsere kisebb fokú abnormitása, mely azonban, ha állandó, felette fontos táplálkozási eltéréseket képes létrehozni, jelen van-e vagy nincs. Annyival is kevésbé lehet ezt tenni, mert a kísérleti idő aránylag mindig igen csekély, s végül mert elméleti és gyakorlati lehetetlenség meghatározni, hogy egy sovány szervezet testsúlykilójában foglalt protoplasmamentységnek, mint az élenyítést eszközölő alkatrésznek, mennyi felelhet meg valamely adott esetben az elhízott egyén szervezetében. Ezen kísérleteket tehát sem pro, sem contra felhasználni nézetem szerint nem lehet.

Ujabbán *Jaquet* és *Svenson* tanulmányozták kísérletileg a kérdést. A nyugalmi gázcsere náluk sem mutatott szembeötlő eltérést a normalistól. Ők azonban tanulmány tárgyává tették három elhízott egyén légzési gázcserejét tápfelvétel után is, s akkor azt találták, hogy a tápfelvétel által létrejövő fokozott élenyülés csekélyebb és rövidebb tartamú, mint normalis egyéneknél s ebből részben megmagyarázhatni vélik a fokozott zsírképződést.

Ugyanezen egyéneknél a külső munkának különböző hatása

volt. Az egyiknél normalis magatartás mutatkozott, a másik esetben csekély izommunka az élenyülés jelentékeny fokozásával járt. Bár ezen kísérletekben a normalis értékektől való eltérés már jelentékeny s a kísérleti berendezés is teljesebb, a fentebb mondottak mégis részben ezekre is vonatkoznak; azonban nem lehet tagadni, hogy a szerzők által vont következtetések valószínűeknek tűnnek fel s a lassúdott anyagsere felvételének jogsultságát kísérletileg is támogatni látszanak.

Elméletileg mindenestre képzelhető, hogy egyes esetekben a normalis szervezettel szemben hőmegtakarítás létrejöhet a nyugalmi caloriaforgalomban, valamint az emésztés alatti bél- és mirigyműködésnél. Ellenben nem tartom valószínűnek *Noorden*-nek még legújabbán is hangoztatott ama nézetét, mely szerint a külső izommunka végzéséhez szükséges hőmennyiségen is lehetőnek véli a hőszükséglet esőkkentését. Nem tartom ezt valószínűnek azért, mert igaz ugyan, hogy *Zuntz* vizsgálatai szerint a külső munkára fordított hőnek csak mintegy harmada felel meg az erőművi aequivalensnek, azonban ezen vizsgálatok még azt is mutatták, hogy emez arány nemcsak embereknél, hanem állatoknál is feltűnően állandó és ugyanaz, s mert nem lehet feltenni, hogy épen elhízott egyének, kik nehezebben dolgoznak s könnyen fáradnak, érjenek el nagyobb erőkihasználást, mint normalis alkatúak. Végül pedig ellene szólnak eme felvétel helyességének *Jaquet* és *Svenson* fenti vizsgálatai is.

Igen érdekesek azon állatkísérletek, melyeket *Löwy* és *Richter* kutyákon végeztek. Eme szerzők azt találták, hogy a nőstény kutyánál a castratio után néhány héttel az élenyelhasználás a castratio előtti állapottal szemben mintegy 20%-nyi csökkenést mutatott. Ha ezután oophorint adagoltak, az oxydatio az eredeti értéket is meghaladó magaslatra emelkedett, s az adagolás megszüntével csak lassan süllyedt ismét a normalis értékek alá. A castrált himkutyá ugyanígy viselkedett. Ezen vizsgálatok mindenestre újabb bizonyíték arra nézve, hogy a szervezet mirigyes alkatrészeinek működési állapota vagy ennek hiánya az élenyülési folyamatokra nagy befolyással bír, a mint az a pajzsmirigyre nézve már előbb is ismeretes volt (*M. Levy*).

A kísérleti adatoknak egy része tehát támogatni látszik ama felvétel helyességét, miszerint az esetek bizonyos részében az anyagsere kórosan lassúdott volta szerepel az elhíjasodás aetiologiai mozzanata gyanánt. Bármint álljon is azonban ez, nézetem szerint az elhízott egyének egy részénél tehető megfigyelések kényszerítőleg utalnak ily lehetőség felvételére s meggyőződésem oly erős, hogy a positiv értelemben szóló kísérleti adatokat csakis mint egy kétségtelen tény újabb bizonyítékát tekinthetem.

Ezen felvétel helyessége mellett egyes esetekben a kórfolyamat felléptéből és lefolyásából több tényezőt lehet felhozni. Így azon körülményt, hogy egyes családokban az elhízás mint *családbeli kórállapot* több nemzedéket át követhető. Igaz, hogy ezen esetek elbírálásánál óvatossággal kell eljárni, mert mint azt az összes szerzők is kiemelik, az illetőknek külső körülményei meglehetősen egyenlők s épen olyanok, melyek az esetek többségében az obesitást mint mesterséges hízlalás útján létrejöttet engedik felfogni. Ilyenek különösen azon esetek, melyek az élet delén jó viszonyok közt élő embernél szoktak jelentkezni. Ezekkel ellentétben részéről főleg a polysarkia azon kórformáit kívánám a lassúdott anyagsere felvételének erősítésére értékesíteni, melyek *kora ifjúságban* úgyszólván a bölesőtől kezdve fejlődnek, s melyeknek gyógyítási befolyásolása is rendkívül nehezen sikerül. A *climacterium* kora körül oly gyakran fellépő elhízás, ha oka csakugyan a nemző mirigyek működésének hiányán alapuló oxydatio esőkkentésében volna is kimutatható, a kórosan lassúdott anyagsere bizonyítékául nem volna értékesíthető, épen mivel physiologiai normalis tünet lenne. Ellenben többszörös tapasztalatom alapján mondhatom, hogy aránylag gyakran láttam az obesitas kifejlődését oly fiatal egyéneknél, kik *korai impotentiában* szenvedtek s kiknél a nemző mirigyek inaktivitási atrophiját lehet supponálni. Ezen észlelet igen jól egyeztethető össze a fentemlített állatkísérletek eredményével. A *castratio* után gyakran fellépő elhízás szintén hasonlóan volna magyarázható.

Végül pedig — s ez mindazok számára, kiknek alkalmuk volt hasonlót észlelni, a feltétlen bizonyíték benyomását kell hogy



tegye — kétségtelenül vannak esetek, és pedig úgy nagymérvű, mint közepes obesitást mutatók, melyeknél dacára a caloriabevitel igen jelentékeny korlátozásának és a fokozott testmozgásnak, *súlyvesztés nehezen s néha csak meglepő csekély mértékben érhető el.* Noorden közöl újabban két esetet, melyek egyikében egy 102 kg.-os férfi napi 20 caloriával testsúlykilogrammonként igen jelentékeny izommunka mellett három hónapl efolyása után csak 1 kg.-ot fogyott. Egy 86 kg.-os nő pedig napi 11'6 caloriával testsúlykilogrammonként 0'5 kg.-ot hízott. *Saját gyakorlatomból* több esetről van feljegyzésem — bár nem oly részletes, mint a Noordené —, hol az illetők napi 1000—1100 caloriabevétel mellett naponta, 5—9 órai hegyi sétákat téve, alig számbavehető súlyvesztéséget szenvedtek. Ilyen pl. egy 18 éves leány Bécsből. A közepes termetű, 82 kg. súlyú leány kissé anaemiás. Már gyermekkorában feltűnően kövér volt. 2½ hónap óta egy belgyógyász tanácsára következő étrendet tartja: reggelire két tojás, délben sovány marha- vagy borjúsült (250 gm.), zöld, soványan készített főzeléssel, délután három deci tej, este két tojás vagy 200 gm. sovány sonka. Naponta egy zsemlye. Eredmény 2½ hó után alig ¾ kg. fogyás. Marienbadban a délutáni tejet is elhagyja, öt órát sétál stb. Négy hét után alig 1000 caloriaértékű napi táplálék mellett 900 gm. minus.

A múlt év nyarán is észleltem egy ily esetet egy Nagyvárad vidékéről származó 24 éves, erőteljes fiatal nőnél (72 km., 3—4 év óta rohamosan hízik), kinek étrendje nem tartalmazott többet 1100 caloriánál, s ki naponta 6 órai hegyi sétát végezte, marienbadi tartózkodását 1 kg. fogyással végezte. Igaz, hogy utólagos értesülésem szerint otthon a reá következő két hónapban 6 kg.-ot fogyott.

Az ilyen és hasonló esetek előttem azt a felvételt is valószínűvé teszik, hogy *valamint a szervezet képes a fehérjeállomány megvédése végett a fehérjebomlást hiányos táplálkozás alkalmával csökkenteni, úgy képes bizonyos esetekben legalább átmenetileg a hőelhasználást is lezártítani, s így a szervezeti zsírszövetet megvédeni.*

(Folytatása következik.)

## Közlemény a II. kórboneztani s kórszövettani intézetből. (Igazgató: Pertik Ottó dr. egyetemi tanár.)

### A köszvényről.

A XI. balneologiai congressuson előadta *Weisz Ede* dr., pöstyéni fürdőorvos.

A mióta *Wollaston* a köszvényes lerakódások lényegét felismerte, nevezetesen a mióta *Garrod*-nak sikerült híres *fonalpróbájával* a köszvényesek vérében s szövetnedveiben a húgysavat jegeczek alakjában egyenesen kimutatni: a köszvény tana a húgysav körül csoportosul.

A tény kétségen kívül volt helyezve, hogy húgysavas sók bizonyos körülmények között különböző helyeken jegeczedve kiválhatnak. Mi sem vala tehát természetesebb, mint ezen anyagot az összes köszvényelméletek kiindulási pontjává tenni.

A fizikális chemia s a biologia kellő ismeretei hiányában, a húgysavas lerakódásokat régen egyszerű húgysavas túltelítésből, a szervezetnek úgynevezett húgysavas elárasztásából vélték magyarázhatni. S úgy képzelték, hogy ha a test túl van árasztva húgysavval, a vizeletnek ugyanazon megfelelő mérvben kell húgysavban dúsnak lennie. Ezen eszmemenetnek megfelelőleg hiányos módszerekkel a vizeletnek húgysavban való bővelkedését vitatták. A köszvényes roham hirtelen felléptét azon feltevessel gondolták megérthetni, miszerint a húgysav holmi vegyi csapadék módjára hirtelen rakódhatik le akkor, ha a test, illetőleg a vér alkalescentiája leszáll. S mert ez a magyarázathoz kellett, ugyanezek hibás módszerekkel a vér alkalescentiájának csökkenését bizonyították. Így ment az *Garrod* óta évtizedeken át. Részben kegyeletből, részben bizalomból a nagy mester iránt, Angliában — a köszvény hazájában — elveit kritika nélkül vallották. Ehhez járul még az is, hogy Angliában a főleg gyakorlati tendenciákat kereső orvosi tudomány vivisectios s laboratoriumi kutatásokat általában kevésbé művel. Másutt ellenben — s ez Németországról is áll — a köszvény sokszorta ritkább megbetegedés, úgy

hogy az érdeklődés, de meg a klinikai vizsgálat alkalma is kevesebb. Így történhetett, hogy világszerte jóformán 50 esztendő óta a köszvénynek pathogenesisében a régi, megrögzött, teljesen hibás elvek uralkodtak és részben még uralkodnak.

Sajátszerű módon mindig csak azon felfogásból indultak ki, hogy *a húgysavnak s sóinak jegeczes kiválása kizárólag a szövetek húgysavas túltelítésének, elárasztásának jele* azon analogia alapján, hogy minden túltelített oldatban az oldott anyag szilárd alakban könnyen ki szokott válni.

Feltételezték továbbá, hogy *a húgysavtöbblet az egész vérben s az összes szervekben egyenletesen van elterjedve.*

A mennyiben *mennyileges húgysavmeghatározások a vérben* úgy a betegre, mint az orvosra nézve kényelmetlen, fárasztó műveletek, közelfekvő dolog volt, ilyen mennyileges meghatározásokra a vérnek egyik szűrletét, a vesének váladékát felhasználni, annál inkább, mert maga a szó „*húgysav*“ is parancsolólag látszott a *húgy vizsgálatára* utalni.

De ezen eszmemenetben nyilván azon téves gondolat csúszott be, hogy *a vese egyenletesen dolgozó szűrőkészülék*, melynek szűrlete egyenes minőleges s mennyileges következtetést enged vonni a szűrődő alanyra.

Alakult tehát a képzeteknek következő schemája:

Köszvénynyel, azaz húgysavas diathesissel egyértelmű a vér húgysavas többlete és (ennek következményeképen) a vizelet húgysavas többlete.

*Garrod* alapvető munkája s *Ebstein* klasszikus vizsgálatai dacára azonban *sehogy sem sikerült a vizeletbeli húgysavra vonatkozó leleteket a köszvénynyel kellő összhangba hozni*, még pedig annál kevésbé, minél jobban tökéletesedett a húgysav quantitativ meghatározásának módszere.

Legalább a vizeletre nézve a leletek nemcsak azon értelemben nem egyezők, mely szerint köszvénynél mindig szaporodást kellene találni, hanem igen sokszor kétségtelen köszvény esetében a húgysav megkevesbedett s ugyanazon egy esetnél is változó.

A dolog nem lephet meg. A vese egyénileg működő mirigyszerkezet, melynek kiválasztása minőleges s mennyileges tekintetben ép viszonyok között is ingadozik. *A vizeletben foglalt húgysav nem adhat mindig tiszta képet a vér húgysavtartalmáról.*

Élet-, de még inkább kórtanilag elképzelhető az eset, hogy a szervezetben keringő húgysav nagy mennyisége dacára a vese bizonyos időpillanatban kevesebb húgysavat választ el, máskor ismét pillanatnyi hajlamánál, azaz bizonyos okoknál fogva hígabb vérből esetleg többet stb.

Szóval a vér s vizelet között a vesének x-működése áll, mely a számítást megzavarja s biztos következtetést visszafelé lehetlenné tesz.

Megfeledeztek arról, hogy a vese nem élettelen filter, hogy a diffusio s osmosis *physikai* tényezőihez még az előhártya, a vese-sejt fajlagos s bizonyára egyénileg is változó biologiai szerepe járul.

A vese még egy számítási akadályt rejt magában. Nincs még azon szerep sem kellően tisztázva, a melyet a vese a húgysavval szemben játszik. Meg is engedve, hogy a húgysav mint az anyagcsere egyik bomlási terméke mindenütt az egész testben képződik: annyi bizonyos, hogy ez nem mindenütt megy egyenlő mennyiségben végbe. S ha akár a vesének húgysavnemző vezényszerépe esik, legalább saját szervi egyénisége értékében járul *részben* hozzá a húgysav termeléséhez.

Ha pedig a *vese maga nemcsak húgysavat kiválaszt, hanem egyúttal termel is*, a fentebbi *x*-hez még egy *y* is járul, mert most már épenséggel nem tudhatni, hogy a vizeletben foglalt húgysav milyen része esik a vese ismeretlen *húgysavtermelő* s époly ismeretlen *húgysavkiválasztó* coefficientjére.

Ha azt az óriási különbséget tekintjük, mely a vese, illetőleg az egyik oldalon beáramló vér s a másik oldalon kiáramló vizelet között minden tekintetben fenforog s midőn azt látjuk, hogy a vese mennyire tud bizonyos anyagokat visszatartani, más anyagokat töményítet mérvben kivinni: valóban megfoghatatlan, hogy tudományunk mai állása mellett még mindig merünk a vizelet húgysavtartalmából a vér-serum s szövetnedvnek húgysavtartalmára egyszerű s egyenes arányban következtetéseket vonni.



Azt kérdelem, tisztelt uraim, vajjon lehet-e a vizelet fehérnyetartalmából s annak hiányából a vérserum fehérnyetartalmára vagy annak hiányára következtetni? Lehet-e a húgyanyból, mely a vizeletben 2-5 százalékot kitesz, a vérnek húgyany-tartalmára, mely egy percentnek mintegy csak századrészevel egyenlő, közvetlen egyenes arányú következtetést vonni? Ha pedig ez senkinek sem jut eszébe, milyen joggal szabad épen a húgyysavat illetőleg ilyen önkényes s elavult, úgy szólva kezdetleges számitással élni?

Megvallom uraim, hogy magam, midőn a köszvény tana orvosi gyakorlatomból kifolyólag érdekelni kezdett, ilyen általános élettani s biológiai reflexiók alapján sohasem tudtam hinni a vizeletbeli húgyssavnak a köszvényes lerakódásra vonatkozó esalhatatlanságában.

Nagy űr tátong ismereteink terén a köszvényes tophus s a vizelet húgyssava között. Ezt vaktában ugrással áthidalni nem szabad ép oly kevésbé, mint nem lehet pl. a vizelet esetleges mésztartalmából brevi manu az illető egyén tüdőbeli gümös gózána elmeszesedésére biztos következtetést vonni. Azért, mert bizonyos helyen bizonyos körülmények között mész vagy húgyssav lerakódik, nem kell, hogy a vizeletben a mész vagy húgyssav szaporodott legyen. S lehet a vizeletben esetleg több mész s húgyssav a nélkül, hogy máshol a szervezetben e két anyag kicsapódására kerülne a dolog.

Az irodalomban körülnézve, tényleg óriási zürzavart találunk a vizeletbeli húgyssavnak a köszvény érdekében való értékesítése körül. Az utóbbi évekig mindenki, a régi schemában lévén elfoglalva, a húgyssavban kereste boldogulását s mindenki rendelkezett Prokrustes-ágygyal, a hová húgyssav-adatait belekényszerítette s elméletéhez hozzáillesztette.

A szerzők egy része, a kik kevesebb húgyssavat találtak a vizeletben, azzal igyekeztek a szövetek húgyssavas elárasztásának tételét menteni, hogy *húgyssav-retentiót* vettek fel, a szerzők másik része, a kik húgyssav-szaporodást mutattak ki a vizeletben, ezt annak jeléül fogadták, hogy a szervezetben *húgyssavtúltermelés* van. És akadtak szerzők, kik saját húgyssav-vizsgálataik s az irodalmi adatok ellenmondó eredményeinek súlya alatt azon magyarázathoz folyamodtak, miszerint köszvényesek testében a húgyssav általánosságban meg van ugyan szaporodva, ámde a „köszvény különböző stadiumai“ szerint, főleg a heveny roham alkalmából a *vesének húgyssavkiválasztó időleges insufficienciája folytán* a vizeletben esetleg megfogyhat. A vizeletbeli húgyssavra vonatkozó adatoknak egymásba ütközéséből, úgy hiszem, egyszer s mindenkorra — a fentebb fejtegetett általános élettani reflexióknak megfelelőleg — *véglegesen azon tanuságot lehet levezetnünk, hogy a vizeletnek abszolút húgyssav-mennyiségéből köszvény jelen- vagy jelen nem léteére jogos következtetést alig vonhatunk.* De azért nem mondtak még le a vizeletbeli húgyssavnak a köszvény tanában való értékesítéséről.

A további kutatás azon irányban folytatódott, a mely a vizeletbeli húgyssav aránylagos megváltozását vitatta.

Vizgálták első sorban a húgyssav viszonyát a vizeletbeli öszslégenyhez s ennek főképvisezőjéhez, a húgyanyhoz. A húgyssavnak ugyanazon vizeletbeli húgyanyhoz való viszonyát *húgyssavas coefficienteknek* mondván, azt vélték egyesek találni, hogy ezen viszony a húgyssav javára van megváltozva, hogy köszvényesek vizeletében a húgyssav a húgyanyhoz viszonyítva legalább aránylag meg van szaporodva.

Csak hogy ezen húgyssav-coefficientens megnagyobbodása köszvény eseteiben nem ölt oly nagy mérvű arányokat, hogy kétes esetekben ezt döntőnek lehetne elfogadni. Másfelől számos és különböző betegség s állapot létezik, a hol ezen húgyssav-coefficientens a rendesnél szintén magasabb.

A húgyssavnak relatív viszonya a húgyanyhoz, illetőleg a húgyssavnak relatív megszaporodása nagyon kedvezne azon régtől fogva táplált felfogásnak, hogy köszvénynél, hasonló módon mint a diabetesnél, az *oxydálás hiánya* az alapvető kórok. Valamint ott a ezukorfélék képtelenek szénsavvá s vízzé elégni, köszvénynél a fehérnyevagyületek sem tudnának egészen a húgyany, hanem úgy mint az alantabb szervezeteknél (madarak, kigyók, stb.) csak a húgyssav fokáig élnyülni, a szervezetnek bizonyos alkati renyhése lehetne e szerint a köszvényes diathesisnek is kulesa.

Kár, hogy az adatok alapján a húgyssav-coefficientensnek

köszvénynél nem lehet ezen tetszetős jelentőséget tulajdonítani, s hogy újabb vizsgálatok szerint a (sejtmagvak nucleinéből származó) húgyssavat sem lehet többé a (fehérnyev-szítéséből eredő) húgyany alacsonyabb élnyülési fokának tekinteni.

*Kolisch, ki nem a húgyssavat, hanem a xanthinbásisokat tekinti tulajdonképeni köszvényneknek,* a húgyssavas lerakódásokat tehát másodlagos képződménynek, szellemes elméletével is azon úton halad, hogy a húgyssav aránylagos viszonya köszvénynél nem a húgyssavhoz, hanem a xanthinbásisokhoz az, mely kóros elfolást szenved. Szerinte a köszvényesnek veleszületett képessége van a nuclein rendkívül bő szétbomlására s az ugynevezett alloxur-testek képzésére. E mérges bomlási termékek az által válhatnak részben ártalmatlanná, hogy főleg a vese segítségével húgyssavvá változnak. Köszvény ez időszakában a húgyssav megszaporodott. Később a vesék szenvednek, csökken a húgyssavképződés, a xanthinbásisok szaporodnak s a húgyssav rendes mértékére térhet vissza. A húgyssav utóbb a xanthinbásisok tartós növekvésével szemben a rendes alá is süllyedhet. Ezen elméletet, mely különben ismét a vizeletbeli húgyssav szabályszerű viselkedésére (?) nyúl vissza s a köszvénynek számos talányát szintén nem tudja megfejteni, már *Laquer s Noorden* megzafolták.

A dolog most már úgy áll: köszvényeseknél a vizeletbeli húgyssav semmiféle rendszerbe foglalható, jellegző szabályszerűséget nem mutat, tehát nemesak, hogy a köszvény *okát* nem segíti kideríteni, de még *tüneti* jelentőséggel sem bír.

A húgyssav hívei végre abba kapaszkodtak, hogy köszvényeseknél a húgyssav a vizeletben gyorsan szeret szilárd alakban kiválni, illetőleg fővenként lerakódni és ez mutatná, hogy az illetőknél a húgyssav a szervezetben is könnyen kijegecedhetik. Hiszen még ma is szinte világszerte azon szokás dívik, miszerint középkeri minta szerint a vizelet üledéke alapján „húgyssavas diathesis“ kórismézőnk, sokszor minden további vizsgálat s további gondolkodás nélkül.

Pedig tudjuk, az üledék képződése a vizeletben sem a húgyssav mennyiségének, sem a húgyssav fokozott kijegecedési hajlamának nem jele. Ilyenkor nem a kijegecedési *hajlam* fokozott, hanem a kijegecedési *kényszer* nagyobb. Ha a vizelet más savakban vagy akáresak sókban dús, szóval, ha a vizelet bármilyen oknál fogva töményebb — és ezen okok nagyon messze eshetnek magától a húgyssavtól — a nehezebben oldódó alkatrészek és első sorban a húgyssav s annak sói kénytelenek a meleg testből kikerülve legelőször az oldatból látható üledék alakjában kiválni.

Ott van, tisztelt uraim, a lázas betegnek sedimentum lateritiuma. Ha sok testi munkát végzünk, ha keveset iszunk, vagy ha izzasztó fürdöket veszünk, ha sódús táplálékkal élünk, megjelen a vizeletben az üledék, de ennek alig van köze a húgyssavhoz, még kevésbé a köszvényhez.

Többet mondok, a vizelet üledékéből nemesak a messzebb fekvő köszvényre nem lehet következtetni, de még a közelebb fekvő húgy- s vesekőre sem. Ha meggondoljuk, hogy a vizelet üledék milyen közönséges, mindennapi jelenség s hogy a húgy- s vesekő aránylag milyen ritka — még boncsolásoknál is —, azonnal szembetűnik állításunk helyessége, miszerint sokkal inkább lehet húgy- s vesekőből időnkénti homokvizezésre következtetni, mint vizelet üledékéből húgy- s vesekőre.

A húgy- s vesekőnek általános okokon kívül kétségtelenül helybeli alkalmi okai vannak. Minél kedvezőbbek a távolabbi s közelebbi okok együttléve, annál könnyebben jó a húgykő létre. Elképzelhető azonban, hogy a távolabbi tényezők kedvező volta dacára a localis ok hiányában a kőképződés kimarad s elképzelhető az is, hogy kedvezőtlen okok mellett húgykő mégis létrejön, mert a helybeli okok kiválóan kedvezők.

S ha a közelebbi s távolabbi okok kölcsönhatását mérlegeljük, úgy hiszem, észszerűen a húgykő képződésében — ultima analysi — a helybeli okoknak kell főszerepet tulajdonítanunk. A *helybeli dispositio*, bármily természetű legyen is, alapfeltétele mindennek. Hólyagkőnél a hólyag, vesekőnél a vese viszonyai mindvadók. Daczára a vesemedence s húgyhólyag közvetlen közlekedésének s daczára a közeg, azaz a húgy egyneműségének is meglepő, pl. hogy primaer hólyagkő mellett mily ritka aránylag az egyidejű vesekő s hogy vesekővek mellett eredeti hólyagkővek aránylag mily ritka jelenségek.



Méltóztatnak belátni, hogy mennyivel kevésbé lehet a testből kiürült vizeletnek üledékéből arra következtetni, hogy bizonyos *izületben* húgysav rakódik le. A vizelet üledékéből még a vizeletnek húgysavmennyiségére sem lehet következtetni, annál kevésbé a vérserum húgysavtartalmára s természetesen legkevésbé valamely izületnek jegezes húgysavképződésére.

Senkinek sem jut eszébe az epekövek képződését a szervezetnek cholesterolban való bővelkedésére visszavezetni, valamint a lithopaedion sem azért képződik, mert az illető nő teste talán mérszben bővelkedik.

Csak a kösvény szerencsétlen tanában eshetett meg, hogy mindig csak általános okokat kutattak, az egyes szervek s testrészek fajlagos s helybeli szerepével alig törődtek. Hogy a különböző testrészek mily fontos s bizonyára döntő szerepet játszanak, mutatja a kösvényes lerakódások typoszerű localisatioja. Ha igaz lenne, hogy kösvényeseknél az egész test van húgysavval úgyszólván elárasztva, vajjon miért nem találjuk a húgysavas lerakódásokat minden szervben s szövetrészben egyenletesen elosztva? Miért vannak a kösvénynek a maga kedvező helyei, akár mint a syphilitikus s minden más mérgeknek is? A szervezet egyenletes elárasztásáról beszélni, tisztelt uraim, nem lehet. Minden szervnek megvan a maga chemismusa, a maga specifikus osmosisa s diffusioja s élettanilag nem képzelhető, hogy valamely a véráramban keringő anyagból az összes szervek egyforma mennyiségeket legyenek képesek felvenni. Fizikai attractio s vegyi affinitás a test különböző helyein különbözőképpen érvényesülnek s e szerint a testben mindenütt minden elemmel szemben a helyi viszonyok követelte fajlagos egyúththató, külön-külön állandó coëfficiens fog szükségképpen alakulni.

Nincs azon mérgek s mint a kórtan mutatja, bizonyára nincs az a mikroba sem, mely az egész test minden porcikájában egyenletesen volna elterjedve.

Hiszen már a vér s nyirkfolyadék között óriási különbség van; annál nagyobb a különbség a vér s a szervek és még nagyobb lehet az egyes szervek között.

S épen a kösvény tanában követték el azt a végzetes hibát, hogy a húgysavnak egyes szervekben való következetes felszaporodását s esetleges kijegezedését csakis az össz-szervezet megfelelő s egyenletes túlteléséből vélték magyarázni.

Tudományunk mai szemüvegén át nézve a dolgot, a régi idők régi hibái menthetők. De igazán nehezen megfogható, hogy az új-kor miért tud oly nehezen a hagyomány nyomasztó tévedéseitől felszabadulni s hibát hibával tetézve miért nem akar saját útján haladni, melyet tudása parancsolólag kijelöl?

A kösvény tanába az eddigi sok elvi hibán kívül még más hibák is becsúsztak. A kösvény tana a húgysav dogmája alatt állott, alphája s omegája a húgysav vala. Kiszorult úgyszólván a tanból minden más szempont s a bűvárok mindig csak az örökös egyoldalúságba estek vissza.

Ha valamely oldatról van szó, mi sem természetesebb, mint hogy annak létrejöttét úgy az oldandó mint az oldó anyag egymásra való kölcsönhatásának tudjuk be. Kölcsönhatást látunk abban is, ha valamely oldatból az anyag bizonyos része esetleg látható üledék alakjában kiválik; az oldott anyag mennyisége nem változott ugyan, de változnia kellett időközben az oldó agenseknek.

Valamely konyhasó-oldatból példának okáért bizonyos idő múlva, ha az oldat nyitva áll, a só ki szokott jegezedni, de nem azért, mert a só szaporodott, hanem azért, mert a víz párolgás útján kevesbedik.

A kösvény tanában sajátos módon többnyire csak arra gondoltak, hogy a húgysav azért válik ki, mert meg van szaporodva és az utóbbi évekig senki sem gondolt arra, hogy azért is csapódhat ki a húgysav, mert oldó agense, azaz a vérserum s nyirkfolyadék időközben esetleg mennyiségileg avagy minőségileg megváltozott.

A vérserum s nyirokfolyadék mennyilegesen kösvényenél nem igen szokott megváltozni; nincsen semmi jel, mely erre utalna. De a vérserum s nyirok minőleges változása, azaz oldó képességének csökkenése könnyen képzelhető.

Tudjuk, hogy minden folyadéknak megvan a maga véges oldó kapacitása, a melyen túl oldani s felvenni semmiféle anyagot többé nem képes. Tudjuk továbbá azt is, hogy ha valamely oldatunk

van, könnyű abban physikai csapadékot, azaz üledéket előidézni az által, hogy valamely nagyon könnyen oldódó sóból bizonyos mennyiséget beleviszünk. Az által, hogy ezen utólagosan bevitt só oldódásnak indul, az oldva volt anyag megfelelő arányában kiválni kénytelen.

Ezen elvet az iparban sokszorosan alkalmazzák, ilyen módon pl. szappangyártásnál a szappant oldatából ki lehet sózni.

A kösvény tanában csak nagyon későn kezdtek ezen az iparban rég kipróbált elvre gondolni.

*Ilyformán ahhoz, hogy a test bizonyos helyén a húgysav kicsapódjék, illetőleg kijegezedjék, a szervezetnek húgysavval való elárasztása nem is szükséges.*

(Folytatása következik.)

## A rendszeres hallási gyakorlatokról és ezek therapeutikus értékéről süketnémáknál és süketeknél.

Kritikai tanulmány *Sujár K Márton* dr.-tól Budapesten.<sup>1</sup>

Urbantschitsch Győző tagadhatlan érdeme, hogy az illetékes szakkörök figyelmét a süketnémaság és a későbbi korban szerzett sükettség gyógykezelésére használt hallási gyakorlatokra terelte.

Ezen kiváló érdeme, mint ezt sajnos, elég gyakran a tudományos gyógyászatban tapasztaljuk, szakmánk kimagasló képviselői által is, kik különben tudományunk éber őrzői, kicsinyítve lett, miáltal ezen therapeutikus irány tisztázása lényegesen gátoltatott.

Ma, a midőn még Németországban is alaposan vizsgáló bűvárok az Urbantschitsch által megnyitott pályákon haladnak és eszméjét, a süketnémák hallását rendszeres hallási gyakorlatok által fejleszteni, megoldani iparkodnak, érdemes ezen fontos therapeutikus irányról áttekintést nyújtani és főképp értékét kritikai szemmel vizsgálni. Már a német fülörvosok és süketnéma-intézeti tanítók 1899. szeptember 16-dikán Münchenben tartott nagygyűlésén Passow, heidelbergi tanár, a midőn a hallási gyakorlatok nehézségeire utalt, ama követelményt állította fel, hogy a különféle süketnéma-intézetekben külön fülörvos alkalmazása már azon növendékek kikeresésére is szükséges, kik a hallószerv közvetítésével való beszéd általi pótkutatásra alkalmasak. A szakavatott fülörvos hatáskörébe tartozik, hogy a felső légutakban (garat, inmandula, orr), továbbá a fülben található rendellenességeket, melyek ugyanis a még meglévő hallási maradványokat elpusztíthatják, kipuhatolja, úgy hogy a szakorvosi segély jókor nyújtása által a hallási gyakorlatok lehetővé válhassanak.

Alig pár hete Bécsből is ama hír érkezett, hogy az osztrák kormány a bécs-döblingi országos süketnéma-intézet számára egy fizetési fülörvosnak alkalmazását elrendelte. (Wiener klin. Wochenschrift, 1900. 50. sz.)

Az indokokból a következőket emelem ki. A mint a tapasztalat mutatja, a süketnémák hallása gondos ápolás által sok esetben előnyösen befolyásolható, a miért is annál sajnálatosabb, hogy a süketnémák hallószerve eddig általában csak csekély figyelemben részesült, mit ama körülmény bizonyít legjobban, hogy süketnéma-intézetekben eddig fülörvos rendszeresen nem működött, míg a vakok intézetében már régen van szemorvos alkalmazásban.

Látjuk tehát, hogy az újabban Urbantschitsch által systematikusan kezdeményezett rendszeres hallási gyakorlatok mindenütt termékeny talajra estek.

Azt mondom, hogy az újabban Urbantschitsch által rendszeresen kezdeményezett hallási gyakorlatok, mert mint ezt maga Urbantschitsch megjegyzi, a hallási gyakorlatokat a süketnémák hallásának kiképezésére előtte már más bűvár vette alkalmazásba, a midőn ugyanis azon a nézetten volt, hogy a részleges süketnégnél a hallóideg lethargiájával inaktivitás következtében van dolgunk, a mely tehát az alkalmazott hallási gyakorlatok által feléleszthető.

Itard már 1802-ben kísérletei alkalmával elsőnek vette észre ama tényt, hogy több süketnéma bizonyos hangnak a fülre való gyakori behatása alkalmával mindinkább gyarapodó hallóérzetet nyilvánított. A gyakorlatokat Itard haranggal kezdte, a

<sup>1</sup> Előadott a magyar fül- és gégeorvosok egyesületének 1901. évi I. rendes ülésén.



melynek hangerősségét a gyakorlatok folyamán lassanként csökkentette, továbbá különféle zenehangokat, rhythmikus dobütéseket, furulyahangokat, később az öt magánhangzót és végre a mássalhangzókat vette alkalmazásba.

E gyakorlatokat 1829-ben Valade-Gabel és Blanket folytatták.

Toynbee 1860-ban megjelent fülgyógyászati kézikönyvében kiemeli a lehetőségét, hogy ama süketnémák hallása, kik már magánhangzókat hallanak, lényegesen javítható. Mindazonáltal a hallási gyakorlatok majdnem a feledés homályába merültek és csak elvétve alkalmaztattak Észak-Amerikában. Az ott tapasztalt sikerektől ösztönözötve, Javal 1888-ban Párisban a hallási gyakorlatok számára a süketnéma-intézetben egy külön tanosztálynak berendezését ajánlotta. Daczára annak, csak a Páris melletti Bourg la Reine-ben történtek ebbeli kísérletek, ezek is csak egy Verrier által szerkesztett hallócső segítségével, de az állítólag elért sikerek nem nyertek beigazolást.

Hartmann is csemetyűt használt annak kimutatására, vajjon a hanghallás megvan-e még. Későbbi vizsgálok, mint Edinger, Schmaltz, Lembke, Uebermann, Nygind már hangvillákat használtak, a melyeknek az az előnyük a mások által használt zeneeszközök felett, hogy tiszta hangokat hoznak létre, míg a zeneeszközök egyidejűleg felhangokat hangoztatnak, melyek jellegzetes hangszínüket okozzák.

Urbantschitsch mindazonáltal harmonikáját használta a hallási gyakorlatok megejtése céljából.

A gyakorlatokat azzal kezdi, hogy a süketnéma személynek, ki már az ajkáról való olvasáshoz ért, egy magánhangzót, rendszeren *a*-t vagy *o*-t, fenhanggal és nyújtott kiejtéssel ismételtlen a fülébe kiált. Ha nem ér el sikert, a többi magánhangzókat használja, vagy oly tölcseren keresztül beszél, melyet két tenyerével képez. Ezen puhafalú tölcser nem képes a hang színét befolyásolni, mit a hallócsővekről nem lehet állítani. Ha még sem lép fel a hallás valami nyoma, akkor egy a gyakorlat céljából választott magánhangzónak megfelelő harmonikahangot hangoztat pár perezen át a fülbe.

A harmonikával való oktatás előnyei a zeneeszköz hangjának erősségében és a hallógyakorlatokkal megbízott személynek megkímélésében fekszenek. A harmonikával a hangok hat octávát kitevő skálában ( $E^1$ -től  $e^4$ -ig) egyenként vagy az elkülönítő hallás begyakorlása céljából párosan is applicálhatók és így a hangok a felhúzott nagy fújtatóra való nyomás által tartósan és tetszés szerint nagyon magasán vagy halkan hangoztathatók. Egy a fújtatóra alkalmazható manometer, mely  $\frac{1}{10,000}$ — $\frac{1}{10}$  atmosphaeranyomást képes mint különbséget jelezni, a különféle nyomás által támadt hangmagasság felülbírálását teszi lehetővé, mi által a vizsgált egyének hallási érzékenységéről ítéletet alkothatunk.

A harmonika a minden egyes hanggal szemben való viszony megvizsgálására szolgál, de egy kezdetben bizonyos hangokkal szemben való, talán gyenge vagy teljesen hiányzó acustikai izgékonyosság begyakorlására is és egyúttal több növendék számára egyidejűleg alkalmazható.

Ha az egyik magánhangzó meghatározott hallási benyomást gerjeszt, azonnal átmegegyünk egy másik magánhangzó begyakorlására.

A midőn a két magánhangzót egy előbb a süketnémának értésére adott sorrendben ismételtlen egymásután és érthetően a fülbe kiáltjuk, a megkülönböztető hallás leheletőségét is elérhetjük.

Később mássalhangzókra megyünk át, melyek külön gyakorlatnak, majd könnyen érthető szavakra (papa, mama, orr, szem), rövid mondatokra és nehezen megkülönböztethető szavakra (tíz, tüz, füz, víz, németek számára: Wand, Sand, Band, Hand).

Jobb, hogyha az egyes szavak betűit nyújtva mondjuk ki, a midőn minden betűt négyszer olyan hosszú ideig húzunk (pl.: ooooo), mint a közönséges beszédnél, később kevésbé hosszán nyújtva, míg a szót normalisan kiejtjük.

Idegesség vagy gyorsan fellépő acustikai elfáradás jelenségei tanácsossá teszik, hogy a hallási gyakorlatokat csak rövid időig, körülbelül 5—10 perczig és nem többször naponta alkalmazzuk, esetleg néhány napra teljesen beszüntetjük, de hosszabban tartó félbeszakítás nem ajánlható. Az így oktatott növendékeknél nem-

sokára sikerül, hogy ezek a tactilis érzetet az acustikai benyomástól mindinkább megkülönböztetni tanulják, a midőn is az arez kifejezése és a fej irányítása a hallási érzet fellépését jelzi.

Ezen gyakorlatok gyermekeknél az elért hatodik évkor után és felnőtteknél vannak javalva, ama különbséggel, hogy az utóbbiaknál tapasztalat szerint a szavak akkor jutnak könnyebben megértésre, ha gyorsabban, tehát nem nyújtott kiejtéssel mondatnak ki.

Felnőtt süketeknek azonkívül a színházban és hangversenyekben való látogatások a legmelegebben ajánlhatók, hol hallásukat a hangokhoz szoktatni tanulják.

A hatodik évkoron aluli gyermekeknél csak musikális hangokat használhatunk és pedig a harmonika vagy a gyermekjátékszerű használt hangszerek, csemetyűk, csörgők segítségével létrehozott hangokat, majd valami képeskönyvben mutatunk egy tárgyra és a megfelelő szót fülükbe kiáltjuk. Acustikai elfáradás elkerülése céljából mindig csak oly hangmagasságot alkalmazzunk, mely a hallásérzet kiváltására feltétlenül szükségesnek látszik.

A rendszeres hallási gyakorlatok befolyása a hallóérzetre a következőképen nyilvánul: 1. A hallási érzetek felkeltése és további fejlesztése által. 2. A nyert hallási benyomások számára való megértés keletkezése által, mert a különféle hangbenyomások lassan elkülönítetnek és így a növendékek az előmondott szavak jelentőségét megtanulják. 3. A hallási gyakorlatok által felébresztett hallási tevékenység az egyik begyakorlott fülről a másik fülre áterjedhet.

A hallási gyakorlatok különösen az úgynevezett pszichikai süketégnél használnak, mely utóbbit magányos udvarokon, pusztaikon és elkülönített lakásokban élő gyermekeknél észleltek, a midőn ugyanis ezek az első négy év alatt majdnem teljesen süketnémáknak látszanak.

Erre Urbantschitsch szerint már Krügelstein utalt és a képzelenséget egy percipiált szóhangképet a hozzátartozó képzetel összekötni pszichikai süketégnél nevezte el physikai hallás mellett.

Gyakoribb a pszichikai süketégnél keveréke physikai nehézhallással. Ilyenmü gyermekeket egy szellemileg gyöngék számára való intézetben pszichikai hallási nevelésben kellene részesíteni, a mint egyébiránt már a múlt század közepén Wolf fülorvos orthophonikus és orthoacustikus oktatásról beszélt.

Urbantschitsch hallógymnastikájának methodusával ismételtlen a nyilvánosság elé lépett, a mióta legelőször a bécsi cs. kir. orvosi egyesületnek 1893-dik évi deczember 1-dikén tartott gyűlésén és az 1894. évben szeptember 27-dikén Bécsben az orvosok és természettudósok gyűlekezetén rendszerét bemutatta, a melynek segítségével ő a bécs-döblingi süketnéma-intézetben 100 növendék között csak három teljesen süket egyént talált.

Ezen demonstratioi tehát jogos feltűnést keltettek, de heves ellentállásra is találtak. Politzer többek közt az kívánta, hogy a bemutatott hallási kísérleteket hangcsővel ismételve, mert a perceptio a gyermeknél a külső fül tájékán mindig nagyon kifejezett tactilis érzet által jöhet létre, tehát nem valódi hallási érzet által, a mit csak a hallócső által lehetne megkülönböztetni. Kifejti továbbá, hogy ott, hol esontújképződés van a tömkelegben, hol stapesankylosis és a hallóideg sorvadása áll fenn, boncztanilag érthető okokból minden siker ki van zárva, mely utóbbi csak ott gondolható, hol a hallóideg kiterjedésének még functiora képes maradéka megvan, vagy ott, hol gyermekek lefolyt agyhártyagyuladása után az izzadmány felszívódása létesül.

Nemcsak az osztrák tudományos egyesületekben, hanem a XI. orvosi congressuson Rómában is, Politzer az Urbantschitsch-féle bemutatások értéke ellen keményen síkra kel. Az obliteratiokra, az elcsontosodásokra, a belső fülben fellépő atrophikiakra utal süketnémaságnál, a melyek az utóbbi boncztanilag kimutatott okozói.

Gruber Urbantschitsch-sal szemben constatálja, hogy harmincz év óta egyetlen egy süketnéma sem hagyja el rendelését, a nélkül, hogy hozzátartozóit nem oktatta volna ki a foganatosítandó hallási gyakorlatokra.

Joggal utal Urbantschitsch ezekkel szemben a tényre, hogy erről Gruber ismeretes és elterjedt tankönyvében egyetlen egy szóval sem tesz említést, és hogy Politzer ugyancsak tankönyvében



(1893 pag. 593) szószerint mondja: „A süketnémaság kórbonczana még nagyon hézagos“.

Holger Mygind szerint 1893-ig csak 150 bonczlelet ismeretes, melyek részben nagyon ellentmondók, a miért is csak a tapasztalat lehet mérvadó és épen azért folytatni kell a rendszeres hallási gyakorlatokat.

Urbantschitsch praecise megmondja, hogy hallási gyakorlati meningitis cerebros spinalis után fellépő süketnémaságnál, vörheny, hagymáz, trauma és megijedés folytán keletkezett süketiség után vannak javulva. Kísérleteivel mindig a beszédhang javulását, a magánhangzók tisztább kiejtését és a hangösszeköttetésben nyilvánuló jártasságot érte el.

(Folytatása következik.)

## T Á R C Z A.

### A magánorvoslás díjazásának kérdése a bíróság előtt.

A közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvényzcikk 48. §-a így szól: „A magánorvoslás díjazása kölcsönös megegyezéstől függ; hol ilyen létre nem jött, peres esetekben szakértő meghallgatásával a bíróság határozza meg a díjat, melynek legkisebb mértéke az egész országra kihatólag, azonban tekintettel a városok és községek különböző viszonyaira, fokozatosan a belügyminister által állapítottak meg.“

A törvény e rendelkezés az 1900. évi XVI. t.-cz. 33. §-ának hatása alatt 1900. évi december hó 13-dikán felelt meg a nagyméltóságú belügyminister úr, midőn a magánorvoslás díjazása legkisebb mértékének megállapítására vonatkozó szabályzatot 135.000—1900 B. M. sz. a. kibocsátotta, melyben azokra az esetekre, melyekben a bíróság feladata a díjat megállapítani, a fentebb idézett törvényszakasz rendelkezése alapján az egész országra kihatólag, de tekintettel a városok és községek különböző viszonyaira, négy fokozatban állapította meg a magánorvoslás díjazásának a legkisebb mértékét.

Hogy az egyes törvényhatóságokban, ezek egyes vidékein, városaiban és községeiben a négy fokozat közül melyiknek a díjtételei érvényesek, azt a szabályzat végén közölt betűsoros kimutatás tünteti fel. Mint e kimutatásból látjuk, az egész országban csupán Budapest székes fővárosban érvényesek az első fokozatnak a díjtételei, vagyis a legmagasabb díjtételek, míg a városi törvényhatóságok közül Debreczenben, Fiumében, Kolozsvártól, Pozsonyban és Sopronban a második, a többi városi törvényhatóságban a harmadik, a vármegyei törvényhatóságokban, vagyis az ország többi egész területén általánosságban a negyedik fokozat díjtételei, tehát a legalacsonyabb díjtételek érvényesek, kivéve a vármegyei törvényhatóságok területén fekvő egyes rendezett tanácsú városokat és más községeket, a melyeket a harmadik fokozatba sorol a szabályzat.

Nem czélja e cikknek a szabályzat egyes rendelkezéseit kimerítően ismertetni, azért csak a nevezetesebb pontoknak és a szabályzat általános beosztásának felemlítésére szorítkozunk. Az I. a. foglalt általános határozatok 3. és 4. §-ában a rendes díjazástól eltérő, esélyesebb díjazást állapít meg a szabályzat az orvosi tanácsért vagy rendelésért akkor, ha az az orvos lakásán adatott; a műtéttel vagy valamely seb vagy más sérülés bekötözésével, ellátásával egybekötött látogatásért külön díj felszámítását a szabályzat 5. §-a csak akkor engedi meg, ha a végzett műtétnél vagy seb, illetőleg sérülés kötözésének, ellátásának díja a díjszabály szerint a 20 koronát meg nem haladja; a 7. §. szerint 24 óra alatt kettőnél több beteglátogatást csak akkor szabad felszámítani, ha az orvos igazolja, hogy a betegnek vagy hozzátartozóinak kívánságára tett kettőnél több beteglátogatást, vagy ha a többszörös beteglátogatást a betegségi eset súlyossága avagy egyéb körülményei tették szükségessé; több, egy lakásban lakó és egy háztartáshoz tartozó betegnél egy időben tett orvosi látogatásnál csak egyért számítható teljes díjtétel, a többiekért a díjtételeknek csak fele; a 11. §. szerint végül oly esetekben, midőn a gyógykezelés 30 napnál hosszabb időt vesz igénybe, az orvosi díjak a gyógykezelés tartamához arányosítva, esetleg azoknak feléig leszállíthatók.

A II. czím a látogatásért, orvosi tanácskozmányért, vizsgálatokért és kórtörténetért járó díjakat, a III. czím a sebészeti műtétek díjazását, a IV. czím a szülészeti, az V. czím a szemészeti műtétek díjazását, a VI. czím a fogorvosi díjszabást állapítja meg.

Kijelenti továbbá a szabályzatot életbeléptető rendelet azt is, hogy a szabályzat nem érinti a községi és körorvosoknak az 1876. évi XIV. t.-cz. 145. §-a 1. pontjában megállapított azon kötelezettségét, hogy a község, illetőleg a körbe egyesített községek vagyonos lakosait a községekkel előzetesen kötött egyezség szerint, vagy a szabályrendeletileg megállapított díjakért orvoslják.

A bírósági gyakorlat eddigéig az volt, hogy azokban az esetekben, a mikor az orvosi díjazás mérve vitássá vált, rendszerint szakértők meghallgatásával, de néha szakértők meghallgatása nélkül is, a betegség minőségének, az orvos tekintélyének és a beteg társadalmi és vagyoni viszonyainak figyelembe vételével állapította meg a bíróság az esetnek megfelelő díjazást.

Tudtunkkal a napokban merült fel az első eset, a melyben az új orvosi díjszabás alkalmazása a bíróság előtt szóba került. Ez az első eset meglepetéssel végződött, a mennyiben az ország egyik bírósága arra

az elvi álláspontra helyezkedett, hogy a rendelet az I. czím (1—11. §.) a. foglalt határozmányait és az orvosi látogatások díjtételét (II. czím 1—6. sorszám a.) maga sem tekinti kötelezőnek, de ilyennek azok különösen az 1876. XIV. t.-cz. 48. §-a alapján sem tekinthetők, a mennyiben a törvény értelmében csak a magánorvoslás díját állapítja meg a belügyminister, a magánorvoslás fogalma alá pedig a positiv tevékenységet nem igénylő látogatások nem foglalhatók, és ezeket a hivatkozott rendelet sem kívánta az orvoslás fogalma alá sorozni.

Tisztelettel hajolunk meg a független bírói döntése előtt; magunk sem helyeseljük, ha az egyes esetekben kelt bírói határozatot a nagy közönség elé viszi, és arra, mint valami felsőbb fórumra appellál a vesztés fél, de azt hisszük, hogy a szakirodalomnak komoly, objectív és szakszerű kritikája alól sem törvény, sem rendelet, sem bírósági határozat el nem vonható, és ezért a kérdés nagy elvi jelentőségénél és az orvosi rend anyagi érdekeit érintő vonatkozásánál fogva szükségesnek tartjuk, hogy ezt a bírósági határozatot megbeszélés tárgyává tegyük és rámutassunk azokra az érvekre, a melyek figyelembe vételével a bírósági döntés mind jogi, illetőleg alaki szempontból, mind pedig a dolog érdemi részét tekintve alapos kifogás alá esik.

A szóban lévő bírósági határozat a következő: Alperes köteles 37 korona tőkét, ennek 1901. márczius hó 7-dikétől járó 50%-os kamatait 8 nap alatt különbeni végrehajtás terhe mellett felperesnek megfizetni. Ezen ítélet a felülvizsgálatra való tekintet nélkül végrehajthatónak kimondatik. Indokok: Felperes keresetet indított alperes ellen 75 korona s járulékaik iránt azon az alapon, hogy ez összeggel alperes gyógykezelési díj fejében adósa. Alperes nyolcz orvosi látogatást elismert, tagadta azonban, hogy felperes egyszerű rendelkezés kívül bármely orvosi teendőt végzett, a kereseti összeget ennél fogva mérsékelni kérte. Felperes díjait a 135.000/900. B. M. rendelet értelmében kérte megállapítani. A hivatkozott rendelet az utópistikus egyenlőségi elv érvényre emelésével — tekintet nélkül társadalmi osztályra, vagyonkülönbségre és orvosi szakképzettségre — megállapított óriási és a műtétek kivételével a legkisebb latitude-ot nélkülöző díjtételeivel két alternatíva elé állította a bíróságot. Ugyanis vagy elfogadja azt minden irányban kötelezőnek, az esetre azonban, hogy alperest az anyagi romlástól megóvjá, kénytelen volna az orvosi látogatások szükségességét a perrendtartásban nyújtott módon belátása szerint megállapítani; vagy a ministeri rendelet kötelező voltát — legalább minden irányban — el nem ismerni. Az első utat nyit az ellenőrizhetetlen önkénynek, sőt arra egyenesen rákényszeríti a bíróságot, mert hiszen az orvosi látogatások önkényessége minden bírálaton kívül áll. A betegség individualitása a szakértő megállapítását lehetetlenné teszi, a beteg nyilatkozatát a látogatások szükséges voltára megbízhatatlanná, szóval a bíróságnak kiinduló támpont sem állana rendelkezésére. Ezt a bíróság alkalmazhatónak nem találta, s így az egyes látogatások szükségességének elbírálásába nem bocsátkozott. Kénytelen volt ennél fogva a rendelet egyes intézkedéseinek kötelező voltát bírálat tárgyává tenni, s ennek alapján kimondani, hogy a rendelet 1—11. §-át és a látogatások díjtételét maga sem tekinti kötelezőnek, de ilyenek különösen nem tekinthetők az 1876. évi XIV. t.-cz. 48. §-a alapján. A rendelet ugyanis kisebb javadalmazású egyénre, miként a díjok alperesre, egyenesen lehetetlenné teszi s kizárja azt, a mit a szaktudomány nem a műveltség, hanem a népek létfenntartása kriteriumának tart, az orvosi gyógykezelést; helyette utat nyit a büntető sanctio alá eső kuruzslásnak. Veszélyes ez, a mikor napról napra terjed az anersio az orvosi tudomány és animositas annak képviselői irányában. Ezt a rendelet nem ezelőzhatta. De nem lehetett czélja az orvosi tudomány piaczi árúvá való lealacsonyítása, a mi pedig okvetetlenül bekövetkezik, ha az minden egyes konkrét esetben előleges alkú tárgyat kell hogy képezze, és ára a kereslet és kínálat törvényei szerint fel és alá hullámzik. A esaládfő, nehogy miként a jelen esetben is, az egész család létfeltételeit támadja meg, kénytelen lesz alkudni betege élete felett. Nem visszatartó, hanem kiszámíthatatlanok e jelenetek következményeikben. Nem lehetett végül czélja a rendeletnek a magánorvosi praxis teljes gemmissítése sem az által, hogy egyesületek és társaságok által az orvosi orvoslás lehetősége megszerzettessék, ellene mond ennek az egész rendelet intentionja. Miután pedig az 1876. évi XIV. t.-cz. 48. §-a értelmében a „magánorvoslás“ díját állapítja meg a minister, ez alá pedig a positiv tevékenységet nem igénylő látogatások nem foglalhatók, s ezeket a fentiek szerint a hivatkozott rendelet sem kívánta az orvoslás fogalma alá sorozni: a bíróság a jelen esetben is csak azt minősíthette a rendelet határozmányai alá eső látogatásnak, a melylyel valamely positiv és pedig a betegsége közvetlenül ható eselekmény (műtét, rendelés) van egybekötve, s mely az ellenkező igazolásáig az első izbeni látogatással összeesőnek vélelmezendő: vagyis az első látogatásért — 6 korona — megállapítandónak találtatott, míg a betegséget egyedül ellenőrző többi látogatások díja — tekintve alperes társadalmi állását és vagyoni viszonyait — megfélelően mérsékelte.

Eddig a bírósági ítélet.

Mint a szó szerint közölt ítélethől látjuk, a bíróság a rendelet egyes intézkedéseinek kötelező voltát teszi bírálat tárgyává és a ministeri rendelet kötelező voltát — legalább minden irányban — nem ismeri el.

A bíróságnak ez az álláspontja törvénybe ütközik. A bírói hatalom gyakorlásáról szóló 1869. évi IV. t.-cz. 19. §-a kijelenti, hogy „a bíró a törvények, a törvény alapján keletkezett s kihirdetett rendeletek s törvény erejű szokás szerint tartozik eljárni s ítélni“. Kimondja továbbá ugyanennek a törvényszakasznak a második bekezdése, hogy „a rendeletek törvényessége felett egyes esetekben a bíró ítél“. Ezzel világosan megvonja a törvény azt a korlátot, a melyen belül a bíró a rendelet kötelező voltát bírálat tárgyává teheti s annak intézkedéseit mellőzheti. Ez a korlát: a rendelet törvényessége. Csak azt vizsgálhatja a bíró, hogy a rendeletet az



annak kibocsátására alkotmányunk értelmében jogosult hatóság a netán előszabott formák megtartásával bocsátotta-e ki, hogy az szabályszerűen ki van-e hirdetve, hogy a törvényvel nem ellenkezik-e stb. Ha úgy találja, hogy a rendelet e szempontból nem törvényes, akkor annak vagy törvénybe ütköző egyes intézkedéseinek érvényességétől a bírói elismerést megtagadja, de ha a rendelet törvényességéhez kétség nem fér, úgy annak a bírói elismerést megadni tartozik. Az 1900. évi 135,000/900. B. M. sz. a. kelt rendeletét nemcsak a törvény alapján, hanem a törvénynek, t. i. az 1876. évi XIV. t.-cz. 48. §-ának egyenes utasítása következtében adta ki a belügyminister úr, a végrehajtó hatalomnak a törvény felhatalmazása alapján kibocsátott rendelete pedig törvény erejével bír, annak kötelező ereje épen olyan, mint a törvényé, annak vagy bármely intézkedésének érvényességét, t. i. kötelező erejét a bíró nem vizsgálhatja, hanem minden egyes intézkedését követni s alkalmazni tartozik; mint azt az 1869. IV. t.-cz. 19. §-ának első bekezdése kijelenti, a szerint tartozik eljárni s ítélni és pedig akkor is, ha a rendeletet egészen vagy annak egyes intézkedéseit érdemileg helytelennek tartja. A rendelet minden része és így az azzal megállapított díjtételek legkisebb mérve is el van vonva a bíró szabad vizsgálódása, mérlegelése alól, az úgy a felekre, mint a bíróságra nézve feltétlenül kötelező.

Az ítéletről világosan ugyan ki nem tűnik, de az látszik, mintha az ítélet azért tartaná a rendeletet törvényellenesnek, mert az 1876. évi XIV. t.-cz. 48. §-a értelmében a „magánorvoslás“ díját van hivatva a belügyminister megállapítani, a „magánorvoslás“ fogalma alá pedig a pozitív tevékenységet nem igénylő látogatások nem sorozhatók, hanem csak azok a látogatások tartoznak, a melyekkel valamely pozitív és pedig a betegségre közvetlenül ható cselekmény (műtét, rendelés) van egybekötve. Ez a felfogás határozottan téves és csak az orvosi működés természetének teljes félreértésén alapulhat.

Hisz, ha csak műtét vagy rendelés vagy a „betegségre közvetlenül ható“ más cselekmény lenne olyan orvosi működés, a mely díjazást érdemel, akkor az orvosnak sokszor napokon át tartó fáradságos vizsgálódása, a betegség tüneteinek éber figyelemmel kísérése, az azokat előidéző okok nyomozása, a szervezetnek beható s alapos vizsgálata, a köpetnek vagy excrementumoknak gócsövű és vegyi vizsgálata, az orvosi tanácskozvány, stb., szóval mindaz a valóban tudományos közöltés és lelkiismeretes alaposítást követelő tevékenység, a mely a helyes diagnosis megállapítására igen sok esetben nélkülözhetetlen, mint „a betegségre közvetlenül nem ható cselekmény“ ki lenne zárva az orvoslás fogalmából és díjazásra igényt nem tarthatna, pedig az orvosi tudomány rég tisztában van azzal, hogy az orvosi tevékenységnek az orvosrendelés nem mindig a legfontosabb része, mert az esetek nagy számában az orvos a gyógyulási folyamatot, a szervezet ellentálló képességét erősítő tényezők előtérbe helyezésével és támogatásával mozdítja elő.

Egészen alaptalan az ítéletnek az a kijelentése is, hogy a pozitív tevékenységet nem igénylő látogatásokat a rendelet sem kívánta az orvoslás fogalma alá sorozni. A rendelet kizárólag a bíróságoknak peres ügyekben való használatára állapítja meg az orvoslás díjazásának legkisebb mértékét; akkor tehát, mikor az e célra kibocsátott rendelet „II. orvosi díjszabás“ cím alatt 1—6. p. a. az orvosi látogatások díjszabását megállapítja, a mikor a látogatással egybekötött egyéb tevékenységért külön díjazást szab meg és az 5. §-ában a más tevékenységgel egybekötött látogatások külön díjazását korlátozza, akkor nem lehet kétség a tekintetben, hogy a II. 1—6. sz. a. megállapított díjszabás az egyszerű látogatások díjazására vonatkozik és nem lehet szó arról, hogy a pozitív tevékenységet nem igénylő látogatásokat a rendelet sem kívánta az orvoslás fogalma alá sorozni.

A törvénynek és a rendelet céljának helytelen értelmezésére mutat az ítéletnek az a kijelentése, hogy a „rendelet az utópistikus egyenlőségi elv érvényre emelésével, tekintet nélkül társadalmi osztályra, vagyonkülönbségre és orvosi szakképzettségre óriási és a műtétnek kivételével a legkisebb latitudot nélkülöző díjtételeket állapít meg“.

A többször idézett törvényezikk világosan mondja, hogy ha kölcsönös megegyezés nem jött létre, peres esetekben a bíróság állapítja meg szakértő meghallgatásával a magánorvoslás díját és csak a díj legkisebb mértékének megállapítására hatalmazza fel a belügyministert; és tényleg a belügyminister rendelete nem az orvoslás díját általában, hanem csakis annak a legkisebb mértékét szabja meg.

Sem a törvény, sem a rendelet nem zárja ki, sőt a törvény helyes értelmezése szerint egyenesen szükségesnek tartja, hogy a bíróság mindazokat a körülményeket, a melyek a díjazás mérvére befolyással lehetnek, nevezetesen a beteg társadalmi állását, vagyoni viszonyait, a betegség minőségét, az orvosi tevékenység sikerét, az orvos magasabb tudományos fokát, hírnevét stb. tekintetbe vegye, épen nem zárja ki azt, hogy e körülmények mérlegelésével a szabályzatban megszabott minimumon túl annál magasabb díjazást állapítson meg, csak a díjazás legkisebb mértékét teszi kötelezővé, azt nem engedi meg, hogy a bíróság a szabályzatban megállapított díjtételeket leszállítsa s azoknál csekélyebb díjazást határozzon meg, kivéve azokat az eseteket, melyekben azt maga a rendelet megengedi. A rendelettel megállapított díjszabás tehát csak a minimum tekintetében kötelező, a maximális határt azonban nem vonja meg.

Arról de lege ferenda lehetne szót ejteni, hogy a minimális díjtételeknek az ország vidékei szerinti megállapítása helyes-e vagy nem, de mivel a törvény kifejezetten így rendelkezik, a rendelet csak a törvény utasításának felel meg akkor, a mikor a minimumot ország-

részenként állapítja meg. Ezt a gondolatot egyébként a közélet más terén is megvalósítva látjuk.

Azt mondja a fent közölt ítélet, hogy a rendelet díjtételei óriásiak és a fél anyagi romlását idézik elő. Ennek a kritikának nincsen jogos alapja. Minthogy az első fokozatnak a díjtétele csak a székes fővárosban, a második és a harmadik fokozat díjtételei csak az ország egyes városai-ban nyernek alkalmazást, ennél fogva az egész ország túlnyomó nagy részében a negyedik fokozat díjtételei irányadók; de ezek alkalmazása is szűkebb körre szorul a rendelet azon intézkedésénél fogva, hogy a községi és körorvosokra nézve a szabályzat díjtételei nem irányadók, hanem ezek a községek vagyonos lakosait a községgel előzetesen kötött egyezség szerint vagy a szabályrendeletileg megállapított és a rendelet díjtételeinél csekélyebb díjért tartoznak orvosolni. A magasabb fokozatok díjtételei épen a törvény által követendőnek kijelölt fokozati rendszernél fogva magasabbak az alsóbb fokozatok díjtételeinél. De a magasabb díjtételeket is leszállítja maga a rendelet, és olyan esetekben, a mikor a díjazás a betegség hosszú tartamára vagy a betegek többségére tekintettel valóban magas összegre emelkedhetnek, a szabályzatban megállapított díjtételek mérsékelését teszi (8., 11. §§-ai) lehetővé. És téves e ponton az ítélet ama kijelentésében, hogy az orvosi látogatások szükségességét a bíróság semmi esetben sem bírálhatja, mert a rendelet 7. §-a egyenesen felemlíti, hogy 24 óra alatt kettőnél több látogatást az illetők kívánságának esetén kívül csak akkor lehet felszámítani, ha a többszörös látogatást a betegség körülményei szükségessé tették, ezt pedig szakértőinek meghallgatásával a bíróság van hivatva megítélni. A díjtétel mérséklését tehát némely esetben maga a rendelet írja elől más esetben a bíróságot ruhazza fel azzal a joggal, hogy a díjazásnak indokolatlan felszaporodását meggátolja.

Nem szabad figyelmen kívül hagynunk azt a körülményt sem, hogy az arra valóban rászoruló szegény beteg teljesen ingyenes orvosi segélyben és gyógykezelésben részesül, hogy továbbá a szűk körülmények között élő a gyógyintézetek és egyéb mindenféle jótékony intézetek révén a legelőszobban jut az orvosi segélyhez, úgy hogy bátran állíthatjuk, miszerint a népességnek az az osztálya, a melyre a rendelet díjtételei alkalmazást nyernek, azokat minden megerőltetés nélkül fizetni képes.

De bárki, a ki a rendelettel megállapított díjtételeket a maga viszonyaihoz képest magasaknak tartja, a legegyszerűbben kizárhatja azoknak irányában való alkalmazását, az orvosával előzetesen megállapodik a díjazás iránt. Ezen a ponton teljesen érvényesülhet a vagyoni viszonyok különbözőségének figyelembevétele és ismerve orvosi rendünk áldozatkészségét, e tekintetben aggodalmat nem lehet táplálni. Hisz már a fővárosban is számtalan, több tagból álló család van, mely házi orvosának évi 100—150 koronánál többet nem fizet, és az orvos e csekély díjazás ellenére is a legnagyobb buzgósággal és lelkiismeretességgel teljesíti nehéz feladatát. Viszont hány esetben lép az orvos per útjára díjai behajtása végett? A tapasztalat a ritkaságok között sorolja fel ezen esetek számát, mert az áldozni mindig kész orvos inkább veszni hagyja fáradozásának jól kiérdemelt gyümölcsét, sem hogy a részrehajló közvélemény szemében megesorbuljon tudományos működésének humánus jellege.

Az ítélet perhorreszcálja a kölcsönös megegyezést, mert az szerinte „az orvosi tudománynak piaci árúvá való lealacsonyítása“. „Clara pacta, boni amici“, a világos tiszta megegyezés mind az orvosra, mind a félre nézve előnyösebb, mint a homályban való tapogatózás, a mikor az orvos talán többet vár, a fél kevesebbet remél és mind a kettő bizonytalanságban van a díjazás felől, az egyik vagy másik fél részéről való csalódás idezi elő a mindig bizonytalan kimeneteli és mind a két félre nézve költséges pört.

A kölcsönös megegyezésnek az a becsmerlő megítélése pedig, a melyben azt a közölt ítélet részesíti, egészen új és idegen gondolat. A munkának minden terén a kölcsönös megegyezéssel, mint szabálytal talalkozunk, nemcsak az alsóbb rendű testi munka, hanem a magasabb, szellemi munka díjazása is majdnem kivétel nélkül ezen az alapon rendezkedett be. A törvényhozás tagjai, a köztisztviselők, fel egészen a ministerig, előre megállapított díjazás ellenében működnek, az ügyvédek, az írók rendszerint előre kikötik munkájuknak a díját a nélkül, hogy ezt valaha bárki is a tudomány és a művészet lealacsonyításának tekintette volna. Miért lenne ez másként az orvosi tudomány tekintetében. Ha a rendelet a közös megegyezés előmozdítására céloz, ez nem hátránya, hanem előnye a rendeletnek.

Az ítélet talán azért tekinti az előzetes megegyezést visszataszító-nak, mert ez esetben az emberi élet fölött van az alku.

Ennek a felfogásnak is ellene mond az élet, mert épen azt tapasztaljuk, hogy ott van meg az előzetes megegyezés, a hol sokszor valóban az életről, pl. életveszélyes műtétről van szó. Ilyenkor mindenki természetesnek találja az előzetes megállapodást, talán nincsen is eset, a melyben a műtét díjazása előre kikötve ne lenne. Ép oly kevéssé ütközik ez a csekélyebb jelentőségű orvosi ténykedésekre nézve nehézségbe. Ha a rendelet hatása alatt általánossá válik ez a szokás, senki, még a bíróság sem fog azon megütközni. Megengedjük, hogy hirtelen beálló életveszély esetén, a mikor a rögtöni orvosi segélyre van szükség, sem idő sem alkalom nincsen az egyezkedésre, sem a fél sem az orvos nem gondolt arra, de ez a helyzet az előzetes látogatással véget ér s ekkor már semmi akadályja sincs annak, hogy a későbbi kezelés iránt megállapodás létesüljön.

Kimerítettük ezzel a közölt ítélet érveinek czáfolatát. Többre e czikk nem kíván kiterjeszkedni; a kérdés socialis oldalát és az orvosi munkának értékét, a díjazásnak ehhez való viszonyát nem érinti. Csak azt a sajtóságos jelenséget említjük meg, hogy ugyanaz a bíróság, a mely az ügyvédnek egyszerű megjelenésért és halasztási vagy makacs-sági jegyzőkönyv aláírásáért 400—500 koronás perben 10—12 koronát



minden nap megítél és pedig megítéli azt egy nap ugyanazon ügyvéd részére nem egy, hanem esetleg több perben külön-külön, ugyanaz a bíróság óriásinak és anyagi romlást hozónak tartja a békés úton meg nem fizetett orvosi látogatásnak peres eljárás esetén törvény erejével megállapított 6 koronás díjazását!

Reméljük, hogy a most felmerült eset csak szórványos marad és bíróságaink általános felfogását nem tükrözi vissza; és sajnáljuk, hogy ebben az esetben a panaszos orvos megnyugodván a járásbíró ítéletében, a felsőbbbírósnak nem volt alkalmja a kérdésben állást foglalni és az elsőfokú bíróság tévedését rectificálni. Rendünk érdekében pedig arra kérjük kartársainkat, hogy hasonló esetekről az orvos-szövetséget, az ügyiratok közlése mellett, értesíteni sziveskedjenek.

Babarczy Schwartzler Ottó dr.,  
m. kir. udvari tanácsos.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

Orvosi haladás az 1900. évben az ipari megbetegedés terén.

Közlő: Friedrich Vilmos dr. egyet. m.-tanár, a budapesti kerületi beteg-segélyező pénztár főorvosa.

(Folytatás.)

Bár az ólommegbetegedés egyike a legrégebben felismert ipari betegségeknek, jóllehet számos kutató, újabban Greeven<sup>15</sup> is a tengerinyúlak idült ólommérgezését tanulmányozta, mégis ezen ipari munkások között oly mértékben elterjedt betegség tünetesportjában számos oly tünet van, melyeket élettani alapon biztosan megmagyarázni eddig nem sikerült, főképen azért, mert az ember és tengerinyúl ólommérgezése között nem lehet párhuzamot vonni.\* Magának az ólommérgezésnek felismerése is néha felette nehéz és egyes pozitív tünetek hiányában nem ritkán teljesen lehetetlen. Epen ez okból annál figyelemreméltóbb Hamel<sup>16</sup> kutatása egy új kórimészeti segédeszköz után.

Vizsgálataiból azon fontos következtetéshez jutott, hogy az emberi ólommérgezés legjellegzetesebb tünete a basophil magvaknak a vörös vérszövetekben való fellépése. Kólikának egyes nehéz eseteiben ez volt a vérnek egyedüli morfológiai változása és a kólikarohamnak erősödésével arányban változik a magvas vörös vérszöveteknek száma is. Hamel vizsgálatai szerint az ólommérgezés jóval előbb, mielőtt kólikaszerű rohamok fellépnek, a vörös vérszövetek magvas degenerációját vonja maga után. Sajátságos az a tény is, hogy ezen degeneratív változások ólommal foglalkozó egyéneknek már akkor kimutathatók, mikor még semmi nyoma sincsen az ólommérgezés tüneteinek. Feltéve tehát, hogy ezen tények minden esetben megállják helyüket, a magvas vörös vérszövetek fellépését a megkezdődött ólommérgezés első kórimészeti tüneteinek tekinthetjük, mely mintegy kifejezője annak, hogy a vérben már-már káros befolyások érvényesítik hatásukat. Ennek kimutatása már oly időben sikerül, mikor a beteg közérzete még semmiféle panaszra nem ad okot.

Magvas vörös vérszöveteknek egyébként változást nem mutató vérben nagyobb számban való fellépése az eddig észlelt klinikai esetekből kifolyólag határozottan jellemző az ólommérgezésre, a mennyiben a többi megbetegedési esetekben sokkal kevesebb volt a magvas vörös vérszövetek száma. Differential diagnosztikai szempontból is fontos ezen észlelet, miután veselő, cukros húgyár, stb. által feltételezett erős koma eseteiben magvas vörös vérszöveteket nem találtak, ellenben ólom okozta koma eseteiben magvas vörös vérszövetek nagy számban voltak kimutathatók. Az utóbbiaknak teljes eltiünése szerző szerint a gyógyfolyamat befejezésének tekinthető. Nagy fontosságának látszik azon kísérlet is, mely szerint ólomcukorral etetett egerek vérében szintén magvas vörös vérszövetek találhatók. A vörös vérszövetek magvas degenerációja a vérnek minden más morfológiai változásával együtt is felléphet. Ugy kell az ólomot tekinteni, mint valamely vérmérget, a mely egyes egyedül a vörös vérszövetek plasmájára van káros befolyással.

Ezen munka nemcsak rendkívül érdekes és eredeti, hanem rendkívül nagy fontosságú az ipari betegségek pathológiájára is, főleg abban az esetben, ha folytatolagos megbízható kísérletek is igazolnák az előbbieket által felderített észleleteket, miután az ólommegbetegedések száma ezen tünet nélkül is igen nagy. Robert<sup>17</sup> saját és általa idézett más régi angol szerzők tapasztalatai is az ólommérgezésnek Angliában való nagy elterjedtsége mellett bizonyítanak, első sorban fiatal munkások és nők körében. Robert az ólombetegeknek agybeli tüneteivel foglalkozik — azelőtt enkephalopathia saturnina-nak nevezték — és ezzel öntudatlanul egészíti ki Oliver<sup>18</sup>-nek\*\* munkájában az agybetegedésre vonatkozó szakaszt, mely az ólommegbetegedést alaposan tárgyaló munkában aránylag nagyon rövidre van szabva. Huszonnyolcz kórtörténetnek felsorolása után ama következtetéshez jut, hogy 1. az ólommal foglalkozó munkások között az általános paralysis gyakrabban fordul elő, mint a többi lakosság között, 2. hogy az ólommérgezés az agybetegedés aetiologiájában főtenyezőnek tekintendő, 3. hogy eltekintve a szívnek, veséknek, véréneknek megbetegedési tendenciájától ólommérgezés

\* Greeven kis ólomadagoknak nyújtása után a gyomorban s bélcsatornában fekélyesedési és elhalási folyamatokat talált, valamint a máj szövetközi kötőszövetének túltengését és a tüdőuterek elfajulását.

\*\* Lead poisoning in its acute and chronic forms, by Thomas Oliver. Edinburgh, 1891.

eseteiben, rövidebb vagy hosszabb ideig tartó eszméletlenség és epileptiformis rohamok lépnek fel, 4. hogy a legtöbb esetben vérszegénység mellett bizonytalan járás, a látóképesség hiánya, az izomerő csökkenése szoktak fellépni. Az agyi tüneteket beosztja olyanokba, a melyeknél érzéki zavarok vannak jelen és melyek gyorsan gyógyulnak, idült esetekben hallucinációkkal és illüziósi mániával, és olyanokba, melyek a paralysishez hasonlóan tremorral, fokozott térdreflexszel, incoördinatioval járnak és melyek néha gyorsan gyógyulnak, de olykor halálos kimenetelűek is lehetnek.

Kisebb mennyiségű ólomnak rendszeres bevezetése a szervezetbe szintén káros hatású. Az 1887. évi június 25-diki törvény (német) eltiltja az ólomból való evőeszközöknek és edényeknek használatát. E törvény kiindulási szempontja az, hogy ólommal gazdagon bevont edényekben — ha azokba savanyú ételek vagy italok jutnak — hig alakú ólom keletkezik, mely ily módon a szervezetbe is jut. Beythien<sup>18</sup> emberi és disznógyomor-nyákhártyából mesterségesen készített gyomornedvvel tett kísérletet a gyermekeknek játékul szolgáló fűtőszipokkal és a jelzési csélokra szolgáló sípeszközökkel, a melyekre az említett törvény nem alkalmazható és azon fontos és meglepő eredményhez jutott, hogy ezen ólomsípoknak a szájból való tartása alkalmával még erősen savanyú ételek vagy italok jelenlétében sem oldódik ólom, hogy azonban másrészt ezen sípoknak a fogakkal való megrágása által apró ólomrészecskék leválnak, melyeknek súlya két óra alatt körülbelül 2—3 mg.-ot tesz ki, s hogy végül porrá tört ólomnak savanyú gyomornedvvel rendes testi hőmérséklet mellett való vegyítésekor, 12, de már 4 órai behatás után is ólom oldódik. Jóllehet ezt a tényt csak állatokon tett kísérletek igazolták be, mégsem lehet kétséges, hogy ilyen ólomsípoknak hosszabb időn keresztül való használata emberről is mérgezőt idézhet elő.

Az ipari egészségügy szakemberére ép úgy, mint a klinikus számára egyaránt fontos kérdés, vajjon egyáltalában létezik-e általános idült phosphormérgezés? ezen esztendőben sem nyert megoldást. Lévai<sup>19</sup> foglalkozott (inkább sebészeti szempontból) a phosphormunkások megbetegedésével, a nélkül azonban, hogy ezen kérdést bővebben fejtegette volna. Lévai egy helybeli gyufagyárnak 45 munkását vizsgálta meg és többnyire szúvas fogakat és rossz foggyökeret talált; csontthártyagyulladás vagy csontelhalás azonban egyiknél sem volt jelen. Valamennyi munkás, a ki több mint 8—10 éven át dolgozott a gyárban, rosszul táplált és vérszegény volt; a fiatalabb egyének a gyárban való 1—2 évi tartózkodás után már feltűnően vérszegények voltak. Véleménye szerint, a hosszabb időn keresztül phosphorgőzben dolgozó munkásoknak csontjai rendkívül törékenyek, a miből Lévai azt következteti, hogy a phosphorgőzök a szervezetre behatva, főképen a csontrendszerben idéznek elő változást. Lévai ezen közleményben leírja az állkapocsnak vagy az alveolusok necrosisának általa megfigyelt 11 esetét, melyek közül 5 az alsó és 6 a felső állkapocst érintették és melyeknek sebészi kezelése az eltávolításban állott. Szóvettani vizsgálatainak alapján kifejti a nézetét, hogy a csontoknak phosphornecrosis neve alatt ismeretes elhalását a véredényeknek az idült phosphormérgezés által a csontban fel lépett elsősleges kórtani változásai okozzák.

Az idült rézmérgezésnek a múlt század közepe óta vitás kérdése, vagyis vajjon egyáltalában létezik-e ilyenféle ipari megbetegedés és vajjon a rézérzékeny, illetve a réz sóinak meg van-e a képessége arra, hogy mérgezőt idézzenek elő, Lewin<sup>19</sup> kimerítő munkája által mégis látszólag végleges megoldásra talált. Toussaint, Houllés és másokkal szemben, kiknek véleménye szerint a rézporral telített levegőnek belégzése nem okozna hivatásos ipari megbetegedést, Blaudet, Eulenberg, Hirt, Tardieu, Simon, Chevallier a rézmegebetegedés mellett foglalnak állást és annak tüneteiként kólikarohamokat, gyengeséget, emésztési és vérképzési zavarokat, lesóványodást, kedvetlenséget, tüdőbetegséget, fogaknak, hajzatnak, csontoknak, székletnek és vizeletnek zöld színét állítják oda. A rézzel való foglalkozást régóta igen egészségtelennek tartották, bár azelőtt semmiféle ide vonatkozó statisztikai adatokkal nem rendelkeztek.

Ezen, bár igen fontos, de eddig homályos kérdés megvilágítására Lewin<sup>19</sup> egyrészt maga tett kísérleteket kutyákon, melyeknek 30 gm.-ig terjedő mennyiségben adott be finom rézport minden káros hatás nélkül, másrészt a különböző, főleg berlini gyártelepeken hosszú éveken keresztül szerzett tapasztalatai alapján azt következteti, hogy a rézmunkásoknak igen is lehet hevenyen hatása a szervezetre. Sok rézporok behatása az emésztési és légzőszervekre a torokban folytonos kaparási inger, undort keltő érzékelést, nyálfolysást, fojtási és hányási érzést, nyomási érzést a szegycsonton, szorulást, köhögést és pirosas köpetet idéz elő; csekélyebb mérvűek a behatások bronztárgyaknak száraz kefélekör. Azonban az általa nagy számban megvizsgált réz- és sárgarézmunkások között nem volt egyetlen egy sem, a ki idült rézmérgezésben szenvedett volna, valamint olyan sem, kinél a közérzetben általános zavarok állandóan vagy csak időnkint fellépve, annak beteg volta külsőleg is kifejezést nyert volna, vagy a kinél az idült resorptio-érmérgezésnek valamely tünete kimutatható lett volna. Lewin szerint sok réznek felvétele után a bélhuzamban heveny izgalmi tünetek jelentkeznek, nem léteznek azonban sem rézkólika vagy rézcachexia, sem pedig réz okozta asthmikus nehézségek vagy környi idegbajok; a hol pedig az ilyeneket vagy tüdőmegbetegedéseket megfigyelték, ott azok nem fordulnak elő nagyobb százalékban, mint oly egyéneknek, a kik nem foglalkoznak rézmunkával. Oly munkásoknál, kik állandóan, de aránylag kisebb mennyiségű rézet szívnak magukba, a foghús és fog közötti határszegély piszkos zöldes színeződést mutat, mely majdnem mindig egy borköves réteget vont be, mely utóbbi gyakran az összeszűgödött és épen ez oknál fogva a fogakat nagyobbaknak látszani engedő foghús alá terjeszkedik. Oly rézmunkásoknál pedig, kik sok rézport vesznek fel, a kékes-zöldes fogpatina mellett



3-6 mm.-nyi kiterjedésben a foghústól, olykor-olykor az egész fogat is befedve egy kékes-fekete, szorosan a fogállományhoz illesztett, fényes patina fordul elő, melyet levakarni nem lehet (cupro- vagy cuprisulfid). A munkások egy kisebb részénél *Levin* a hajzat és szakál zöld színeződését tapasztalta és ámbár különböző vegyi vizsgálatokból következtetve nincsen kizárva annak a lehetősége, hogy ez a zöldes szín nem pusztán a réznek külső lerakódásából, hanem a haj belsejéből eredőnek tekintendő, mégis óvakodik ezen tétel felállításától és pusztán a mikroszkopi vizsgálatok eredményénél felsorolására szorítkozik, mely szerint egyes hajpróbakon helyenként apró sárgás részecskék mellett amorph réz-oxydult talált.

Ezen a rézmunkások megbetegedését minden tekintetben kimerítően és részletesen tárgyaló munkát megismerve, természetes, hogy *Murray*<sup>20</sup> adatait, a ki a birgminghami sárgaréz- és rézmunkások gyakori és különböző megbetegedéseit a réz veszélyes behatásának tulajdonítja és a réz-megbetegedés tüneteit is felsorolja (kivéve a fogazatra és hajra vonatkozókat), téveseknek kell tekinteniük. *Murray* érvelésének két főbb momentumai: az úgynevezett zöld verejték és a betegek állapotának phosphorkezelés mellett való gyors javulása, nem bizonyít semmit sem, ha szem előtt tartjuk, hogy 1. a felbőrön lerakódó rézpor az izzadásnak erősen savanyú nedvével egyesülve, igen könnyen alkothat zöldszínű vegyi rézterméket és hogy 2. a felsorolt tünetekben phosphorkezelés nélkül is beállott volna javulás, ha a munkások egy darabig nem foglalkoztak volna rézmunkával.

(Folytatása következik.)

### Könyvismertetés.

Vorträge über Syphilis, Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten. Redigiert von Dr. Schaper. Berlin, Verlag von August Hirschwald, 1901.

A munka 386 oldalon, a porosz tanügyi kormány megbízásából tartott előadásokat tartalmazza. A 21 fejezet a syphilit és venereát egész terjedelmében felöleli; minden egyes rész a szakmák igen kiváló, többnyire fiatal művelői által kidolgozva, nagy közvetlenséggel, a gyakorlat terén mozgó és az újabb áramlatokkal már kevésbé ismerős kartársaik számára megírva, valóságos hézagpótló hivatást fejt ki. Az egyes fejezeteknek felsorolása fogalmat nyújt a tárgy sokoldalú feldolgozásáról: 1. A fertőző betegségek statisztikája a Charitében (Schaper); 2. a syphilis története és általános kórtana (Lesser); 3. a syphilis jelentkezési alakjai (Brubns); 4. lágyfekély és bubo (Krulle); 5. egyes belső szervek syphilise (Gerhardt); 6. a syphilis kezelése (Brubns); 7. a gonorrhoea következményes bajai és azok sebészi jelentősége (König); 8. a szív megbetegedései a syphilis és gonorrhoea folyamán (Rosenthal); 9. a hydrotherapia alkalmazása a syphilis és gonorrhoea kezelésében (Munter); 10. a kankó kór- és gyógytana (Buschke); 11. a megbiztosítási törvény nemi betegre vonatkozó kivételes határozatai (Mugdan); 12. a nemi betegségek prophylaxisa (Lesser); 13. a bőr- és bujabajok határterületei (Joseph); 14. demonstratiók a bőr- és bujabajok különbségeiről (Lassar); 15. syphilis és elmebajok (Jolly); 16. a bőrbajok általános gyógytana (Saalfeld); 17. a syphilis gyógykezelésének néhány alapvető kérdése (Blaschko); 18. a syphilis (Moeli); 19. a húgycsőszűkületek sebészi kezelése (Martens); 20. a bőrbajok részletes gyógytana (Ledermann); 21. a gonorrhoeás szembetegségek (Graeff). Mindezen fejezetek, melyek közvetlen előadásra készültek vagy ilyeneknek stenogrammját képezik, az egyes kérdéseknek nem fragmentaris tárgyalását alkotják, hanem egymást kiegészítve, a themának majdnem teljes képét nyújtják. A kiadó elég igen actualis szükségletnek felelt meg, midőn ezen eleinte szűk körnek szánt feldolgozásokat a „Berliner klinische Wochenschrift“-ben való közlés, majd különnyomat, illetve könyv útján az egész orvosi olvasó közönségnek hozzáférhetővé tette.

R-i.

Weisz Ferencz: A húgy- és ivarszervi megbetegedések rövid kézikönyve. Budapest, Dobrowsky és Franke.

Szerző ezen rövid compendium keretében a húgy- és ivarszervek kórtanát és az ide tartozó megbetegedések újabb kezelési módjait ismerteti. A munka kis terjedelme dacára az anyagnak eléggé teljes feldolgozását tartalmazza, és ha a stílus túlságos tömörségére való törekvés és a sok rövidítés miatt itt-ott kissé zavaros is, azon célnak, a melyet írója megszerkesztésénél maga elé tűzött, teljesen megfelel.

R-i.

Uj könyvek. *Kratschmer* und *Senft*: Mikroskopische und chemische Untersuchung der Harnsedimente. Wien, Safar. — *Menge*: Die Therapie der chronischen Endometritis. Berlin, A. Hirschwald. — *Fürst*: Über den Tod durch giftige Gase. Berlin, Vogel und Kreienbrink. — *Schreiber*: Prophylaxis und Therapie der Rachitis. Berlin, Vogel und Kreienbrink. — *Eden*: Verbandslehre. Jena, G. Fischer. — *Sellentin*: Zeitgemässe Aufklärungen über einige Grundlagen wissenschaftlicher Heilkunde. Heidelberg, C. Winter. — *Ponfick*: Topographischer Atlas der medicinisch-chirurgischen Diagnostik. 1. füzet. Jena, G. Fischer. — *Mendelsohn*: Der Ausbau im diagnostischen Apparat der klinischen Medizin. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Hofmeister*: Verbandtechnik. Tübingen, H. Laupp. — *Leyden*: Zur Aetiologie des Carcinoms. Berlin, A. Hirschwald. — *Dieudonné*: Immunität und Immunisirung. Würzburg, C. Kabitzsch. — *Rosenberger*: Über chirurgische Eingriffe bei Blinddarmentzündung, speziell über die Art und die Bedeutung des operativen Vorgehens während des Anfalls. Würzburg, A. Stuber. — *Wolff*: Über frühzeitige Operation der angeborenen Gaumenspalten. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Boas*: Specielle Diagnostik und Therapie der

Magenkrankheiten. Vierte, gänzlich neubearbeitete und vermehrte Auflage. Leipzig, G. Thieme. — *Schmiegelow*: Beiträge zu den Funktionsuntersuchungen an Taubstammen in Dänemark. Berlin, A. Hirschwald. — *Debove* et *Achard*: Manuel de diagnostic médical. Paris, Rueff. — *Debove* et *Achard*: Manuel de thérapeutique médicale. Paris, Rueff. — *Robin*: Les maladies de l'estomac, diagnostic et traitement. Paris, Rueff. — *Lutand*: Consultations sur les maladies des femmes. Deuxième édition. Paris, Rueff. — *Gavel*: Diagnostic et traitement des maladies du nez. Paris, Rueff. — *Larat*: Traité pratique d'électricité médicale. Paris, Rueff. — *Barié*: Traité pratique des maladies du coeur et de l'aorte. Deuxième édition. Paris, Rueff. — *Robin* et *Dalché*: Traitement médical des maladies des femmes (gynécologie médicale). Paris, Rueff. — *Le Roy*: Bactériologie clinique et thérapeutique de l'appareil respiratoire. Paris, Rueff. — *Darier*: Thérapeutique des maladies de la peau. Paris, Rueff. — *Talamon*: La colique appendiculaire et les formes non chirurgicales de l'appendicite. Paris, Rueff. — *Henry Morris*: The surgery of the kidney and ureter. London, Cassell and co. — *Stannmore Bishop*: Uterine fibromyomata: their pathology, diagnosis and treatment. London, Rebmán.

### Lapszemle.

#### Szülészet és nőgyógyászat.

A gümös peritonitisek ellen végzett laparotomia hatásáról értekeznek *Lindfors* A. O. Ellentmond azon felfogásnak, a mely szerint a hasmetszés okozta vérbőség, tehát a beteg szövetek jobb tápláltatása a laparotomia gyógyító erejének alapja volna. Szerinte ellenkezőleg, a hasmetszés folytán magukban a bacillusokban és a táptalajukul szolgáló megbetegedett szövetekben fellépő regressiv folyamat az, a mely a betegség gyógyulására vezet. Épen ezért ő a gümös góczok kiirtását, vagy a hol ez nem lehetséges, a góczokhoz vezető edények egy részének lekötését ajánlja; valamennyi tápláló edény lekötése szövet-necrosist, sajtos szétesést hozna létre. (Centralblatt f. Gyn. 1901. 6. sz.)

Adler Oszkár dr.

A szülőnőknek kádban való fürdőtéséről értekeznek *Stroganoff* V. A fürdővíz feloldja a test felületén, főleg a kezeken, lábakon s az anus táján tapadó piszkot, magával ragadja a test felszínén esetleg előforduló fekélyek, sebek váladékát. A kádakat nem szokás pontosan desinfectálni, az egyszerű kisúrolás pedig nem elég arra, hogy az előzőleg fürdött egyének szennyét teljesen eltávolítsa. A fürdővíz ezek szerint diluált szenny. Ez főleg a hüvelybe hatolás esetén okozhat veszélyt a szülőnőre, a minek lehetőségét kísérletileg igazoltak talála. A fürdővízbe kevés jodkalit adott és fürdés és leszárítás után a feltárt hüvely mélyéből Simon-féle kanállal vett folyadékot keményítővel és légeny-savval jodkalira megvizsgálta. E vizsgálatok szerint először szülőknél a víz nem jut a hüvelybe, többször szülőknél ellenben többnyire bejut. Az infectio e forrását az úgynevezett orosz fürdők alkalmazásával tartja elkerülhetőnek, a midőn a testet zuhany alatt, tehát mindig megújuló vízben mossák le vagy pedig egyszerű szappanos lemosás által. A szentpétervári városi kórház szülőosztályán ez értelemben végeztetve a szülőnők tisztogatását, az előző két évvel szemben a lázas puerperalis megbetegedések száma tényleg 7-70%-kal csökkent. (Centralblatt f. Gyn. 1901. 6. sz.)

Ugyanezen tárgyról ír *Sticher* is, a ki már *Stroganoff* előtt tett kísérleteket az irányban, hogy a fürdővíz a hüvelybe hatolni képes-e? Előbb vegyi úton igyekezett a víz bejutását kimutatni: a hüvelybe vaschloridos vattát vitt be és a fürdővízhez salicylsavat adott. A reactio, a vattának ibolyaszínűvé festődése nem következett be. Pontosabb és a csírokat vívő víz nyomait is jelző eljárás a bakteriologiai. E vizsgálat céljából a fürdővízhez a vaginában rendszeren elő nem forduló csírákat (bac. prodigiosust) kever; fürdés után a bakteriumot úgy először, mint többször szülőknél hüvelyváladékából sikerült kitenyésztenie. A testfelület tisztasága szempontjából a kádfürdőt kívánatosnak tartja, a vaginát pedig az esetleges fertőzéstől antiseptikus tamponade által óvja meg. (Centralblatt f. Gyn. 1901. 9. sz.)

Adler Oszkár dr.

Magzatelhajtás mérgek által. *Schwarzwaeller* (Stettin) 300 abortus esete közül 13 olyant észlelt, melyben az abortus létrejött valamely ólommérgek bevétele által történt. Hogy milyen ólompraeparatum volt az, nem tudja, mert nem látta, de a tünetek mind ólommérgezésre vallottak. Nagy fájdalom az alhasban, sápadt arcszín s a foghúsnak ólommérgezésre jellegző volta voltak azon jelek, melyek őt a helyes diagnózisra vezették. (Berlin, klin. Wochenschr. 1901. 7. sz.)

Kern Géza dr.

Terhesség alatt fellépő hasfali vérömleny két esetéről referál *Stoeckel*. Mindkét esetben többször szülőkről van szó. A mintegy gyermekfejnyi, fluctuáló tumor, a melynek a hasfalban való localisatioját kimutatni nem volt nehéz, az egyik esetben a jobboldali art. epigastrica sup., a másikban a jobboldali art. epigastrica inf. területére esett. Mindkettő küllérőnek behatása nélkül keletkezett. Az egyik esetben a végtagok feszítő oldalán s a törzson látható petechiák egy, a Werlhof-féle betegséggel talán összefüggő általános vérzékenységre engedtek következtetni; e haematoma keletkezése talán a beteg által említett heves köhögés által is elősegített. Tekintettel a vérömlenyek nagyságára s így az esetleges spontan gyógyulásnak minden esetre lassú lefolyására, másrészt a spontan gyógyulás esetén előreláthatólag visszamaradó tömeges hegyszövetre: mindkét esetben széles incisio útján ürítették ki az alvadékokat. Az üreg kitisztítása után a sebet bevarrta, az első sebzigon át jodoformgaze-csikkal drainezte, mely eljárás mellett a sebet



8—10 nap alatt láztalanul látta gyógyulni. Stoeckel az irodalomban hasonló eseteket feljegyezve nem talált. (Centralblatt f. Gynäk. 1901. 10. szám.)  
Adler Oszkár dr.

**Megfigyelések a gyermekági láznak Marmorek-féle antistreptococcus-serummal való gyógykezelésénél.** Blumberg (Berlin) részben szaporítani óhajtva a Marmorek-féle serumnak gyermekági lázellenes hatására vonatkozó megfigyeléseket háromféle irányban volt figyelmes annak használatánál: 1. annak gyógyító képességét illetően; 2. a mellékhatásait illetően és 3. azon tényezőket illetően, melyek a mellékhatásait befolyásolhatják. Eseteinél, melyek mind a súlyosabbak közé tartoztak, minden más kezeléstől eltekintettek s azok csak a Marmorek-féle serummal lettek kezelve. Minden esetben a Doederlein által előírt utasítás szerint közvetlenül az uterusból vett lochiát, s ezt bakteriologice megvizsgálta. Összesen 9 észlelt esetről számol be; 1 esetben egyedül anaerob gázfejléstől diplococcusok, 4 esetben vegyes infectio részben aerob, részben anaerob streptococcusokkal, 2 esetben tiszta streptococcus-infectio volt jelen. Mindezeknél a temperatura a serum használata után lejjebb szállt s a betegek meggyógyultak, úgy hogy végeredményben azon véleményen van, hogy a Marmorek-féle serum a gyermekági streptococcus-megbetegedéseinek jóteknony hatással van.

A serum mellékhatásait illetően azt találta, hogy helyi és általános bőrelváltozások lépnek fel. Ez lehet egy a befűrés helyén és a körül fellépő erythema, a mely nem fájdalmas s a mely, ha közvetlenül az injectio után lép fel, úgy kisebb-nagyobb, a bőrön kissé kiemelkedő, nyomásra fájdalmas, kigyózó határú bőrelváltozást mutat, a mely teljesen veszélytelen, erysipelas képét mutatja s a melyre jellemző, hogy lázt nem okoz.

Az általános exanthema, a melyet egy esetben 11 nappal a serum használata után látott fellépni, az mindkét arczféln, karon, a jobb váll mellő felületén s a jobb ezombon fellépő élénk piros, lencsénél nagyobb, részben összefolyó kivirágások alakjában lépett fel, a mely sem nem viszketett, sem nyomásra fájdalmas nem volt. Ez minden kellemetlen tünet nélkül 24 óra alatt elmúlt. Egy esetben azt észlelte, hogy a serummal kezelt beteg „urticaria factitia“-ban szenvedett, azaz a semilyen bőrelváltozást sem mutató jobb ezombon, a hol az injectio történt, a tollszárral történt vonások élénk piros színben mutatkoztak.

Szerző, ha az általános exanthemát megszüntetni s annak okát adni nem is tudja, a helybelit úgy véli elkerülhetni, hogy az injectiokat nem a bőrbe, hanem mindig a bőralatti kötőszövetbe végzi. Legjobb erre a czomb felső része.

Az első napon mindig 20 kem-t, a többi napokon 10—10 kem-t fecskendett be. Végezetül megjegyzendő, hogy a vizelet fehérjetartalma egyik esetben sem szaporodott, sőt hogy ellenkezőleg, egyik esetben 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>‰-ról 24 óra múlva 1/4‰-re esett. (Berliner klin. Wochenschr. 1901. 5—6. szám.)  
Kern Géza dr.

### Börkörtan.

**Concentrált fénysugarakkal gyógykezelt lupus vulgaris** eseteit mutatta be Finsen a párisi nemzetközi orvosi congressuson. Módszere abban áll, hogy a megbetegedett testrészt egy a nap, illetőleg elektromos fénysugarakat gyűjtő lencse gyújtójába helyezi naponta 1—2-szer 1<sup>1</sup>/<sub>4</sub> órán keresztül. A hősugarak kizárása végett a fényt destillált vizen vezeti keresztül s maga a megbetegedés helye homorú üveglemezzel, melyen állandóan víz circulál, comprimáltatik és a lehetőségig vértelenítetik. Rendesen 6—8 nap múlva hyperaemia és hólyagképződés lép fel, mely tünetek azonban csakhamar elmúlnak. Egyedüli hátránya az eljárásnak, hogy drága és az eredmény lassú (átlag hat hónap). Előnye, hogy teljesen fájdalommentes, conservatív és kiválóan hatásos. 1895 óta Koppenhágában 553 eset került ily kezelésmód alá; 19-nél exitus állt be tuberculosis következtében; 42-en elhagyták az intézetet különféle okokból (más betegség, pénzhiány, bizalomvesztés); 362 esetben a gyógyeredmény kedvező volt. A congressuson bemutatottak között volt Finsen első betege is, ki már 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> év óta recidivamentes. Mint Finsen jelenti, egyéb bőrbajok közül a lupus erythematodes, alopecia areata, epithelioma cutaneum, aene vulgaris, rosacea és naevus vascularis kezeltettek jó sikerrel a concentrált fényvel.  
Poór dr.

**Lupus erythematosus** elektrolysis-sal kezelt Frattali. Betegének orrhátán kiterjedt lupusos plaqueja volt. E az elektropuncturát hetenként alkalmazta úgy, hogy egy-egy ülésben 20—30 puncturát végzett egymástól 2 mm.-nyi távolságban. 30 ülés után, miután felületen paquelinisatiót is alkalmazott, a beteg gyógyult. (Olasz dermat. és syphil. társaság 1899. okt. 22—24. ülése Rómában.)  
Poór dr.

**Idült veselőbhoz csatlakozó vitiligo és prurigo** esetét mutatták be Bernard és Gaucher; úgy a dermatopathiák, mint a nephritis kórokat ezen esetben az autointoxicatióban keresik. A bemutatással kapcsolatban Rendu egy vesebajos betegét említette fel, kinél a gáton és a scrotumon vitiligo lépett fel. (Soc. méd. des hopitaux, 1899. apr. 28.)  
Poór dr.

**Ulcus cruris** eseteiben Unna jó eredménnyel használja az ichtargant (1—5%-ban talcummal) hintőpor alakjában. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie, 32. kötet, 2. füzet.)  
Poór dr.

**Syphilisnél alkalmazott calomel-injectio** okozta tüdőembolia esetét közli Renaud s egyúttal óva int az oldhatatlan higany sóknak alkalmazásától. Igaz ugyan, hogy az oldhatatlan higany sók hatása oly eklatans és hatalmas, hogy bizonyos, sürgős esetekben nehezen nélkülözhetők, mégis alkalmazásukat legalább a legszűkebb térre óhajtja szorítani. (La presse médic. VII. évf. 102. sz.)  
Poór dr.

**Himlő elleni védőoltás után fellépett bőraffectio**król értekezett J. Sobel (New-York) 80 eset kapcsán. Az affectiokat jellemzi a polymorphismus, a mennyiben az egyszerű erythemától a bullosus és haemorrhagiás alakokig változó a körkép. Az eruptio az oltás után 9—14 nappal mutatkozta a beoltott egyének 14%-ánál. Leggyakoribbak voltak az urticariák különböző típusai, melyek hirtelen keletkezve, körülbelül 48 óra alatt hámlás hátrahagyása nélkül gyógyultak. A hólyagos exanthemák valamivel később, az oltás után 11—15 nappal mutatkoztak egyes esetekben a törzsön, máskor a végtagokon s csak igen kicsiny azon esetek száma, hol az exanthema csak azon a végtagon mutatkozott, a hol a beoltás történt. E hólyagos exanthemák néhány esetben a varicellához voltak hasonlóak. Vörhenyszerű exanthemát Sobel négy esetben tapasztalt. Ezen eruptioknál feltűnő volt azoknak gyors, 24—48 óra alatt hámlás nélkül való lefolyása. 24 óra alatt eltűnő erythemát (roseola) gyakrabban tapasztalt, míg polymorph erythemát, valamint pustulo-bullosus exanthemát csak néhány esetben. Az exanthemák különböző formái ugyanazon egyénnél vegyesen is előfordulhatnak. Más megbetegedések, melyeket a himlő elleni védőoltáshoz látott csatlakozni: adenitis axillaris (5 eset), erysipelas (13 eset), mély ulceratio (67 eset). (Med. News 1900. Aug. 11. Ref. Monatshefte f. p. Derm. XXXII. k. 6. sz.)  
Poór dr.

### Orr-, torok- és gégebjajok.

**A gégegümőkör kezeléséről** értekezik Freudenthal. Az úgynevezett praetuberculotikus stadiumban, anaemia laryngis esetén a sozjodol-zink insufflatiokat, avagy a 3‰-os lapissal, ferrum sesquichloratummal (1/30) való ecseteléseket ajánlja. Erősebb adstringentiákat azért nem szabad alkalmazni, mert ezek nagyobb fokú hyperaemiát vagy oedemát okozhatnak a gégeben. Hyperaemia esetén a creosot-glycerin volna czél szerű. (Rp. Creosoti 0.50; Alkohol 10.0; Glycerini 50.0.) Ott hol már erosio avagy fekélyek vannak jelen, menthol-orthoform keveréket fecskendez be. (Rp. Mentholi 1.0—15.0. Ol. amygd. dulc. 30.0; Vitell. ov. 25; Orthoformii 12.0. Aqu. destill. 100.0.) A sebészi kezelést, miután eredményt tőle nem látott, már egy éve nem végezi. Ha dysphagia van jelen, úgy a menthol-orthoform befecskendezése előtt, egy-kétszer napjában olivajolajat itat a beteggel, a mely szer a nyelési nehézségeket nagyban csökkenteni képes. (Archiv. f. Laryngol. 43. szám.)  
Tóvölgyi Elemér dr.

**Az intubatio Devauchelle** szerint sokszor igen nagy nehézségekbe ütközik spasmus glottidisnél, avagy ha a gége vastag, tapadós állhártyával van kitöltve. Ily körülmények között nem a kornak megfelelő, de vékonyabb kaliberrrel bíró tubus vezetendő be nagy vigyázattal néhány pillanatra. Ez a spasmust megszünteti, az állhártyákat az útból eltávolítja, a midőn is a kornak megfelelő tubus már minden baj nélkül alkalmazható. (Gaz. méd. de Picardie.)  
Tóvölgyi Elemér dr.

**Gégerák** esetéről számol be Barth. 50 éves szolgánál a jobb állhangszalagon ülő daganatot, miután fokozódó légszükséglet okozott, villamos kaecsal endolaryngealis módon távolított el. A szöveti vizsgálat rákot constatált. Többszöri recidivák, újbóli eltávolítások után gyomorcarcinosis vetett véget az életének. (Archiv. f. Laryngologie, 1900.)  
—di.

**A gégeizmok beidegzését Grabower** a vagusnak tudja be. Erre felhoozza két saját és Reusz egy esetét, melyek klinikailag észlelve és a halál után kórszövettanilag vizsgálva lettek. Az élettani tényekkel összhangzásban mutatták, hogy a kizárólagos beidegző ideg a vagus. A nucleus ambiguus tartja a gégeizmok bulbaer központjának. (Archiv. f. Laryngologie, 1900.)  
—di.

### Venereás bántalmak.

**Vizsgálatok a higany felszívódásáról a bedörzsölési kúránál.** A kérdés, vajjon a bőrre kent higany miképen jut a szervezetbe, mind-egyedig vitás volt. Míg a búvárok egyik része oda concludál, hogy a higany a bőrön át jut a szervezetbe, addig — és ez különösen az újabb szerzőkre vonatkozik — mások a higanynak a bőrön át való felszívódását teljesen tagadják, s szerintük a higany tulajdonképen akként fejtené ki hatását, hogy a test melege folytán képződött higanygőzök csak belégzés következtében jutnak a szervezetbe. E kérdést kísérleti úton igyekezett Juliusberg (Breslau) megvilágítani és úgy állatokon, mint embereken végzett nagyszámú kísérletei arról győzték meg, hogy a szürkekenes higany mennyisége, a midőn impermeabilis kötésekkel a higany elpárologását megakadályozta, csak kis fokban, vagy csak alig fejti ki hatását.

Végeredményei a következők: 1. A szürke kenőcsből a higany részint a tüdők, részint a bőr útján jut a szervezetbe. 2. A tüdőkön át nagyobb mennyiségű higany szívódik fel. 3. A bőrön át felszívódott higany csekély, és gyakorlati szempontból alig fontos töredék gyanánt jut a testbe.

Vizsgálatai alapján végre még azon érdekes következtetésre is jut, hogy a szervezetbe felvett higany nem a kilégzés által eliminálódik. (Archiv. für Dermatologie und Syph. LVI. kötet, 1901. április.)  
Sellei dr.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Tüdővészese**knél a gégefedőn levő fekélyek okozta kinzó köhögési inger ellen Weissenberg a következő orvosságot rendeli jó eredménnyel; Rp. Dionini muriatici, Codeini muriatici aa 0.10; Cocaini muriatici 0.025; Ammonii valerian., Aquae amygdalar. amar. aa 7.5. M. D. S. 3—4 óránként 15 cseppet. Súlyt helyez arra, hogy a cseppek



egy darabka czukron lehetőleg hátrajussanak és nagyon lassan nyelesenek le. (Ref. Wiener medizinische Presse, 1901. 3. szám.)

A thymolcarbonat nevű új fereglőző szerrel szerzett tapasztalatait Pool a következőkben foglalja össze: szagtalan és íz nélküli volta miatt olyan gyermekeknek is adható, a kik labdacsokat nem tudnak nyelni; minthogy a gyomron változatlanul megy át és csak a bélben bomlik szét thymolra és szénsavra, hányást nem okoz; szédülést, mely thymol használata után gyakori, szintén nem idéz elő; használatakor a thymollal mérgezés veszélye kisebb, különösen olyan gyermekeknél, a kiknek szervezetét az anchylostomiasis meggyöngyítette. Kis gyermekeknek  $\frac{1}{2}$ , nagyobbaknak 1, felnőtteknek pedig 2 gramm adandó 3–4-szer naponként négy napon át; az ötödik napon hashajtót kell rendelni. (Med. News, 78. kötet, 9. szám.)

### Folyóiratok átnézete.

**Gyógyászat, 1901. 21. szám. Kiss Gyula:** A vese működésére vonatkozó újabb vizsgálati módszerekről és azoknak használhatóságáról sebészi vesebetegségeknél. **Gerő Sándor:** Észleletek a tüdővész korai diagnosizálásáról.

**Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 21. szám. Anton:** Meynert. **Raimann:** Alimentaris glycosuria. **Hirschl:** A paralysis progressiva juvenilis alakja. **Wagner v. Jauregg:** Az elmebetegügy reformjához. **Sims Woodhead:** Az orvosok és az alkoholkérdés.

**Wiener medizinische Wochenschrift, 1901. 21. szám. Kisch:** Szivarhythmia a szív myodegeneratiojánál. **Kraus:** A bakteriologia haladása a fertőző betegségek diagnosztikájában. **Schütz:** Gastrointestinalis megbetegedés tüneteit mutató diabetes mellitus. **Weisz:** Casuistikus közlések a póstyéni munkáskórházból. **Stein:** Antisepsis és asepsis az urológiában. **Trunczek:** Rosszindulatú alképletek kezelése arsenössze-köttetésekkel.

**Wiener medicinische Presse, 1901. 21. szám. Benedikt:** Trauma okozta idegbajok. **Kienböck:** Röntgen-fény okozta bőrelváltozások. **Benesch:** Stramonium-mérgezés esetei. **Kahane:** Adatok a socialis orvos-tanhoz.

**Prager medicinische Wochenschrift, 1901. 18. szám. Springer:** A vena cava superior és a jobb szív neoplastikus thrombosisa a glandula thyreoidea sarcomája után. **Eckstein:** Veleszületett csipőizületi ficam kezelése. **Ellbogen:** Casuistikus közlések.

**Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 21. szám. Ehrlich és Morgenroth:** Haemolysinek. **Rothmann:** A pyramis pálya functionalis jelentősége. **Lehmann:** A retroflexio uteri fixata viszonya a terhességhez, szüléshez és gyermekágyhoz. **Wallerstein:** Cylindruria és albuminuria mesterséges úton létrehozott székrekedésnél. **Krause:** A gerincvelődagatok segmentdiagnosisa, egy műtett és gyógyult eset kapcsán. **Pinkuss:** Adat a női hügyeső prolapsusának kór- és gyógytanához.

**Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 21. szám. Binz:** Megjegyzések az 1900-dikéni gyógyszerkönyvhöz. **Cipollina:** A czukor kimutatása a vizeletben. **Determeyer és Bittner:** A húgsavas diathesis gyógyítása. **Funck:** További közlések a variola- és vaccina-okozóról. **Kullmann:** Pleuritis pulsans. **Hirschberg:** Mágnes-operatio szoba. **Ewald:** Occult gyomorvérzések. **Ziemann:** Texas-láz (szarvasmarha járványos haemoglobinuriája) endemikus előfordulása Németországban.

**Centralblatt für Chirurgie, 1901. 20. szám. Payr:** A magnesium használata felszívódó bélgombok készítésére és más sebészi-technikai célokra. **Langemak:** Gypsablak-kereső.

**Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 21. szám. Kober:** Haemoglobinuria ovarialis cystoma kocsánytörőjénél. **Franqué:** Insertio velamentosa. **Ahlfeld:** Mesterségesen világrahozott koraszülött gyermek jövője. **Gradenwitz:** A köldökzsinór kettős elszakadásának esete. **Rissmann:** A csecsemő fejének interuterin crepitiója. **Ruth:** Önségély esete lábfejkérsnél a törzs leszakadásával és a fej retentiojával. **Levison:** Megjegyzések Müller cikkekhez a homlokfejkérsokről. **Göz:** Eclampsia tardissima (nyolcz héttel a szülés után) esete. **Blacher:** Az emberi placenta szerkezete. **Löffqvist:** Az endometrium kórbonctanának ismeretéhez. **Lindfors:** Syncytioma malignum vaginae esetem további sorsa. **Jaworski:** A terhesség, szülés és gyermekágy szívbajosoknál. **Winterwitz:** A morcellement történetéhez és technikájához. **Baum:** Megjegyzések Heidenhain cikkekhez a fundalis harántmetszésről. **Stratz:** Sectio caesarea és ovariotomia in partu. **Niebergall:** Vaginalis ovariotomia a szülés alatt. **Zarukow:** Mammátültetés két esete terheseknél. **Mudlener:** Peroneus-hüdes medencefelpozolás folyán. **Rosthorn:** A méhrák Freund-féle műtévéseinek közvetlen gyógyeredményei. **Czempin:** Az eclampsia keletkezése.

**Centralblatt für innere Medizin, 1901. 19 és 20. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz. 21. szám. Aldor:** Szénhydrat-anyagesere az aggkorban és vizsgálatok a phloridzindiatetesről.

**Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1901. 9. szám. Dubois:** Intermittáló psychopathikus állapotok. **Naegeli:** A csontvelő működése és jelentősége. **Emmert:** Protargol és cuprargol. **Müller:** Szokatlan lefolyású epehólyagműtét.

**La semaine médicale, 1901. 22. szám. Fournier:** Liga a syphilis ellen. **Caulet:** A szerb királyné átlérhessége.

**La presse médicale, 1901. 41. szám. Troussaint:** Febris biliaris haemoglobinurica malariánál. **Petit:** Cervicitis gyökeres gyógyítása (Pouey-

féle eljárás). 42. szám. **Rist:** Az 1899/1900-diki egyiptomi pestis. **Martinet:** A bőr hygienéje.

**Progrès médical, 1901. 20. szám. Nothnagel:** Pseudoperityphlitis. 21. szám. **Hamon du Pougeray:** A golyvák rhino-pharyngealis eredete.

**Journal médical de Bruxelles, 1901. 21. szám. Dekeyser:** A trichorrhixis nodosa és aetiologiája. **Rouffart:** A hüvelyrak kezelése. **Van Ryn:** Tüdőbeteg-sanatoriumok.

**British medical journal, 1901. május 25. J. Crawford Renton:** Az appendicitis és sebészi kezelése. **P. J. Freyer:** A hólyag-, vese- és ureterkövek diagnosztikája. **W. F. Adams:** 206 kömütetre vonatkozó megjegyzések. **H. T. Herring:** Módszer lágy catheterek sterilizálására. **T. K. Monro:** Universalis ankylosis esete. **Keith Campbell:** Meckel-féle diverticulum strangulatioja. **E. Donaldson:** Hosszú lefolyású gégerák esete. **J. Galbraith Connal:** Mastoidalis periostitishez hasonló küllhall-járat-furunculosis.

**The lancet, 1901. I. 21. szám. Ch. A. Ballance:** Agytályogok műtéti kezelése. **W. Edmunds:** A pajzsmirigy kórtana. **A. W. Mayo Robson:** Idült gyomorfekély műtéti kezelése. **Harrison Martindale:** Brominollal kezelt epilepsziás betegek bélsarának és vizeletének analízise. **E. Marten Payne:** Natrium cacodyliummal kezelt rák két esete. **E. Cautley:** Acut colitis gyermekeknél. **Adrian Caddy:** A vena cava inferior rupturája. **G. H. Metcalfe:** Hirtelen halál ritka oka. **W. Rose:** Gastrostomia esete. **H. Malet és E. Deanesly:** Typhusos bélátfúródás műtett és gyógyult esete.

**Edinburgh medical journal, 1901. május. F. T. Roberts:** A máj-rendszer. **R. W. Mac Kenna:** A chorionbolyhok rosszindulatú elfajulása. **Syneytioma malignum. J. Laing:** Arctikus megbetegedések. **C. H. Leaf:** Az inoperabilis emlőrák kezelésének új módja. **G. A. Gibson:** A cremaster reflex ischiasnál. **A. Thomson:** Bélstenosis strangulált hernia után.

### Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1901. május 31.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 20. hetében (1901. május 12-dikétől május 18-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 728,235, katona 16,484, összesen 744,719. Elveszületett 445 gyermek, ellalt 277 egyén, a születések tehát 168-al mutták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 31.1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 19.3, az egy éven felüli lakoságnál: 16.0, az öt éven felüli lakoságnál: 14.4. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 3, angina diphtheritica 0, pertussis 1, morbilli 2, scarlatina 5, variola 1, varicella 1, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 12, apoplexia 2, eclampsia 7, szervi szívbaj 22, pneumonia 19, pleuritis 3, pneum. catarrh. 3, bronchitis 8, tuberculosis pulmonum 58, enteritis 16, carcinoma 9, ezek közül méhrák 3, egyéb újképletek 2, morbus Brightii et nephritis 12, veleszületett gyengeség 12, paedatrophia 4, marasmus senilis 9, erőszakos haláleset 16, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 13, bal-eset 2, kétséges 0 (—). **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi köz-kórházakban. A múlt hét végén volt 2814 beteg, szaporodás e héten 867, csökkenés 912, maradt e hét végén 2769 beteg. B) Hevenyrágályos kórházban előfordult betegedések voltak 1901. évi május 14-étől május 20-dikáig terjedő 20. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 39 (45), diphtheria, croup 21 (21) hagymáz (typhus) 3 (2), kanyaró (morbilli) 132 (115), trachoma 10 (9), vérhas (dysenteria) — (1), influenza — (—), hőkhurut (pertussis) 18 (38), orbáncz (erysipelas) 17 (18), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 2 (—), ezenfelül varicella 38 (19).

**Budapest kórházai.** A kórházi számvevőség összeállította a főváros kórházainak tavalyi zárószámadását s a jövő évi budgetjét. A zárószámadás nagyon kedvező. A kórházakra a főváros a legutóbbi időközben minden esztendőben alaposan ráfizetett. 1873—1898-ig 812,492 koronára szaporodott a kórházi alap deficitje. Ezt a deficitet a községi alaptól kell megtéríteni s a főváros már el is határozta, hogy hat év alatt részletekben megfizeti a deficitet. A régi állapotokkal szemben tavaly már 29,227 korona fölöslege volt a kórházaknak. A kórházak kezelésében 1896 óta látható a javulás. 1896-ban még 125,346 korona, 1897-ben 62,480 és 1898-ban 11,247 korona volt a deficit. 1899 volt az első esztendő, a melyben fölösleggel zárták a számadást. Akkor 22,286 korona volt a fölösleg, a mely tavaly még növekedett. A kórházak kedvező finanziaális helyzetének főoka azonban épen nem kedvező. A kórház nyert, mert több beteg volt, mint a mennyire számítottak. A főváros összes kórházai 1,065,998 ápolási nap volt, 33,380-al több, mint a mennyit előirányoztak. Különösen a Szent János-kórházban volt sok beteg. 22,130 ápolási nappal volt több, mint az előirányzat. A kórházak jövő évi budgetje szerint, ha a számvevőség tervezete megmarad, az ápolási díj megint emelkedni fog. Most két korona 56 fillér a napi ápolási díj, a számvevőség tervezete szerint két korona 60 fillér lenne. A kórházak ápolási díjat különösen a Szent László járvány-kórház teszi drágává. A járvány-kórházban szerencsére nincsen annyi beteg, a mennyire a kórház be van rendezve. Néha megtörténik, hogy több a személyzet, mint a beteg s egy betegnek az ápolása 3—4 forintba is kerül. Az ápolási díjat azonban egységesen



állapítják meg s ezért drágítja a szent László-kórház a többi kórház díját. A pesti kórházakban egyébként kisebb az ápolási költség, mint a budai kórházakban s a pesti kórházak fölöslegéből fedezik a budai kórházak deficitjét. A számvételezés a pesti kórházak kiadását 2.048,873, bevételét 2.111,279, a budai kórházak kiadását 732,196, bevételét 669,680 koronával irányozza elő. Az ápolási díjak megállapításánál 1.046,000 napot vettek számításba.

△ A budapesti orvosok szövetsége f. évi május 24-dikén Babarcsi Schwartz Ottó elnöke alatt rendkívüli ülést tartott. Napirend előtt Lichtmann Samu és Barkó Jenő interpelláltak apró adminisztratív ügyekben. A napirend fő tárgya a végrehajtó bizottság jelentése volt a Magyar tisztviselők betegsegélyző egyesületének ügyében, melyben a következő határozat fogadtatott el: 1. A budapesti orvosok fiókszövetsége kimondja, hogy az eddigi tapasztalatok alapján a Magyar tisztviselők betegsegélyző egyesületével mindenemű további tárgyalást megtagad. 2. Az ez ügyben kiküldött bizottság az ügy tovább fejlődésének figyelemmel kísérésére permanentiában marad. 3. A közgyűlés tudomásul veszi, hogy nevezett egyesület orvosi elfoglalt állásokról lemondtak. 4. Szintén tudomásul veszi a közgyűlés, hogy a fővárosi orvosok kinyilatkoztatták, hogy nevezett egyesületnél alkalmazást el nem fogadnak. Az ülés második tárgya volt: A budapesti tanítók segélyező egyesületének kérvénye, hogy az óradíjas és ideiglenes tanítók ingyen, a rendes tanítók pedig mérsékelt áron nyerjenek gyógykezelést. A közgyűlés „elv”-ben figyelembe veendőnek határozta az ügyet és a továbbiakra nézve Adler és Waldmann tagtársak jelentését bevárja. Az ülés harmadik tárgya, miután kellő felvilágosítás nines, az indítványozó annak tárgyalásától elállott, levétetett a napirendről.

A Magyar tisztviselők betegsegítő-egyesülete május 30-án Móczár Elemér elnöklésével a Vármegyeház dísztermében rendkívüli közgyűlést tartott, a mely a budapesti orvosoknak az egyesülettel szemben elfoglalt álláspontjukkal foglalkozott. Elhatározták, hogy az egyesület az orvosok magatartása következtében gyógykezelést nem ad tagjainak. A régi alapszabályokból törölték azt a szakaszt, mely a tagoknak betegség esetén gyógykezelést biztosít. Elhatározták továbbá, hogy ezen túl a magánhivatalnokokat is fölveszik az egyesületbe és még egyszer megpróbálják a betegkezelés ügyét békésen megoldani.

— Tanulmányi kirándulást rendezett Bókay Árpád tanár a pünkösdi ünnepeken, a melyen számos orvos és orvostanhallgató, összesen 60-an vettek részt. A kirándulás célja három neves fürdőhelynek megismerése volt: Szilvási, Trencsén-Toplicz és Pöstyén-fürdő, hol a kirándulók mindenütt meleg fogadtatásban részesültek. A kirándulás egyik igen érdekes momentumja volt a pöstyéni munkáskórház bemutatása, a hol 15 részint nagy, részint gyógyuló beteget előadás kíséretében mutattak be.

△ Tisztviselők választása a budapesti egyetem orvosi karán. Az orvostanár-testület május 30-dikán tartott ülésén az 1901/92. tanévre szóló választások eredménye következő: dékán lett: Bókay Árpád, jegyző Pertik Ottó, könyvtáros Högges Endre, szigorlati elnökök Plósz Pál és Genersich Antal. Rektorválasztókul kiküldetést nyertek: Högges Endre, Tauscher Vilmos, Thanhoffer Lajos, Jendrassik Ernő. A magántanárok pedig kari képviselőikül a jövő tanévre Liebmann Mór és Bäcker József magántanárokat választották meg.

○ A budapesti orvos-klub május 29-dikén tartotta választó közgyűlését a Royal-szállóban. A választás eredménye ez: elnökgazgató lett Kéty Károly dr. tanár, igazgatók: Réczey Imre dr. tanár és Bársony János dr. magántanár, főtitkár Mayer Árpád dr., titkár Lénárt Zoltán dr., pénztáros Hüdovszky Mór dr., gazda Hódossy Gida dr., könyvtáros Gebhardt Ferencz dr., jegyző Zirkelbach Antal dr. A választmány tagjai lettek: Andreánszky Jenő dr., Ángyán Béla dr., Basch Imre dr., Blaskovich Fridolin dr., Dieballa Géza dr., Elischer Gyula dr., Hegedűs János dr., Hochhalt Károly dr., Hönig Izsó dr., Illyés Géza dr., Kéty László dr., Korányi Sándor dr., Kosztka Emil dr., Kuzmik Pál dr., Lenhossék Mihály dr., Lichtenberg Kornél dr., Major Ferencz dr., Müller Kálmán dr., Pauer Károly dr., Poór Ferencz dr., Ritóok Zsigmond dr., Rottenbiller Ödön dr., Stiller Bertalan dr. és Wenhardt János dr. A választás után banket volt.

× A Bókai-szoboralapra befolyt adakozások és gyűjtések III. kimutatása: Neubauer Lajos dr. (Szepes-Igló) gyűjtése 400 kor. (Neubauer L. dr., Münnich Kálmán, Igló város közönsége, Klug Ottó, Szepesi XVI. városi takarékpénztár, Klug Nándor, Simenszky dr., Schwartz Lajos, Gärtner Kálmán, Széll Ödön, egyenkint 20 kor. Ujtelyk Miksa dr., Topscher György, Pákh Károly, Gotthard Albert, özv. Kalmár Bertalané, Teschler Antal dr. Lehóczky Jenő, Münnich B. Julia, özv. Scholtz Gusztávné, Marczek Andor, Windt Imre, Jantner Armand, Münster Sándor, özv. Scherffel Tivadarné, egyenkint 10 kor., Ritter Sándor 15 kor., Buxbaum dr., Széll Gyula dr. 6—6 kor., Korach dr., Scholtz Valerie, Trompler János, Mosz Lajos, Glós E., Schmör és Fest egyenkint 5 kor., Leschinsky Emma 3 kor.); Moskovitz Ignác dr. 10 kor., Péteri E. 1 kor., Kármán Samu dr. 20 kor., Rózsa Imre dr. 10 kor., Brém János dr., 10 kor., Feja Ferencz dr. (Besztercebánya) gyűjtése 32 kor. (Feja F. dr. 10 kor. Raitsits Lajos dr. 4 kor., Bothár S. dr., Schwarz S. dr., Grün Jakab dr., Kollár Kamill dr. 3—3 kor., Kolezonay Ernő dr., Kostialik Ferencz dr., Kresmery Cyrill dr. 2—2 kor.); Tellyesniczky Kálmán dr. 5 kor., Péchy Henrik dr. 1 k., G. Gy. 4 kor., Szász Adolf dr. (Debrecezen) gyűjtése 37 kor. (Kenézy Gyula dr. 5 kor., Brunner L., Bruckner Ernő, Altmann Béla, Balkányi Ede, Somogyi Zoltán, Czakó Zs., Hütter Károly, Tüdös Kálmán, Varga Emil, Balkányi Emil, Engel Ignác, Isoó I., Szenes Zs., Strelinger Gy., Kiss Gyula és Horváth K. dr.-ok egyenkint 2 kor.); Kozma

Andor gyűjtése 115 kor. (E. m. ált. bizt. társaság 50 kor., Kozma Andor, Ormódy V. 10—10 kor., B. A., Szende Károly, Hajduska Alb. dr., Hajduska Emil, Földváry Emma, Földváry I., Székely Fer. 5—5 kor., Ágai Adolf 4 kor., Takács, Kende 3—3.); Thanhoffer Lajos dr. gyűjtése 65 kor. (Thanhoffer L. dr. 20 kor., György G. dr. 5 kor., Szalay Elza 4 kor., Tóth Zs. dr., Tóth Jenő dr., Szakács János dr., Mitterdorfer Aurél, Rerich F., Menyhért V., Zilahi Kiss E., Zoltán Elek, Szalkay Melitta, Fischer I. L., Korányi Fer., Menyhért I., Kórtás R., John Szidi, ifj. Liebermann Leó, Hartmann Lajos, Schwartz J., Hammer Dezső egyenkint 2 kor.); Jendrassik Ernő dr. 50 kor., Deutsch Ernő dr. gyűjtése 340 k. (Deutsch E. dr. 60 kor., Deutsch Ernő dr. 20 kor., Hauser Ilka 60 k., Thék Endre 50 kor., Orsz. Süketnéma-intézet 40 kor., Izr. Fiárvaház 30 kor., Aldor Lajos dr., Baranyai V. dr., Tauszk Ferencz dr. 20—20 kor., Baumgarten Egmont dr. 10 kor., Glück Gyula dr., Zoltán Béla 5—5 kor.); Dollinger Gyula dr. 50 kor., Grünwald Mór dr. 40 kor., ivén: Frigyesi József dr. 5 k., özv. Kozma Ferenczné 20 kor., Perczel Ferenczné 30 kor.; Batizfalvy Sámuel dr. 20., Novotay Lajos dr. 50 kor., Baumhorn A. dr. 3 kor., Dieballa Géza dr. 10 kor.; az előző kimutatásokban közölt 2941 koronával együtt összesen 4269 korona. Ugy az egyes adakozóknak, mint a gyűjtőknek ez úton is őszinte köszönetet mondunk. A Bókai-szoborbizottság nevében Bauer L. dr. elnök, Linsbauer R. dr. pénztáros, Faludi Géza dr. ellenőr.

— Mihalkovits Géza mellszobrának leleplezési ünnepélye június hó 2-án, vasárnap delelőtt 11 órakor a IX. ker. Tízoltó-utcai (58. szám.) új boncztani épület nagy termében és az intézet kertjében fog megtartatni, melynek lefolyásáról jövő számunkban fogjuk olvasóinkat értesíteni.

× Képesített törvényszéki orvosok. A f. évi áprilisban és májusban Budapesten és Kolozsvárott tartott törvényszéki orvosi vizsgálatok alkalmával törvényszéki orvosi képesítést nyertek a következő orvosdoktorok: Deák Ignác dr. újvidéki gy. orvos, Schaffer Oszkár dr. pesti szt. István-kórházi alorvos, Schwarz Károly dr. szt. Rókus-kórházi orvosgyakornok, Szigeti Gyula Sándor kaposvári kórházi igazgató főorvos

× Az orvostanhallgatók segélyző és önképző egyesülete önképző alosztályának április 13-diki ülésén Kentler Gyula IV. éves oth. tartott felolvasást „A gégetuberculosis”-ról, az április 20-diki ülésén pedig Schadt Márton IV. éves oth. értekezett „A női genitáliák mesterséges eltorzításáról ethnographiai szempontból”.

— Kerületi orvosok társasága alakul a terézvárosi kerületben Klein Fülöp, az erzsébetvárosi kerületben Jurking Emil elnöke alatt.

△ Földorvosi gyakorlatát Csérei János dr. Bártfán megkezdette

— Schordann tetemeinek új sírba tétele. A 40 év előtt elhalt és a kerepesi úti temetőbe eltemetett Schordann tanár tetemeit a budapesti egyetem orvostanár-testülete — miután azon temetőrészt, a hol nevezett tanár eddig feküdt, felhagyatják — új sírba helyezte el. Az exhumálásnál Török Aurél és Thanhoffer Lajos tanárok voltak jelen. Az új sír a Deák-mauzóleum közelében van és újonnan lesz felszítve. Az orvosi kar e kegyelele régt elhunyt tagja földi maradványát iránt hálás és kötelességszerű megemlékezés azon jótéteményekért, a melyekben Schordann a magyar orvosi oktatás ügyét gazdag végrendeleti hagyományával részesítette. Ő ugyanis összesen 119,900 frtnyi hagyatékából 54,155 frtot bocsátott az orvosi kar rendelkezésére mint alapra, szegény tanulók segélyezésére, szegény tanulók szigorlati kölcsönére, ifjú orvosdoktorok utaztatás alapjára és az élettani intézet kiadásainak részben való fedezésére. E negyven év folyamán számos, közöttük nem egy kiváló és később magas társadalmi helyzetbe jutott tagtársunk élvezte az alapítvány jótékonyágát, élettani intézetünk évi szükségletének pedig állandó kisegítője. Új nyugalmi helyét nem muló hálás emlékeztünk koszorúzza!

— Fürdőink látogatottsága. Szilvács: V/26. 94.

— Megjelent: Nagy képes világtörténet 115. és 116. füzetei Szt. László ereklyéről szól. Ára egy füzetnek 60 f.

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



## Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénés iszapfürdő, melynek 520 m<sup>2</sup>-méter nagyságú természetes forrásmedencében az ásványvíz naponként négyszer megújul, locais iszapborogatások. Minden nemű gyógy- és üdülő-fürdők. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

**A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.**



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XVI. rendes ülés 1901. május hó 18-dikán.) 375. lap. — Közkórházi orvostársulat. (VIII. bemutató ülés 1901. évi április hó 10-dikén.) 376. lap. — (IX. ülés 1901. évi április hó 24-dikén.) 377. lap. — Személyek külföldi tudományos társulatok üléseiből. 378. lap.

### Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVI. rendes ülés 1901. május 18-dikán.)

Elnök: Klug Nándor. Jegyző: Wenhardt János.

Elnök az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Szontágh Félix, Neubauer Adolf, Leitner Vilmos tagtársakat.

#### A vörhenyes izületgyulladás késői alakjának nyolcz esete.

Szontágh Félix: (A „Gyermekgyógyászat” egész terjedelmében közölni fogja.)

Bókey János: Örvendek, hogy előadó úr azon nézetemet, melyet 15 év előtt megjelent közleményemben közzétettem, méltatta. 1886-ban megjelent dolgozatomban ezen synovitis scarlatinosa osztályoztam és azt látom, hogy az gyakorlati és prognostikai szempontból bevált, különösen érdekesek azon esetek, melyek polyarthritiss scarlatinosa, jobban: synovitis multiplex scarlatinosa név alatt ismeretesek. Ennek két alakja van: az acut és subacut alak. Az acut esetekre nézve ellentétes adatokat találunk. Míg ugyanis a szerzők egy része osztja a Trousseau és az én nézetemet, mások következetesen azonosítják a polyarthritiss rheumaticával, tévesen, mert mint annak idején bőven kifejtettem, a kettő közt a főkülönbség abban rejlik, hogy eltekintve attól, hogy a synovitis acuta scarlatinosa multiplex enyhébb lefolyású, a synovitis scarlatinosa acuta fix és recidivára nem hajlamos.

A másik alak a subacut, illetőleg chronikus lefolyású, mely esetleg tumor albusba is átmeny. Ugyanúgy fejlődik, mint az acut s csak a lefolyása vonatott.

És hogy elég sűrűn fordul elő, mutatja hasonlókép, hogy a synovitis scarlatinosa a polyarthritissal nem függ össze. Ez a therapiában felette fontos, mert ily körülmények között a salicylkészítményektől prompt hatást a polyarthritiss scarlatinosa-nál nem is várhatunk.

#### Csecsnújtvány radical mütéte és ennek kapcsán végzett plastica esete.

Neubauer Adolf: A conservativ therapiával daczoló idült dobíri genyedészeket az utóbbi időben sebészileg gyógyítjuk. Miután a Schwartz által ezen célra ajánlott és a fülorvosok által hosszú időn át gyakorolt tipikus felvésése az antrumnak elégtelennek bizonyult, egy másik mütéti eljárás honosodott meg, melyet ma általánosan radical-mütétnek vagy teljes felvésésnek (Totalaufmeisselung) nevezünk. E mütéthez mint ilyenhez az első biztatás Küster-től indult ki, ki azon alap-gondolatból kiindulva, hogy egy észszerű sebészeti eljárásnál a esontot szélesen kell feltárni, a genyeforrást oly tökéletesen kell szabadá tenni, hogy a geny lefolyásában sehol se akadályoztassék, ajánlotta, hogy ezen mütéteknél a külső hangvezető hátsó fala is elvétessék. Küster ajánlatát Bergmann juttatta először kivitelre, majd bővebben tárgyalta azt Zaufal, ki az atticus, aditus ad antrum és az antrum együttes szabaddá tételét Zaufal-féle mütétnek kívánta nevezni. A radicalmütét körül két fontos újítást ajánlott Stacke. Egyik abban állott, hogy ő a esontüregek feltárásánál belülről kifelé halad és pedig a membranosis külső hangvezető leválasztása után a dobír külső falát vési keresztül s az aditus ad antrumt át egy a saját nevére elnevezett, Stacke-féle védőt vezet az antrumba és e védő mentén vési fel az üregeket. Ezen eljárásnak azért tulajdonít fontosságot, mert az ily módon történt felvésésnél lehetetlen a sinus transversust, durát, tömkeletet és a facialis ideget megsérteni. Stacke-nak a radical-mütét körül szerzett második leg-alább is oly nagy érdeme abban áll, hogy ő a membranosis külső hangvezető hátsó és felső falából egy lebenyt készített s azt az antrum seb-felületére tamponálva odanövesztette. E transplantationnak kettős célja van: először, hogy ez által a csecsnújtványüreg és külső hangvezető között egy állandó és bőrrel fedett nyílást nyerünk, másodsor ezen transplantatio által az ejtett sebfelület egy része hámmal borittatik, mely hámréteg egyszersmind kiindulási pontot képez a sebfelület többi részé-nek hámosodására. A Stacke-féle transplantatio módosításokat eszközöltek Panse, Körner, Schwartze, Siebenmann, Kretschmann, Jansen, Passow és mások. Ha tudjuk, hogy a transplantatio által az utókezelés ideje rövidebb lesz és hogy az utókezelésnél beállható külső hangvezető stricturáját a transplantatio által könnyen elkerülhetjük, úgy be kell látnunk, hogy a transplantatio eszméje Stacke kiváló érdeme s hogy a transplantatio a radical-mütétnek mai nap egy nagyon fontos és el-engedhetetlen alkotó része.

A transplantatio eme előnye tudatában a radical-mütétnek ezen fontos alkotó részét bemutató esetemben sem akartam elhagyni. De hiányzott az erre rendezes felhasználandó membranosis külső hangvezető, miért is egy ezen célra felhasználható lebenyről kellett gondoskodnom. Legalkalmasabbnak erre jelen esetben a fülkagyló bőrfelületének egy részét találtam, mi, mint az eset mutatja, a kitűzött ezélnak teljesen meg is felel. Az eset a következő:

K. I., 2½ éves, egészséges szülők gyermeke, márczius hó 28-dikán

kereste fel a Bródy Adél-gyermekórház rendelését anyja által előadott ama panaszszal, hogy a gyermek 1½ év előtt minden előző fertőző meg-betegedés nélkül jobboldali genyes füllobot kapott, mely fülgenyedés a mai napig több ízben, de mindéig eredménytelenül gyógykezeltetett. A gyermek az utóbbi napokban nagyon nyugtalan, lázas, rosszul alszik, a fülből kiömlő váladék mennyisége feltűnően nagy és véres színezetű. Vizsgálatnál kitűnt, hogy idült dobíri genyedés kapcsán facialis paresis mellett empyema antri mastoidei esete áll fenn, miért is rögtön mütétet ajánlottam. Grosz Gyula főorvos szívessege folytán márczius hó 28-dikán felvételtem a gyermek a Bródy Adél-gyermekórházba és annak mütő-termében a gyermekem még aznap csecsnújtvány radical-mütétet végeztem.

Narkosisban a jobb fülkagylóval párhuzamosan, mindjárt a trans-plantatio gondola, attól jó centimetryre egy a linea tempo-ralisnál kezdődő és a csecsnújtvány csúcsáig terjedő bőrmetszést végeztem, a midőn is kitűnt, hogy a külső hangvezető hátsó és felső membranosis része teljesen, a külső hangvezető hátsó csontos fala pedig részben hiányzott. Magában a külső hangvezetőben a kagyló leválasztása után három lencsenagyságú necrotizált esontdarabot találtam, dobhártya, kalapács és illő teljesen hiányzott.

Ezek után Stacke szerint feltártam az üregeket, hol mindenütt bűzös genyes váladékra akadtam. A csecsnújtványüreg feltárása és ki-kaparása után hátramaradt még a transplantatio végzése. De miután a külső hangvezetőnek ezen célra használható membranosis fala hiány-zott, ennek helyettesítésére, mint már említém, a fülkagyló egy részét használtam fel. A fülkagyló mellső részének közepén, egy vonalban a külső hangvezető felső falával, egy egész a fülkagyló közepéig terjedő hosszmetzést végeztem és erre függélyesen egy körülbelül 2 cm. hosszú lefelé terjedőt. Így egy háromszögletes lebenyt nyertem, melyről a hátsó bőrlébenyt és a porcot leválasztottam és a porcotól ment elülső bőr-lebenyt az ejtett esontsebfelület hátsó és alsó felületére illesztettem s azt két varrattal a retroauricularis bőrhöz erősítettem. A fülkagylónak megmaradt alsó részét a retroauricularis tájat fedő bőrrel egyesítettem. Az első kötésváltoztatást a hatodiknapon eszközöltem, midőn a varratokat is eltávolítottam. Az akkor megejtett vizsgálatnál kitűnt, hogy a csecsnújtvány üregébe transplattált lebeny szépen tapadt.

Igy elértem egyrészt azt, hogy minden diformitás nélkül az ejtett sebfelület egy részét hámréteggel fedtem be, a csecsnújtványüreg és a külső hangvezető között egy állandó és bőrrel fedett nyílást kaptam, másrészt elég tág külső hangvezetőt nyertem, melyen keresztül az üreg jól áttekinthető, sőt esetleg kezelhető is.

#### Az újszülöttek genyes szemgyulladásának megelőzése.

Leitner Vilmos: A különböző óvóeljárások mérlegelése után előadó azon következtetésre jut, hogy a Credé eljárása ma is még a legmegbízhatóbbnak tekintendő. Az általános alkalmazása ellen többek részéről hangoztatott azon aggodalmat, hogy a baba nem elég ügyes és értelmes ahhoz, hogy az argentum nitricum-beceppentéseket végezhesse, nem osztja. Véleménye szerint az ezen eljárásra betanított baba könny-nyebben és jobb eredménnyel gyakorolhatja a Credé módszert, mint a szem külső megtisztogatását, a mely még zárt intézetekben is, az összes kautelák betartásával sem oly megbízható, mint az előbbi. Mi-után az argentum nitricum prophylacticus beceppentésétől maradó káros hatást soha senki sem látott, az eljárás maga pedig semmivel sem kíván több kézi ügyességet és képzettséget, mint az, a melyet a bábára eddig is rábíztak, kijelenti, hogy a Credé módszere nyugodtan adható a be-tanított baba kezébe.

A Credé eljárását obligálnak ajánlja a bábákra nézve oly ér-telemben, hogy a baba minden esetben köteleztesk a beceppentésre, midőn egyedül működik; ha azonban a szülésnél orvos is van jelen, akkor a beceppentés az ő felelősségére elmaradhat.

A prophylaxis biztosítására üdvös intézkedésnek tartaná, hogy az újszülöttek szemét fenyegető veszedelemről a közönség rövid és könnyen érthetően megirt ismertetésekben felvilágosíttassék.

Singer Hugó felemlíti a Tarnier klinikáján Párisban szokásos eljárást, mely szerint az újszülöttek kötőhártyaszákja 10/00-es acidum nitricum-oldattal öblittetik ki irrigator segélyével; eredményei job-bak a Credéinél.

Tauffer Vilmos felemlíti, hogy klinikáján sok ezer esetet kezeltek Credé szerint és ophthalmoblenorrhoeát alig látnak már. A belgy-ministerium által kiadott népszerű ismertetés felőleli a terhességet, szülést, gyermekágyat, gyermekápolást és ebben van némikép szó az újszülöttek szeméről is. Ez a népszerű füzet 70,000 példányban jelent meg és terjesztetik a nép között az anyakönyvvezetők, községi és kör-orvosok útján. Persze, specialis szemészeti utasítás még jobb volna, de akkor a mesterséges gyermektápálás, hasmenés és más betegségek leírása és ismertetése is jó volna. A hól a diplomás bábát tanítják, ott kitanítják az argentum nitricum beceppentésére is, és pedig úgy a bábatanintézetekben, mint a másodrendű bábaiskolákban.

Grosz Emil: Abban látja előadó előadásának punctum salientét, hogy a Credé-féle eljárást a gyakorlatba belevinni óhajtja, szemben azon



eljárással, mely az 1893-ban kibocsátott rendelet szerint a carbolos vízzel való kimosását a szemnek teszi kötelezővé a bábára nézve és a Credé-féle eljárást az orvos által ott rendel el, a hol az anya gonorrhoeája constatalva volt. Kérdés, reábizható-e ez a bábára? Előadó azt tartja, igenis, mert ha a catheterezés reábizható, a szemmosás reábizható, reábizható a becseppentés is.

A szemorvosok, kik a súlyos eseteket látják, követelik a biztosabb eljárást, mely, mint Tauffertől hallottuk, az ophthalmoblenorrhoeát oly ritkává teszi. Szóló kénytelen előadó álláspontjára helyezkedni és kéri, hogy a rendelet a Credé-féle eljárást tegye kötelezővé.

A népszerű utasítást illetőleg Magyarországon már 1868-ban adtak ki ilyent a blennorrhoea neonatorum elleni védekezés ügyében; 1882-ben szintén magyar, német, oláh nyelven; majd 1893-ban jött ki a már többször említett rendelet.

Mohr Mihály felemlíti, hogy a szemészeti ambulantiáknak jelentékeny részét képezi az ophthalmoblenorrhoea neonatorum. Szólónak a Bródy Adél-gyermekkorház fennállása óta 252 esete volt, a mi megfelel 4-20%-nak. Ezek közül 19 jött már complicatioval = 7-50%. A complicatiók között csak egy volt két napos beteg, a többi egy hétnél idősebb volt — rendszeren két-három hetes korú. Rendszerint a bába az oka annak, hogy későn hozzák. A bábaitást ezért okolni nem lehet, de a bábákat ilyen esetekben a tisztí orvoshoz meg kell citáltatni és megdorgálni.

A bejelentendő betegségek között az ophthalmoblenorrhoea nincs felsorolva, pedig nem kevésbé fertőző, mint a trachoma. Szóló ennek daczára bejelenti az ophthalmoblenorrhoeát is és a bejelentő lapon jelenti fel az esetleg hibás bábát is. Kivánatosnak tartja, hogy a bába legyen köteles a szemgyuladást bejelenteni, miáltal a tisztí orvos figyelme fel hívja, esetleg ő figyelmeztetheti a szülőt az orvoslás szükséges voltára.

Steiner Gyula megerősíti a Mohr által felhozottakat, mert a poliklinikán nyolcz éven át számtalan szerencsétlen esetet látott, melyekben a bába elmulasztotta figyelmeztetni a szülőket a bajra. Ezért ajánlja, hogy a bábák figyelmét erre felhívják.

Tauffer Vilmos: Steinerrel szemben felhossa, hogy a bábákat mindig kitanítják az újszülöttek szemgyuladására. De tanítják az orvosoknak is, hogy a carcinoma uteri nagy betegség, korán kell gyógyítani és mégis az ambulantiára kerülő carcinomás betegek nagy része elkésve jő, alig 10%-ot lehet meggyógyítani, míg nyugaton 50-60%-ot képesek meggyógyítani az által, hogy idejekorán küldik szakorvoshoz őket.

Nem a tanároknak mulik, hogy tanításukat nem fogadják meg.

Bókay János évek óta foglalkozik bábák oktatásával, kiknek a csecsemő ápolását adja elő. És egy órában kizárólag a szem ápolásával foglalkoznak, a mikor is az ophthalmoblenorrhoea neonatorumra külön felhívják figyelmüket. A bábavizsgákon is szigorúan kérdezik ezt.

Steiner Gyula szerint szigorú rendszabályokat kell alkalmazni a lelkiismeretlen bábák ellen, hogy megszüntessük káros működésüket e téren.

Leitner Vilmos zárszavában felemlíti, hogy az ophthalmoblenorrhoea elleni intézkedéseket, különösen a mi klinikánkat illeti, koránt se tartja befejezetteknek. Még sok mindenféle módot fognak megpróbálni, és ez kivánatos is, de a Tarnier-féle eljárás, mely a klinikán beváltak, nem való a bába kezébe. A bábamiseriákat ismeri, de a bábaképzést néhány lelkiismeretlen bábáért nem lehet felelőssé tenni. Köszöni Tauffer közlését, hogy a bábák végzik a becseppentést; szóló előtt csak az 1893-diki rendelet lebegett a carbolos kimosásról. A Grósz Albert 1868-diki leírása az idők folytán változást szenvedett és módosult. Ujbból örömmel vesz tudomást Tauffer közléséről.

## Közkórházi orvostársulat.

(VIII. bemutató ülés 1901. április 10-dikén.)

Elnök: Bradách Antal. Jegyző: Terray Pál.

(Vége.)

### Myotomia két esete.

Bácker József. I. G. Jánosné 6-szor szült. Utoljára 20 év előtt. 16 év óta hasában egy daganatnak lassú növekedését észlelte. Mult év novemberében volt az utolsó periodusa s ebből, tekintve, hogy 51 éves, a climacterium beálltára következtetett. Csakhogy daczára a periodusok kimaradásának, rohamos növekedésnek indult a hasa, úgyanyira, hogy mint napszámos asszony munkaképtelen lett. Bajától szabadulandó, előadó osztályára vettette fel magát.

Vizsgálatnál egy a hasat teljesen kitöltő, meglehetősen kemény (bár helyenként puhább) gumbólyded tumort találtak, mely a mennyire a hasfalakon át kitapintható, a jobbra tolt uterus bal szelével szélesen függ össze és mérsékeltlen mozgatható.

A daganatot alakja és consistentiája alapján fibromának tartották, bár azon körülmény miatt, hogy helyenként puhább consistentiájú és a climaxban indult rohamos növekedésnek, az ovarialis tumor sem volt teljesen kizárható.

De mindenesetre indikálta a műtétet, mely márczius 14-dikén történt, a munkaképtelenség.

A műtétet kissé nehezítette a hasfalak vastagsága. A daganat fibromyomának bizonyult s a supravaginalis amputatio műtétével lett eltávolítva. Súlyja 7310 gr. Kitünőnek bizonyult az esetben is a Doyen-

féle csavaralakú daganatkiemelő. A műtét kapcsán a kis ökölnyi köldöksérvet resécálták a belenőtt tenyérszi csepleszrészszel együtt s az, után, bár bemutató nem híve, tekintettel a hasfalak vastagságára, rétegesen zárta a hassebet. A reconvalescentiát csak az első hét vége felé zavarta meg párnapos, 39°-ig emelkedő, egy kis hasfali abscessussal kapcsolatos hőemelkedés, melynek helye még ma is sarjadzik.

Ezen esetnek érdekességét az kölcsönöz, hogy a climax beállta után indult a daganat növekedésnek és abszolút nagysága által indikálta a műtétet.

A felvágott daganat oedemás s így megmagyarázza a helyenként észlelt felpuhulást. Szövettanilag még eddig nem vizsgáltatott.

2. Gy. Mihályné 40 éves nő, ki már négyszer szült (utoljára 8 év előtt), f. é. márczius 4-dikén vétetett fel az osztályra.

Mult év júliusa óta hasfájdalmi vannak a nő a hasa. Augusztusban volt utolsó periodusa. Mostanában hasának növekedése rohamosabb, lélegzete nehéz, étvágytalan, testsúlyban fogy.

A vizsgálat kiderítette, hogy egy turkestán nagyságú, a cervix hátsó falában helyet foglaló daganat kitölti a kis medenczét, fel és bal oldalra tolja a körülbelül 6. hóban terhes méhet. A cervixdaganat kiemelhető nem lévén, a szülést még koraszülés alakjában sem engedte volna meg. Két út állott előtte: vagy megvárni a magzat életképességét s sectio caesarea kapcsán távolítani el a tumort, vagy pedig azonnal extirpálni a tumort a méhvel együtt.

Tekintettel arra, hogy a tumor máris igen sok kellemetlenséget, nehézlégzést és étvágytalanságot okozott, a beteg és környezete az azonnali beavatkozást sürgették, mely f. hó 10-dikén történt.

Nagy hasseben át kigördítették a méh a tumorról együtt, lekötötték mindkét ligamentumot, a tumor felett harántirányban felhasították a peritoneumot, mire szépen kifeslett a daganat.

Supravaginalis amputatio s a csont kiégetése után a daganat ágyát 4 dohányzacskó-varrattal összehúzták s az egész sebfelületet peritoneummal fedték.

Műtét után a beteg hőmérséke 36.5-37.5° között ingadozott. Eleinte néhányszor hányt. Pulsusa kezdetül 100-116 között. Mindjárt másodnap iterus lépett fel. Harmadnap beöntésre széke volt. Negyednap has kissé puffadtabb, de közérzet elég jó, este 1/2-10-kor hirtelen collapsus lép fel és két óra alatt bekövetkezik az exitus.

A hullát vidékre szállították s a sectiót nem engedték meg a hozzátartozók. Csupán a hasvarratokat megnyitva constatalhatták egy kisköki peritonitis jelenlétét és így a halálokat sepsisben kell keresni.

Mindennek daczára érdekesnek tartja szóló a készítmény bemutatását, mert a fibromás graviditas mindig megérdemli az érdeklődést.

Rövid idő alatt ezen eset a harmadik kórházi anyagában. Az elsőt a gynaekologikus szakosztályban mutatta be előadó. Ott subserosus corpus fibroma miatt történt a supravagin. amputatio. A műtét indicatióját a beteg fulladozásai adták meg. Az eset gyógyult. A második e nemű esetben a graviditas végén bekövetkezett szülés derítette ki, hogy a hátsó ajk beszorult fibromája absolute lehetetlenné teszi a magzat kinyomulását. Ez esetben sectio caesarea kapcsán castratiót végeztek. Anya és magzat életben maradtak.

### A trachoma-kezelés technikájához.

Goldzieher Vilmos: A trachoma örömi elveken alapuló kezelési módszerei közül a conjunctiva kihengerezése vagy kimángorlása Knapp szerint joggal előkelő helyet vívott ki magának. Azon bonczati tényből indul ki, hogy a trachoma korai stadiumában, azon időben, mikor kiterjedt hegeseések és zsugorodások még nem léteznek, egy igen sejtűs kocsonyás infiltratio van a kötőhártya szövetében, mely infiltratum részint diffuse a kötőhártya megvastagodását feltételezi, részint határolt sejthalmazok (folliculusok, göbök) alakjában a nyálkahártya niveauja fölé emelkedik. A tapasztalat azt tanította, hogy nyomás által ezeket a kocsonyás tömegeket kiüríthetjük és hogy eltávolításuk után a nyálkahártya megint rendes állapotához visszatérhet. A nyálkahártya kiürítés (expressio conjunctivae) különféle módon történhetik, ép úgy a hüvelykujj körmével, mint különféle formájú pince-ekkel. Legalaposabban történik azonban a kiperéselés a Knapp által konstruált hengeres pince-szel (1892), melylyel alkalmas esetekben a kötőhártyát egy ülésben felszabadíthatjuk a kocsonyás beszűremkedéstől. Ezen operatiót a nevezett műszerrel sok esetben végezte előadó és olyan tiszta, tökéletes és gyors gyógyulásokat ért el, melyek kívánni valót nem hagytak hátra. Azonos itéletet mondanak más klinikusok is, példának okáért Knapp-on kívül Schmidt-Rimpler és Kuhnt. És ha a Knapp-féle kihengerezés még nem lett a gyakorló orvosok közkinésévé, annak lehet tulajdonítani, hogy az operatio igen fájdalmas. Már Knapp azt a tanácsot adja, hogy az operatiót chloroform-narkosis alatt végezzük. Előadó tapasztalatai szerint a cocain becseppentése a kötőhártyára a fájdalommaságot nem enyhíti tetemesen s már előfordult, hogy erős emberek a cocain becseppentés ellenére operatio közben elájultak. Könnyen megmagyarázható tehát, hogy nemcsak gyakorló orvosok tartózkodnak a műszertől, hanem tapasztalt klinikusok is a körmökkel való expressiót többre becsülik és inkább többször operálnak, mintsem hogy a beteget ilyen fájdalomnak kitegyék. Maga Knapp tanár, a műszer feltalálója nem régebben az operatio nagy fájdalommaságát elismerte és a súlyos esetek részére a chloroform-narkosist követelte.

A következőkben szóló egy igen egyszerű eljárást szándékozik leírni, mely a kihengerezést kísérő fájdalommaságot teljesen megszünteti, úgy hogy az operatiót minden gyakorló orvos a legesekélyebb nehézség nélkül is végezheti. Ez az eljárás olyan egyszerű, hogy joggal csodálható, hogy eddigelé alkalmazva nem volt.



Ezen eljárás abban áll, hogy egy 3%-os cocain-olajat a kötőhártya alá fecskendezünk és pedig pontosan a tarsus és fornix határára. A befeckendés következtében még azt az előnyt is nyerjük, hogy az átmeneti redő mesterségesen hydropikusává válik, miáltal a redők kisimulnak és a nyákhártya felszíne nagy terjedelemben kitölül úgy, hogy a kocsonyás infiltrációkat az elrejtett fészkekben is könnyen láthatni.

A cocain befeckendezése által az egész szemhéj annyira érzéketlenné válik, hogy nemcsak az expressiót fejzhetjük be alaposan, hanem mellékes operációkat is, mint kimetszéseket, varrásokat is könnyen lehet végezni.

Számos tapasztalata alapján mondhatja előadó, hogy a Knapp-féle expressio nemcsak igen alapos, hanem kiméletes módszert képvisel és hogy eddigelé rossz következményeket még nem látott.

A kötőhártya megrövidüléseit könnyen el lehet kerülni gondos utókezelés mellett.

Előadó két beteget mutat be, kik a trachoma folliculare leg-súlyosabb alakjában szenvedtek, kiknél a Knapp-féle kihengerezés a leirt cocain-anaesthesia mellett teljesen normalis tarsust hagyott hátra

(IX. ülés 1901. április 24-dikén.)

Elnök: Mutschenbacher Béla. Jegyző: Terray Pál.

Elnök az ülést megnyitja. A jegyzőkönyv hitelesítésére felkéri Mohr Mihály és Prochnov József tagtársakat.

#### Teljes orrplastika.

Prochnov József: S. Dezső, 23 éves, vasöntő, felvételt 1900. április 24-dikén a szt. Margit-kórházba.

Lucs következtében támadt orrhiánya. Elpusztult a sővény is, kagylók, a lágy szájpad s részben a kemény szájpad.

Műtét 1900. június 29-dikén. Metszés az orrhiány mindkét szélén, a metszések az orrtővön találkoznak. A lágyrészeket kissé bekészítette, hogy sebvályú képződjék; az orrtővi lágyrészt pedig kis háromszögletű lebeny alakjában leválasztotta s lefordította; lent a hiány labialis szélé közepén, a hová a sővényrész kerül, szintén kisebb háromszögletű lebenyt készített, melyet felhajtván, a felső lefordított lebenyvel — bár nem értek egészen össze — varrattal kötött össze. Ezután a homlok jobb feléből kimetszette az előbb kimintázott bőrcsonthártyalebenyt s lehajlított. A homloksebet néhány varrattal lehetőleg kisebbítette, a leelőgő bőrcsonthártyalebenyt bevarrta az orrhiány széléin képzett sebvályúba, a sővényrészt pedig a labialis szél közepén ejtett sebbe. A felső háromszögletű lebeny jó bélést adott a homloklebeny felső részének, az alsó lebenyke pedig — miután később az összekötő fonál eltávolított — a sővényréshez nőtt.

A lefolyás zavartalan volt, keringési akadály nem mutatkozott s a beteg gyógyultan távozott a kórházból szeptember 1-sején.

Azóta körülbelül egy éve mult s a képzett orr, mondhatom, alig zsugorodott; a homloklebeny lefordításánál baloldalt, a belső szemzúgnál képződött kitiiremlési redő még idáig sem simult el.

#### Sérvtömlő lobja.

Prochnov József: A szt. Margit-kórházban három év alatt 18 sérv operált meg; ezek közt volt 10 szabad (mind lágyéksérv), 6 kizárt (5 lágyék-, 1 czombsérv) és 2 lobos sérv. Utóbbiak közül egy meghalt, a többi 17 meggyógyult.

A lobos sérv, mint casuistikus érdekesség, felemlítésre méltó.

G. György, 30 éves, napszámos, felvételt a szt. Margit-kórházba 1900. április 6-dikén. Felvétele előtt két nappal lett rosszul, étvágytalan lett, hasfájdalmi támadtak, hányt. Jobboldali régi lágyéksérv van, de ez könnyen visszatolható. Felvételekor kiskokú hőemelkedése van (38°). Április 8-dikéről 9-dikére eső éjjel kinyomul sérv s ez most már nem megy vissza, vissza sem helyezhető. Kizáródás tünetei, mint szék- és szélrekedés lépnek fel s miután másnapra sem állott be javulás, április 10-dikén a nála szükséges műtét beavatkozás hajtattott végre.

Bemetszés a sérvtömlőig, melyet a seb tágitása után izolált. A tömlő mint egy körtekepű daganat tűnik elő, de tapintással nagyon vastagodottnak tetszik, tartalmat benne kitapintani nem lehet. Így tehát rámetsszel nyitom meg a körülbelül ujjnyi vastag tömlőt, a mikor tiszta, sárga savó ürül ki üregéből, benne semmi sincsen. Ujjal a hasüreg felé akarván a kapun át hatolni, a tömlő összenövésével az út el van zárva s csak erősebb ujjnyomásnak enged, a mikor az ujj a szabad hasürbe jut, s ott rendelkezés nem talál.

A tömlőt ezután magasan, a hol fala vékonyabb is volt, lekötötte s eltávolította s a sebet mélyebb és felületesebb bőrvarrattal bezárta.

A bántalmat tehát legáltalában a sérvtömlő lobjának lehet elnevezni. A régebben fennállott mozgó sérv mellett talán traumás izgatás folytán eleinte lassan lobosodott s vastagodott meg a tömlő; egyszerre acutabb jelleget öltött a lob a sérvnyakon, a tömlőfal összetapadásával a tömlő ürege a hasüreg felé elzáródott s az izzadmány a tömlő üregében meggyűlt, így egy kizárt sérv képét tüntette fel.

A lefolyás a sebzést illetőleg zavartalan volt; gyógyultan távozott a kórházból május 14-dikén, de — a mi gyakori tapasztalat — fonalgenyedés halasztotta a teljes gyógyulást, többször hosszabb időközben képződött tályogja, mely a fonal eltávolodásával gyógyult. Ennek tulajdonítható, hogy a sebvonalban diastasis lépett fel s ő kénytelen sérvkötőt hordani.

#### Typhosus belátfúródás sérvtömlőben. Bélresectio. Halál.

Prochnov József: B. István, 34 éves, napszámos, felvételt 1900. május 28-dikén a szt. Margit-kórházba. A beteget elosott állapotban hozták a kórházba. Kérdésekre zavartan felel. Hőmérséke 40°, hasa igen fájdalmas a legesekélyebb érintésre. Csuklik, hányingere van. Kórelőzményül azt lehetett megtudni, hogy két hét óta beteg, hasmenése volt, két nap óta szék- és szélrekedés állott be. Régi sérv van.

Vizsgálatnál kitűnt, hogy a jobb lágyéktáján, részben a scrotum jobb felére terjedve, férfőköllyi, elmosódott határú terimenagyobbodás van, mely felett a bőr piros, tapintásnál puha, szerzegő, helyenként hullámzó. Tekintve e leletet, legközelebb állónak látszott az a felvétel, hogy kizárt sérv van szóban, mely üszkösödésnek indulva, tályogképződéshez, sőt már hashártyalobhoz is vezetett. Igaz ugyan, hogy ezzel a felvétellel ellenmondásban áll az, hogy beteg két hét óta hasmenésben szenved s csak utóbb állott be rekedés. Mind a mellett a műtét beavatkozás sürgősnek, szükségesnek mutatkozott s az felvétele után még aznap délelőtti szülő által végrehajtott.

Bemetszés a sérvtömlőig. Ezt izolálni akarván, alsó része beszakad s a nyílásból sok büzös barnás-sárgás folyadék ürül ki.

A sérvtömlőt már most a seb egész hosszában felmett-zvén, azt találta, hogy a tömlő belső fala, valamint a benne fekvő bélkaes, melynek szárai egymással össze vannak tapadva, szennyes, sárgás-barnás lepedékekkel bevontak. A bélkaes mediális szarán lent, ujj számára könnyen átjárható, ezafatos szélű nyílás, a laterális szár felső részén, közel a kapuhoz a bélfal krajezárnny terjedelemben petyhüdt, vékonyodott, közel van az áttöréshez.

Ez a lelet valószínűtlenné tette, hogy kizárt sérv esete s a kizáródás folytán előállott bélüszkösödés forogna fenn. A beteg állapota minden esetre a műtét gyors befejezését tette szükségessé s javatnak tartotta a bél körülbelül 20 cm-nyi részletének csonkolását, mely az átfúródás helyét s az áttörésben levő helyet magába foglalta. Ennél a műtétnél előbbre is kellett húzni a belet s akkor az is kitűnt, hogy tág kapu van s a bél nines odatapadva. A csonkolt bélrészeket körkörös kettős varrattal egyesítette s úgy helyezte vissza a hasüregbe, hogy a csonkolt rész a kapuhoz közel fekdjék. A sebet pedig — kellő letisztogatás után — jodoformgázzal töltötte ki, csikot bevezetve még a sérvnyakba is.

Beteg állapota azonban a műtét után nem javult s este meghalt.

A boncolat, úgy mint a resecált bélkaes vizsgálata azután kiderítette, hogy tényleg hastyphus állott fenn; a belátfúródás egy ilyen typhosus fekélyből indult ki s innen terjedt el a halált okozó heveny hashártyalob.

#### A tenyéri aponeurosis retractioja psoriasis betegeknel.

Róna Sámuel: I. eset. K. S., 62 éves, napszámos, április 1-jén negyedszer vétette fel magát az osztályra.

Anamnesis: Állítólag három év előtt pinceszében, légvonatban, hideg vízzel dolgozván, felső végtagjai erősen áthűltek. Harmadnapra ezután nem bírta karjait emelni. Egy hónapig, mely idő alatt sem lobosodás, sem egyéb elváltozás nem látszott a végtagokon, nem tett ez ellen semmit. Csak ezután ment el a Lukácsfürdőbe, hol három fürdőre már karjait emelni tudta. Ezután három hónapra vette észre először a bal, majd egy hónap múlva a jobb kis és gyűrűs ujjak tenyer felé behajlását; ezeket lassanként a többi ujjak is követték.

Egyidejűleg ezen elváltozásokkal, és pedig először a tenyereken, majd a fejbőrön és fantájon kiütések léptek fel. Néhány héttel ezután jelentkezett az osztályon először tipikus psoriasis vulgarissal nevezett helyeken és Dupuytren-féle aponeurosis-zsugorral.

Azóta többször feküdt az osztályon és mindig csak ezen bajok miatt. A psoriasis legutolsó benntartózkodása alatt elmúlt, a zsugor azonban csak annyiban javult, hogy a tenyéri psoriasis eltűnével, a be-repedések nem akatályozzák meg az ujjak korlátozott feszítését.

Status praesens: A bal tenyér bőre száraz, kemény, aponeurosis zsugorodott és ez által a tenyér közepe gödörszerűen bemélyedt és az összes ujjak, a hüvelyk kivételével, az I. percz kézközépipizetésénél flexio contracturában vannak.

Kisfokú contracturában vannak ezenkívül a mutató- és középujj III. percz és túlfeszítésben a gyűrűs ujj III. perczé. Az első kettőt feszíteni, az utolsót hajlítani e helyen nem lehet.

Hasonló állapot van a jobb kézen is, csak hogy a contractura a gyűrűs és középujj III. perczére is kiterjed. A psoriasisnak most nyoma sincs a betegnél. Arthritis urica vagy arthritis deformans pauperum jelei nem találhatók a betegen.

II. eset. St. D. 53 éves lelkész 1901. márczius 5-dikén jött az osztályra. Anamnesis: 15—18 év előtt kezdődött a psoriasis, mely azóta daczára az ismételt orvoslásnak a mai napig tart.

Legutolsó eruptioja bejövetele előtt 12 héttel kezdődött, mely eleinte javult, de két héttel bejövetele előtt ismeretlen okból általános dermatitis csatlakozott hozzája és ezzel kereste fel a kórházat.

Itt fedezték fel tenyérbeli laesioit, melyek keletkezését a következőkre viszi vissza. Állítólag 10—12 év előtt télen a hóban útat csináltak a havasok között és mintegy hat óráig dolgoztak mellig erő hóban. Azt hiszi, de nem tudja biztosan, hogy azóta támadt lassanként mintegy észrevétlenül minden subjectiv tünet nélkül a tenyérbaja.

Status praesens: Mindkét tenyérben lécszerű vagy hűrszerű, lúd-tollnyi vastag kötegek állanak ki, melyek a bőrrel feszesen összenőttek; egy a bal tenyér közepétől a kisujj I. perczéig, egy ugyanonnan a középujj I. perczéig; e két húr között és mellette gödörszerű behúzódnások láthatók a tenyérben. A jobb tenyér közepétől egy köteg



megy a mutatóujj I. perczé basisáig, egy másik a gyűrűs- és középső közötti térre, a középső és I. percz izülése tájékáig.

Kifejezett volaris contractura nincs, de a jelzett léczek az ujjak erősebb feszítését akadályozzák. Mindkét hüvelykujj alaphalvánjának distalis epiphysise megvastagodott. Arthritis urica tünetei nem találhatók.

A mint látható, ezen esetben is, mint az előbbiben, az elváltozás a palmaris aponeurosis retractioja által idéztetik elő és ha nem is olyan a typusa, mint a Dupuytren-féle, mégis lényegében azonos vele és valószínű, hogy úgy az előbbi, mint ezen esetben is az aponeurosis szigetesen idült lobja ment előre, melyet azután lassan a szövetek meghúzódása és tönkretörése követett. Az aetiologiája ezen lobbak és contracturának még teljesen homályos. Dupuytren többszörös insulturna kifolyásának Madelung a senilitással járó praedispositionnak tudja be.

Észlelték azonban a baj öröklékenységét és észlelték fiatal korban is. König az arthritis uricát tartja legvalószínűbb okának.

A húgysav okozná az aponeurosis lobbját. A mi eseteink ezen felvételek egyikét sem erősítik meg. Szóló e folyamatot az arthritis deformans analogonjának tartja.

Azonban ez utóbbi aetiologiája sem ismeretes. Itt is szerepeltetik a neurogen, a meghűlési, átfázási és öröklési, a nyomorbeli és végül fertőző betegségek nyomán való eredetet. Annyi azonban bizonyos, hogy a psoriasisban szenvedő betegek egész során át észleljük az arthritis deformans. Szóló e helyen két súlyos esetet mutatott be. Nem talált ugyan nyomára annak, hogy leirták-e a palmaris aponeurosis zsigort, az ú. n. psoriasis arthropathique kapcsán azonban ezen fascia betegséget a psoriaticusok arthritis deformans-ával egy jelentőségűnek és egy eredetűnek tartja. Ez okból mutatta be ezen esetet.

Kérdés most már az, összefügg-e ezen folyamat a psoriasisal és miképpen? A francziák, speciell Besnier és iskolája határozottan az összefüggés mellett azonos pathogenesissal kardoskodnak, végelemzésben trophoneurosisnak fogván fel úgy a psoriasist, mint az arthropathiat. Szóló részéről a helyett, hogy e theoria bírálatába becsátkoznánk, úgy mint előbbi két esetenek bemutatásánál az athropathianak, most a palmaris aponeurosis zsigorának a psoriasisal együtt előfordulása constataására szorítokozik.

#### Csontképződés a szívárványhártya mögött.

Feuer Náthán: Bemutat egy enucleált szemet, mely 19 évvel ezelőtt tompa ütés következtében megvakult és 1 1/2 év óta fájdalmas.

A felmetszett bulbus mutatja, hogy a sclera felső része megvakonyodott, mi arra enged következtetni, hogy a sérülés sclerarepedést idézett elő, a reczehártya tölcser alakjában levált, érhártya ép, corpus ciliare izzadmánnyal bevonva a szívárvány be van foglalva több rétegű kérges álhártyákba, melyek mögött a metszőkés által eltolva találtatik szabadon fekvő szarvalakú tömeg, mely középső részében csontképződést mutat, míg többi része lágy.

A kérdés az, vajjon ezen tömeg izzadmány-e, mely közepében elesontosodott, vagy mi a kérdéses darab szabad fekvése mellett valószínűbb, összetöppörödött lenese, melyben csontképződés ment végbe. Ezt majd a görösövi vizsgálat fogja eldönteni. Mindkét eshetőség azonban nagyon érdekes. Knapp ugyanis, ki az érhártyában való csontképződést behatóan tanulmányozta, kétségbe vonja, hogy szívárványhártya mögötti izzadmányban is primaer elesontosodás állhat be és az észlelt 1-2 esetet inkább úgy magyarázza, hogy a szívárványhártya mögött talált csonttrész eredetileg a chorioideában volt és csak a hegszövet zsigorodása által lett a szívárványhártya mögé tolvá, miről azonban a bemutatott esetben nem lehet szó, itt az érhártya ép.

A lenese primaer elesontosodását pedig a szerzők kereken tagadják és Stellung csontképződést a lenesében csak akkor tart lehetségesnek, ha a lenesetok meg lett nyitva és ezen át az érhártyában képződött csont a lenese belsejébe is nyomul, mely keletkezési mód sem jöhet itt tekintetbe, mivel más helyen elesontosodás nem észlelhető.

Megjegyzendő, hogy a lenesének más nyoma nem találtatott, de lehet, hogy annak idején a megrepedt sclerán át eltávozott, vagy hogy felszívódott hártás maradéka a kérges álhártyákkal nőtt össze.

A szemteko görösövi feldolgozása után a lelet in extenso lesz közölve.

Goldzieher Vilmos: A csontképződés az emberi szemben régen leköttette szóló figyelmét, 1880-ban kiadott egy monographiát németül és angolul e tárgyról. A csontképződésről úgy tartják, hogy a chorioideából indul ki azon izzadmány, melyet a choriocapillaris szolgáltat. Igaz, más kötőszövetből is képződhetik csont, a hol bő a vérellátás, de az eddig között 50-60 esetben uvealis exsudatumokat találtak. Szóló esetében is így volt. Az elesontosodásnak practikus jelentősége van, mert a szem fájdalmas lesz és el kell távolítani. Szólónak erre sok alkalma van a vakok intézetében. Az utolsó évben is két ilyen esete volt; valószínűleg a csontszilánkok növekedés közben keresztülfúrják a chorioideát és az ideghálózatot mechanice izgatják.

A Feuer által előhozott kérdést illetőleg, hogy képes-e a lenese elesontosodni, azt tartja szóló, nem és ha a lenese helyén csontképződés van, úgy képzeli, hogy cyclitises izzadmány tokszerűleg veszi körül a lenesét, appositio folytán növekszik és a lenese helyét elfoglalja. Ezen állítását egy görösői készítménye megerősíti (melyet be is mutat), cyclitises folyamat, iris be van növe, a vastag exsudatum a retinát és chorioideát levongálta és ebben van a csontosodás, fiatal csont, mely a lenesét körülveszi, az az üvegtest fibrosusan van elfajulva.

Szóló azt tartja, hogy nem a lenese csontosodik el, hanem az izzadmány, mely a lenese helyét foglalta el.

Genersich Antal: Csak azt jegyzi meg, hogy a csontosodások a sorvadtt szemtekében tapasztalata szerint igen gyakran fordulnak elő, rendszerint a chorioideából indulnak ki, a mi egyéb tapasztalatoknak is megfelel. T. i. rendszeren ott találtatik kóros csontképződés, a hol a szövet gazdag véredényekben és később vérszegény lesz, előbb elmeszesedések, majd elesontosodások lépnek fel. Azt akarja ezzel mondani, hogy némileg kétkedik az iránt, hogy a csontképződés volna a fájdalom oka; valószínűnek tartja, hogy a fájdalom egyéb okokból származik és a csontképződést csak ott találjuk mellette.

Szóló eseteiben az egyén nem küölt fájdalmat életében sem.

Ezeket szóló úgy fogja fel, mint a tüdőbeli csontképződést.

Feuer Náthán: Goldzieher magyarázatát, hogy a csontos darab az összetöppörödött lenese, a rajta észlelt csontképződés pedig csak másodlagos, a mennyiben a corpus ciliareből kiindult izzadmány nyújtotta az anyagot, nem tartja valószínűnek, mivel akkor az összetöppörödött lenese össze volna növe a corpus ciliare-vel és nem feküdnék szabadon.

(Folyt. következik.)

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A gerinczagyburok alá fecskendezett cocain-oldattal létesített érzéstelenségről tartott előadást Reclus a párisi „Académie de médecine” márczius 19-diki ülésén, különös tekintettel lévén ezen módszer hátrányaira és veszélyeire. Mindenekelőtt megemlíti, hogy nem mindig könnyű bejutni a gerinczagyburok üregébe. Teljesen kifogástalanul végezze is a befecskendezést, néha — nem tudni mi okból — nem áll be érzéstelenség, vagy pedig csak nagyon későn, illetve rövid tartammal. A kellemetlen tünetek közül felemlíti a némely egyénnél mutatkozó általános reszketést, a néha több napig tartó hányást, az incontinentia alvi-t, az alsó végtagok paresisét, végül a fejfájást, mely néha oly fokú, hogy álmatlanságot okoz. Mindezen kellemetlenségektől azonban el lehetne tekinteni, ha a módszer veszélytelen volna; az eddigi tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy még veszélyesebb, mint a chloroformmal vagy aetherrel érzéstelenítés, a mennyiben már eddig 6-8 haláleset van feljegyezve nem egészen 2000 esetre, míg a chloroformmal altatás 2300 esetére, az aetherrel altatás 7000 esetére esik 1 haláleset.

## PÁLYÁZATOK.

Nagy vidéki gyártelep — hatóságilag engedélyezett saját betegsegélyző pénztárral — ügyes

## gyári orvost

keres. Évi-biztos jövedelem legalább 4000 korona. Magyar és német nyelven kívül egy szláv nyelv ismerete kívántatik.

Ajánlatok életpálya leirással „N. N. 8302.” jelige alatt **Hansenstein és Vogler** (Jaulus és társa) céghez, Budapest, V., Dorottya-uteza 9. sz.I. em. kéretnek.

2-1

A rozsnyói Dr. Kósa-Schopper nyilvános jellegű kórháznál lemondás folytán megüresedett s az 1903. év végéig betöltendő másodorvosi állásra ezenel pályázatot hirdetek.

A másodorvosi állás javadalmazása: 1000 K. évi fizetés, a kórházban szépen butorozott tágas szoba, elsörendü kórházi élelmezés, fűtés, világítás és ki- szolgálát. A város területén az orvosi gyakorlat meg van engedve.

A másodorvos évenként három heti szabadságra jogosult. Időközbeni lemondását a szolgálát elhagyása előtt hat héttel köteles bejelenteni, vagy pedig helyettesről köteles gondoskodni. Róm. kath. vallású pályázók előnyben részesítettnek.

Felkérem ezért mindazon nőten orvosdoktorokat, a kik ezen orvosi állást elnyerni óhajtják, hogy keresztlevéllel és orvosdoktori oklevéllel ellátott s a rozsnyói székes káptalanhoz intézett kérvényüket folyó év június hó 20-dikaig címzemre megküldeni sziveskedjenek, az állás június hó elején elfoglalandó.

R o z s n y ó, Gömörmegye.

Ruber József dr., kórházigazgató.

4598/eln. szám.

A Zólyom vármegyéhez tartozó feketsbalogi munkástelepen egy a X-dik fizetési osztályban üresedésbe jött kincstári erdészeti orvosi állásra pályázatot nyitattik.

Ezen állással a következő illetmények vannak összekötve: ú. m. évi 1600 K. fizetés, továbbá a nyugdíjba be nem számítható évi 1000 K. lótarfási átalány, 40 K. irodai átalány, 54 úrméter kemény tűzifa, 10 kat. hold földilletmény vagy annak hiányában holdanként 10 koronával számított váltásdíj és természetbeni lakás vagy ennek hiányában szabályszerű lakpénz.

Pályázni kívánók felhivatnak, hogy sajátkezüleg irt és életkorukat, a magyar honosságot, egészségi állapotukat, a magyar és tót nyelv tudását, valamint az



orvosi álláshoz megkívánt minősítés bírást igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat a beszerzésbányai m. kir. erdőigazgatóságnál folyó évi június hó 15-dikéig nyújtsák be.

Budapest, 1901. évi május hó 20-dikán.

M. kir. földmívelésügyi minister.

2924/1901. kig. szám.

Torontál vármegye antalfalvai járás Czrepaja községében, melynek lakossága 5000 szerb ajkú, az orvosi állás lemondás folytán megüresedett.

A községi orvostól követeltetik: 1. Hogy az összes gyógytudományok tudora legyen. 2. Legalább egy évi magánygyakorlata legyen. 3. A szerb nyelven a betegekkel érintkezhesen. 4. Szegényeknél és az iskolás gyermekekkel az orvosi kezelést, sőt szegényeknél a halottkémlést is ingyen végezze. 5. Köteles a torontálmezei orvosok nyugdíjgyűlésébe belépni.

A községi orvos javadalmazása: 1. Évi fizetés ezüsten 1600 korona. 2. Évi lakbér címén 200 korona. 3. Nappali látogatásért 40 fillér, éjjeliért 80 fillér. 4. A halottkémlésért 40 fillér. 5. A hússzemléért a megyei szabályrendeletben megállapított illetménynek szedése.

Joga van a községi orvosnak a féltől gyors látogatás céljából kocsit kérni szegényekhez, kik lóval és kocsival nem bírnak, községi előfogaton mehetnek, az előfogatot járványos betegségek alkalmával is felhasználhatják.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy a kellően felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi június hó 2-dikéig nyújtsák be, mert a később érkező kérvény mint elkésett, figyelembe nem vétetik.

A választást folyó évi június hó 7-dikén d. e. 10 órakor fogom Czrepaja községében megtartani.

Antalfalva, 1901. évi május hó 10-dikén.

2-2

Szavits, főszolgabíró.

2862/1901. kig. szám.

Krassó-Szörény vármegye oraviczei járásába üresedésben levő majdani körorvosi állásra székhelyül Oraviczabányán ezennel pályázatot nyitok.

A javadalmazás a következő:

1. Fizetés 1200 korona.

2. Fuvarátalány 400 korona.

3. Nappali látogatás szabályrendeletileg megállapított 40 fillér, éjjel 80 fillér; a köztudomású szegények ingyen gyógyítandók.

Felhívom mindazokat, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, az 1883. év I. t.-ez 9. §. és 1876. évi XIV. t.-ez 143. §-a értelmében kérvényeiket, eddigi működésüket és nyelvismereteiket igazoló okmányokkal felszerelve, alulírottán folyó évi június hó 15-ig délután 5 óráig annál bizonyosabban beadni, mert később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

A választási határidő folyó évi június hó 17-én, reggel pont 9 órára Oraviczabánya községében kitézetik.

Oraviczabánya, 1901. évi május hó 16-dikán.

3-2

Motsidlovsky Ernő, főszolgabíró.

# Pályázati felhívás.

A „KLOTILD“ első magyar vegyipar részvénytársaság gyári betegsegélyző pénztáránál az orvosi állás azonnal betöltendő.

Ezen állás évi 1248 korona fizetéssel, szabad failletményvel van egybekötve és e mellett külön magánygyakorlat is folytatható.

Pályázhatnak mindazon tudori oklevéllel bíró orvosok, kik a belgyógyászat, sebészet és szülészeti terén kellő gyakorlattal bírnak és ezt igazolhatják. Minthogy a pénztár tagjai között rutének is nagy számban vannak, a magyar nyelv bírástán kívül egy szláv nyelvé is feltétlenül megkívántatik.

A pályázat legkésőbb 1901. évi június 30-ig fent nevezett részvénytársaság igazgatóságához nyújtandó be.

Nagy-Bocskó, 1901. évi május hó 9-dikén.

3-3

## HIRDETÉSEK.

Hatása és olcsósága miatt klinikailag úgy mint az egészségügyi hatóságok által ajánlva.

**Bacillool** antiseptikum.

Lásd: Dolgozatok a bécsi es kir. ált. kórházból „Klinische Rundschau“ 1901. 5. sz. Mintákat és irodalmat küld S. KREISLER, Wien, IX., Porzellan-gasse 45.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

# Salvator



kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag, húgydara és köszvénybántalmak ellen, vizeleti nehézségeknél, továbbá a légző és emésztési szervek hurutos bántalmainál.

**Húgyhajtó hatású!**

Vasmentes!

Könnyen emészthető!

Csirammentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

# Franzensbad

Dr. Hasenfeld Manó

egyet. m. tanár

úgy mint eddig, ez évben is

folytatja fürdőorvosi működését Franzensbadban.

Vegy-, górosövészeti és bacteriologiai

# ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

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. Felvételnél bennlakó és bejáró betegek. Prospektust kívánatra ingyen küld az igazgatóság. Telefon.

# Dr. Falta sanatoriuma Szegeden,

Laudon-utca és Mars-tér sarkán.

Szem- és fülgyógyintézet külön trachoma-osztálylyal, az intézettulajdonos vezetése alatt. Önálló sebészeti osztály dr. Regdon Károly operateur, a szegedi kir. ker. börtönkórház orvosának vezetése alatt. Bármely bajban szenvedő betegek felvételnek és bármely orvos által kezelhetők. Intézeti orvos lakása a sanatoriumban. Folytonos orvosi felügyelet, gondos ápolás. Külön- és társas-betegszobák. Mérsékelt árak, Telefon 293. Kívánatra prospectus.



Giesshübl-Sauerbrunn

gyógyhely és vizgyógyintézet  
Karlsbad mellett

Ivó- és fürdőkúrák.

Klimatikus és utókúrákra való gyógyhely.

Legjobb diätetikus és üdítő ital.

HEINRICH MATTONI

Giesshübl-Sauerbrunn, Karlsbad, Franzensbad, Wien, Budapest.

Budapesti raktár ÉDESKUTY L. özégnél.

# Bártfa Dr. Hasenfeld Oszkár

## Fürdő

nőorvos május 25-dikén kezdte meg ez idén is, mint az előző években, fürdőorvosi működését Bártfán és szívesen szolgál e fürdőt illető bármely felvilágosítással. Lakás: Bártfa, Divald-villa.

# SEBÉSZETI OSZTÁLY

Budapest, VII., Stefánia-út 55.

Vezetők: Dr. ROTTMANN E. s Dr. UNGAR D. operateurok.

Minden igényeknek megfelelőleg berendezett mintahelyiségek. — Mérsékelt árak. — Gondos ápolás. — Állandó orvosi felügyelet. — Műtét és gyógykezelés bármely tetszés szerinti specialista által. — Telefon.



**Kalle & Co., chem. Fabrik, Biebrich a. Rhein.**

Pharmaceutikai készítmények osztálya.

**Hetol és Hetokresol** a gümőkór gyógykezelésére dr. Landerer tanár szerint. **Hetol-befecskendések**, 1, 2 és 5%, sterilizálva, határtalan ideig eltarthatók.

**Orexin-Tannat** Legjobb stomachicum, teljesen izetlen, biztos hatással **étvágyhiány**, **hyperemesis gravidarum** és chloroform-narcosis utáni **hányás** ellen. **Orexin-tablettek és -csokoládé-tablettek** à 0.25 gr.

**Dormiol** Biztos **altató szer** 0.5—3.0 gr. adagokban. Hatása a chloralhydrattal egyenlő ennek hátrányai nélkül. Mellékhatásai nincsenek. **Dormiol-capsulák** à 0.5 gr.

**Jodol** Legjobb jodoform-pótlék, **szagtalan és nem mérgező**. Mindennemű syphilitikus betegség ellen, sőt kiváló hatással (0.4—2.0 pro die) mint a jodkalium pótléka belsőleg is alkalmazható.

**Menthol-Jodol** Különösen alkalmas befúvásokra a rhinolaryngologikus praxisban.

—> Irodalom ingyen és bérmentve. <—

**Dr. FRIES-féle magán-gyógyintézet**

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

**INZERSDORF** Bécs mellett.

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

Világhírű

**VICHY**

**FORRÁSOK**, a francia állam tulajdona.

Kezelőség: Paris, 24 Boulevard des Capucines 24.

Ajánlva elsőrangú orvosi tekintélyek által.

**Célestins:**

Vese-, torok- és hólyag-bajoknál, köszvény, diabetes.

**Grande Grille:**

Májkövességnek és epekövességnek, pangások az alhasi szervekben.

**Hôpital:**

Mindennemű dyspeptikus bántalmaknál.

Forrástermékek: **Fürdő, gyógyvíz, sók és pastillák.**

Raktárak minden ásványvízkereskedésben és gyógyszer-tárban. Valódiak, ha a tok és címlapok a forrás nevével ellátva vannak.

Szigorúan arra figyeljünk, hogy a forrás neve megjelölve legyen.

**Szliács**

**Dr. GRÜNWALD MÓR**, kir. tanácsos, kiérd. első tanársegéd Tauffer tanárnak egyetemi nőgyógyászati kórodáján, e nyáron is (17-edszer) Szliácscon mint fürdőorvos működik és szívesen ad e gyógyhelyet illető felvilágosításokat. (Budapesti sanatoriumában a saison alatt kellő helyettesítésről gondoskodva van.)

**MATTONI**

**ERZSÉBET SÓSFÜRDŐJE**

Gyógyhely Budapesten (Budán).

Idény április 1-től október 15-ig.

A gyógyhely forrásai ajánlhatók: a **beleak bántalmainál, alhasi és általános vérbőségnél, májbajoknál, aranyérről, túlságos elhízásnál, köszvényénél és női bajoknál.**

Rendelő fürdőorvos: **Dr. Polgár Emil.**

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

Tulajdonos: **Mattoni Henrik.**

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsói 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 górcsói és bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik

**Dr. VAS BERNÁT a labororium vezetője.**

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

Új árjegyzéket csupán bel- és külföldi

**Orvosi Czimeket**

tartalmazó 300 collectióról küld ingyen és bérmentve

**E. HEINRICH's Verlag, Wiesbaden.**

**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** gyógyszer-tár Budapest, **Dr. Egger Leo és J.** Budapest, stb.

**LUBLÓ-GYÓGYFÜRDŐ.**

Szénsavas vasas és mór-fürdők.

Vasas források, felette dúsak szénsavban. Ivó-, fürdő- és területi gyógymód, kitűnő sikerű vérszegénységnél, az idegrendszer idült bajainál, szívbántalmaknál, általános gyengeségnél súlyos betegségek, testi és szellemi túlerőltetés után, különösen pedig női bajoknál. **Pormentes, védett fekvés (556 m.). Kiterjedt fenyves erdők között.**

Allandó fürdőorvos: **Dr. Platzer Sándor** volt egyet. klinikai tanársegéd, budapesti nőgyógyász.

Vendéglős: **Kolaczkovszky J.** — Posta- és távirdaállomás. — Zónajegyek. Elő- és utóévadban tetemes árkedvezmény lakás, fürdő és étkezésnél. **Szobák hetenkint 10 kor., étkezés penzióban 20 koronától kezdve.** Képes prospektust küld és bővebb felvilágosítással szolgál

az uradalmi fürdőgondnokság.

Lubló-fürdőn (Szepes megye).



# Zambeletti-féle oldható vasarseniát

vérszegénység, sápkórság és kachexiák kezelésére.

Cseppek, labdacskok, injectiók.

A Zambeletti-féle oldható vasarseniáttal 1900. évben Olaszországban egy milliónál több injectiót végeztek.

A t. orvos urak kéretnek díjmentes minták végett a lerakatokhoz fordulni. Kérdezőkódések a következő lerakatokhoz intézendők:

MAGYARORSZÁG: Dr. Budai  
Emil, Városi gyógyszer-tár,  
Váci-utca, BUDAPEST.

AUSZTRIA: Brady G., 1/1.,  
Fleischmarkt 1, WIEN.

NÉMETORSZÁG: C. W.  
Barenthin, Wilhelmstr.  
55, BERLIN W.

Kizárólagos képviselő és kiviteli vezérügynök  
Magyarország, Ausztria és Németország részére:

**SCHLESINGER LEÓ, BUDAPEST.**

## ICHTHYOL és

### „Ichthyol“-szerek.

„Ichthyol“-Ammonium vagy Ammonium „sulfo-ichthyolicum“ általunk 5 kilós, 1 kilós, 1/2 kilós, 1/4 kilós, 1/10 kilós eredeti dobozokban és 60 grmos, 45 grmos és 30 grmos eredeti üvegekben szállítatik.

Ichthoform vagyis Thiohydrocarbürum sulfonicum - formaldehydatum („Ichthyol“-Formaldehyd), kitünő bél-antiseptikum általunk 50 grmos és 25 grmos eredeti csomagokban szállítatik.

Ichthargan vagyis Argentum thiohydrocarbürum-sulfonicum solubile („Ichthyol“-ezüst), hideg és meleg vízben oldható, tartalmaz 30% ezüstöt, kiváló antigonorrhoeicum, általunk 10 grmos eredeti üvegekben szállítatik.

Ichthyol-Calcium insolubile, 0.1 grmos tablettákban, szag- és íz-telen, röviden „Ichthyol“-tablettáknak nevezetük, a belső „Ichthyol“-adagolás új módszere, 50 tablettát tartalmazó eredeti dobozokban.

Ferriichthol vagy „Ichthyol“-vas insolubile, tartalmaz 3 1/2% szervesen kötött vasat, 0.1 grmos tablettákban, szag- és íz-telen, javulva chlorosis és anaemiánál, 50 tablettát tartalmazó eredeti dobozokban.

Metasol vagy Meta-Kresol-Anyol insolubile, tartalmaz 40% Meta-Kresolt, sebészeti fertőtlenítő szer, 50 grmos eredeti csomagokban.

Eucasol vagy Eucalyptol-Anyol solubile, tartalmaz 25% eucalyptolt, fogászati használatnak, stomatitis stb.-nél, 50 grmos eredeti csomagokban.

Jod-Anyol solubile, tartalmaz 10% jodot, a jodoform pótszere, 50 grmos eredeti csomagokban szállítatik.

A fenti kizárólagosan általunk gyártott és védett jelzéssel ellátott szereket tárgyaló tudományos értekezések díjmentesen és bérmentve küldetnek.

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermann & Co.  
HAMBURG.

## TARCSA GYÓGYFÜRDŐ

VASMEGYÉBEN.

Glaubersó tartalmú szénsavdús források.

A legújabb módszerek szerint berendezett pezsgő- és ásványvíz- valamint **vas-lápfürdők**. Kellemes, hűvös éghajl; a kényelem minden igényeinek megfelelő olcsó lakások; **villamvilágítás**: két jó vendéglő; gyógyszer-tár; naponta kétszer zene; **szép kirándulások**. A női szervek bántalmái, sápkór, vérszegénység, továbbá a légzési és emésztési szervek bajai ellen kiváló orvosi tekintélyek ajánlják.

**Évad május hó 26-tól szeptember 20-ig.**

**Az évadkezdettől június 15-ig és augusztus 15-től szeptember 20-ig tetemesen olcsóbb árak.** Felvilágosítással szolgál és kívánatra prospektust küld a fürdőigazgatóság. **Állandó fürdőorvos Dr. Rhorer Aladár** t. m. főorvos. **Tarcsai Károly-forrás** különösen mint óvszer járvány esetén ivóvízzel ajánlható. Megrendelések Tarcsa fürdő igazgatóságához és Budapestben Edesky L. cs. és kir. udvari szállítóhoz (V. ker., Erzsébet-tér 8. sz.) intézendők. Posta- és távirat-állomás helyben. Vasúti állomás Felső-Eőr, a szombathely-pinkafői vonalon, honnan a 30 percznyire (5.6 kmtr.) fekvő fürdőbe a közlekedést kényelmes bér- és társasokosik (omnibusok) tartják fenn; egy négyülékes bérkocsis ára 4 korona 50 fillér, társasokosin egy hely 80 fillér. **Jegyek válthatók a vasúti kataloznál Szombathely és Felső-Eőr között**

Dr. Brehmer Tüdőbeteg-gyógyintézete Görbersdorf Sziléziában.

Téli és nyári kurák ugyanolyan sikerrel.

Főorvos: Dr. Petri, titkos tanácsos, dr. Brehmer volt segédje.

Prospectusokat díjmentesen küld a gondnokság.

## REINIGER, GEBBERT & SCHALL

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

Berlin—Erlangen—München.

Különlegesség: Villamos orvosi készülékek galvanizatio, elektrolyse faradizatio, franklinizatio, kaustik, endoskopia stb. orvosi csatlakozó készülékek villamos fényvezetékhez.

Röntgen-berendezések. Villamos fényfürdők.

Képes árjegyzések ingyen és bérmentve.

Képviselő Budapesten:

**WONKE REZSŐ műszerész**

VI., Ó-utca 42 (Mintaraktár).

Dr. Rosenberg-féle

## HYPOPHOSPHIT-TABLETTÁK

(Tablettae Hypophosphit sec. Dr. Rosenberg.)

A kalium, natrium, calcium, chinin, vas, mangan és strychnin alphosphorsavas sóit (az ismeretes Fellow-szörp hatóanyagait) pontosan adagolva tartalmazza olyképen, hogy **egy tablettá** megfelel **egy kávéskanálnyi szörpnek**. A tabletták a gyomorban könnyen oldódnak; cukorral vannak bevonva és ezáltal fedve van a keserű íz, mely a szörp bevételét a betegnek kellemetlenné teszi. — **Indicatiók: Neurasthenia, Hysteria, Anaemia, Chlorosis** és ezek következményei.

E tablettákat kiváló szakorvosok klinikákon, kórházakban, valamint magán-gyakorlatukban **kitünő eredménnyel** rendelik.

Egy üvegese (40 tablettá — 1 üveg Fellow-szörp) ára **2 K 40 fil.**

Fő- és szétküldési raktár:

Dr. ROSENBERG SÁNDOR Csillag-gyógytára, Budapest, Kerepesi-út 43.

Próbaküldemény kísérletezés céljából ingyen.

A tabletták csakis orvosi rendelre adatnak ki.

## Tinctura Ferri Athenstaedt

(Ferrum. oxydat. sacch. verum.)

eredeti csomagolásban 1/4 és 1/2 kilós üvegekben 1 k. 60 f. és 3 k.

Legkellemesebb ízű, igen könnyen emészthető, a fogakra teljesen ártalmatlan, 0.2% vastartalmú készítmény. Tartalmazza a vasat az először Athenstaedt által készített, tiszta, könnyen oldható, alkalimenter vas-saccharat alakjában.

Próbaküldeményekkel és prospektusokkal, a legelső orvosi tekintélyek ajánlataival, u. m. Dr. R. Fresenius, wiesbadeni egyetemi tanár és udvari tanácsos vegyi vizsgálatával **ingyen** szívesen szolgál a főraktár:

Csillag-gyógyszertára

Dr. Rosenberg Sándor Budapest, VIII., Kerepesi-út 43.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KORBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmarszky 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.

- Rigler Gusztáv: A teljes vér és vérsavó lugosságának ingadozása különböző ép és kóros viszonyok között. 379. l.
- Fornet Elemér: Az elkövérédek pathológiájáról és terapiájáról. 381. l.
- Weisz Ede: Közlemény a kórbontani és kórszöveti intézetből. (Igazgató: Pertik Ottó dr. egyetemi tanár.) A közsvényről. 383. l.
- Sugár K. Márton: A rendszeres hallási gyakorlatokról és ezek terapeutikus értékéről süketmémaknál és süketeknél. 384. l.
- Neubauer Adolf: Megjegyzések Bauer Lajos dr. egyetemi tanársegéd „A csecsemőkori adenoid vegetatiokról“ című közleményére. 385. l.
- Nyilatkozat. Korányi Sándor. 386. l.
- Tárca. Mihalkovics Géza szobrának leleplezése. 386. l. — Nenadovits László: A női betegségek gyógykezelése Franzensbadban. 387. l.
- Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Friedrich Vilmos: Orvosi haladás az 1900. évben az ipari megbetegedés terén. 388. l. — Könyvismertetés. A Gold-

scheider und P. Jacob: Handbuch der physikalischen Therapie. 388. l. — Lap-szemle. Gyógyszertan és mérgegtan. Lyonet és Lançon: Kámforsavas piramidon. — Kopp: A dymal alkalmazása. — Belgyógyászat. Denning: Leukaemia esete. — Edel: Addison-kórnak mellékvese-tablettákkal kezelt esete. — Biancone: A hedonál alkalmazása. — Sebészet. Enderlen és Hess: A belek antiperistaltikus mozgásképességéről. (Kerntler J.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Taff: A creosotal és duotal használatáról a légzőszervek nem gümőkóros megbetegedéseiről. — Brunner: A fersan mint tápkészítmény. — Folyóiratok átnézete. 389—399. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az Országos orvos-szövetség rendkívüli congressusa. — A „Stefánia“ pesti szegény gyermekkórház-egylet. — Fürdőorvos. — Adakozás. — Fürdőink látogatottsága. — A Kézmarszky-féle szülészeti poliklinika. — Elhunyt. — Herczel dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Kron-dorf. 399. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. — Kórházi orvostársulat.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A teljes vér és a vérsavó lugosságának ingadozása különböző ép és kóros viszonyok között.\*

Közlő: Rigler Gusztáv dr., a közegészségtan ny. r. tanára Kolozsvárt.

#### I.

Az emberi és állati vérnek azon tulajdonságát, a melyet *lugosság*, *alkalicitás*, avagy helyesebben *savkötő képesség* neve alatt ismerünk, számosan tették eddigelé vizsgálat tárgyává.

Valamennyi vizsgáló véleménye megegyezik abban, hogy a vérnek, illetőleg vérsavónak ezen tulajdonsága úgy az ép szervezet háztartásában, mint a betegségtől megtámadott test életműködésében igen fontos szerepet játszik.

Eltételezve a vérlugosságnak az ép szervezet functioiban való részvételét kimutató vizsgálatok eredményeitől, csupán azon kutatások eredményét összegeztem egész röviden, a melyek a vérlugosság változásait és ezek szerepét a betegségtől megtámadott szervezetben kimutatni és felderíteni hivatottak.

Walter és Schmiedeberg<sup>1</sup> sósavval mérgezett házinyulaknál, Pflüger<sup>2</sup> genyedő sebben szenvedő kutyáknál a vérből kihajtható CO<sub>2</sub> erős megfogyását vagy — a mi ezzel szerintük azonos — a vér lugosságának nagyfokú csökkenését tapasztalták. Senator,<sup>3</sup> Geppert,<sup>4</sup> Minkowski,<sup>5</sup> Kraus<sup>6</sup> kivált a lázas bántalmakban szen-

\* Bemutatott a M. Tud. Akadémia III. osztályának márczius 18-dikán tartott ülésén.

<sup>1</sup> Limbeck: Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes. 1896. 149. l.

<sup>2</sup> Pflüger's Archiv. Bd. 1.

<sup>3</sup> Untersuchungen über den fieberhaften Process. 1873.

<sup>4</sup> Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 2, 364. l.

<sup>5</sup> Arch. f. exp. Path. und Pharm. Bd. 19, 233. l.

<sup>6</sup> Ugyanott. Bd. 26.

vedő betegek vérében tapasztaltak szabályszerű CO<sub>2</sub> fogyást. A nem lázas betegségek közül carcinománál, coma diabeticumnál, leukaemiánál ugyancsak csökkenve találták a vér alkalicitását Klemperer,<sup>7</sup> Limbeck<sup>8</sup> és Kraus.<sup>9</sup>

Beteg emberek és állatok vérében kimutatott mindezen CO<sub>2</sub> fogyás azonban nem azonosítható minden további gondolkozás nélkül azzal, a mit a vér lugosságának csökkenése alatt értünk.

Épen ezért az újabb időkben a vér CO<sub>2</sub>-ának quantitativ meghatározását ezen czélból nem is gyakorolják, hanem helyette a lugosságot a vér, illetve vérsavó megtitrálásával mérik meg.

Ilyen vizsgálatokkal is nagyon sokan foglalkoztak már a kutatók közül. Mi sem bizonyítja ezt jobban, mint az, hogy a vér, illetve vérsavó lugosságának titrálás útján való mérésére több mint 10 különféle mód lett ajánlatba hozva, közöttük kettő hazai szerzőtől is.

A vizsgálók közül a legtöbben a beteg ember vérének lugosságában lefolyó változásokat tanulmányozták. Így Jaksch,<sup>10</sup> Kraus,<sup>11</sup> Peiper,<sup>12</sup> Rumpf<sup>13</sup> a lázzal járó bántalmaknál következetes és állandó csökkenést mutattak ki a vér lugosságában. Ezen vizsgálatok ugyanily tapasztalatokról emlékeznek meg rákosaknál, anaemiásoknál, leukaemiásoknál, uraemiásoknál, továbbá májcirrhosisban és osteomalaciában szenvedőknél is.

Az újabb időkben megjelent hasonló tárgyú dolgozatokból Löwy,<sup>14</sup> továbbá Limbeck és Steindler<sup>15</sup> munkái említendők, egy-

<sup>7</sup> Charité Annalen. 15. k., 151. l.

<sup>8</sup> Grundriss einer klin. Path. d. Blutes. 1896. 154. l.

<sup>9</sup> Lásd 6. szám.

<sup>10</sup> Zeitschr. f. klin. Med. 13. k., 350. l.

<sup>11</sup> Zeitschr. f. Heilkunde. 10. k.

<sup>12</sup> Virchow's Archiv. 116. k., 337. l.

<sup>13</sup> Centralbl. f. klin. Med. 1891. 441. l.

<sup>14</sup> Centralbl. f. med. Wissenschaften. 1894. 785. l.

<sup>15</sup> Centralblatt für klinische Medicin, 1895. 27. sz.



részt a kísérletek tekintélyes száma, másrészt pedig az azoknál alkalmazott, s a régiéknél pontosabb eredményt adó módszer miatt.

Löwy eredményei abban foglalhatók össze, hogy egy és ugyanazon ép egyén vérének lugossága csak igen csekély ingadozást mutat; egyik ép ember vérének alkalicitása azonban egy másik ép egyéntől tekintélyes fokban különbözhet. Löwy 11 különféle, részben lázas, részben lázzal nem járó olyan bántalomnál, melyeknél az előtte vizsgálók állandóan alkalicitás-csökkenést találtak, várakozása ellenére azt tapasztalta, hogy betegei vérének lugossága nagyobb volt, mint az az érték, a mit az ép egyéneknél végzett meghatározásaiból átlagul kapott.

Limbeck és Steindler 62 esetről számolnak be, melyek egyik részénél az egész vért, másikánál pedig a vérsavót titrálják. Munkájuknál egyszer a Löwy-féle, máskor a Limbeck-féle eljárást alkalmazták. Különösen megjegyezni kívánom, hogy ők is csak egyszer vettek vért minden betegüktől.

Következtetéseikből, mint tárgyamra különösen érdekeset megemlítem, hogy szerintük úgy az ép, mint a lázas, valamint a nem lázas betegek vérsavójának lugosságában nem csekély ingadozások észlelhetők, a mi az egyik egyén vérének a másikéhoz viszonyított értékeit illeti. A vérsavó lugosságának ezen ingadozása megközelítőleg egyforma határok között mozog úgy az ép, mint a láztalan és lázas egyéneknél. A teljes vér lugossága mindig tetemesen nagyobb, mint a vérsavóé. Erős lázzal járó betegségek némely esetében a vér lugossága néha kiesiny, de másoknál viszont a normalishoz közel áll, vagy még annál nagyobb is.

Saját és Löwy vizsgálataiból Limbeck arra a következtetésre jut, hogy *lázás betegeknek a vér vagy a savó lugosságának csökkenése nem szabályszerűen beálló tünet.*

A hazai vizsgálók közül Tauszk,<sup>16</sup> majd Berend és Preisich<sup>17</sup> foglalkozott e kérdéssel.

Tauszk az ő saját vértitrálási módjával erős munkát (huzamos verseny-evezést stb.) végzett egyéneknél mutatta ki a vérlugosság tetemes csökkenését.

Reám nézve azonban sokkal érdekesebbek Berend és Preisich vizsgálatai, a kik ugyancsak Tauszk módszerével dolgoztak, s azzal határozták meg ép és beteg (diphtheriás, scarlatos, morbillusos) csecsemők és gyermekek vérének lugosságát.

Vizsgálódásuk eredményei a következők. Az ép vér lugossága a születéskor igen nagy, s magas marad az első félévben is; innen kezdve gyorsan csökken, s az 1–3. évben a legkisebb. A harmadik év után ismét emelkedik, de még a 16. évben sem éri el azt a fokot, a melyet felnőttéknél találunk.

Diphtheriában, scarlatban, morbilliben szenvedőknél a vér lugossága erősen esik, de az esés nem áll arányban a fertőzés súlyosságával. Ezen csökkenést sem a táplálkozási zavar, sem a láz nem okozza, hanem az a fertőzéstől látszik függeni.

A vérlugosság a reconvalescentiában emelkedik, és pedig az eredeti magasságig, sőt néha azon túl is.

Diphtheriánál a serum-kilités fellépése előtt a lugosság újra csökken, eltűnésénél újra emelkedik.

Lázás szövődmények, albuminuria, genyedő folyamatok a lugosság emelkedésére gátlólag hatnak.

A lugosság ingadozása annál nagyobb, minél nagyobb volt a vér lugossága.

A fertőző betegségek és a vér lugossága között tehát valamely viszony létezik. Embereken végzett vizsgálataik nagy részben megfelelnek Fodor állatkísérleti eredményeinek (lásd alább).

\*\*\*

Mi sem természetesebb, hogy az embereknél nyert felhozott eredmények több bűvárt arra ösztönöztek, hogy olyan élő lényeken tanulmányozzák a vér, illetve vérsavó alkalicitásának ingadozásait, a melyek a pontos kísérletezésre az embereknél alkalmasabbak, a melyeknél a fertőző anyag minősége, erőssége, mennyisége a kísérletezőnek teljesen hatalmában van: vagyis állatokon.

Ezen kísérletezők között Fodor említendő első sorban. Azon, általa már 1885-ben mindenki előtt hangoztatott és be is bizo-

<sup>16</sup> Magyar Orvosi Archivum. 1895.

<sup>17</sup> Magyar Orvosi Archivum. 1896.

nyított tapasztalatából kiindulva, hogy az állati vér a beléje jutott baktériumokkal szemben úgy a véredényeken belül,<sup>18</sup> mint azokon kívül is<sup>19</sup> igen erős ölü hatást képes kifejteni, tovább dolgozott. 1890-ben a budapesti kir. orvosegyletnek márczius 15-diki ülésén kimondotta, hogy:

1. Az olyan állat vére, a mely alkalikus anyagokkal (Na<sub>2</sub>CO<sub>3</sub>, K<sub>2</sub>CO<sub>3</sub>, NaHCO<sub>3</sub>) a normalisnál lugosabbá tétetett, jobban öli in vitro a baktériumokat, mint a nem kezelt állatoké.

2. Valószínűleg a vér alkalicitásának ezen felemelése az oka annak is, hogy ilyen állatok jobban ellenállanak a fertőzésnek, mint a nem kezelték, sőt az alkalizált véru állatok nagy százaléka még erős lépfene-fertőzésből is felépül.

Fodor ezen állítását megerősítette Behring<sup>20</sup> is, a ki a fehér patkányoknak a lépfene ellen tanúsított immunitásában igen nagy szerepet juttat ezen állatok vére nagyfokú lugosságának.

Arloing, Cornevin és Thomas-nak<sup>21</sup> Roux és Nocard által megerősített azon tapasztalata, hogy az alkalicitás csökkenése a mikroorganizmusok virulentiájára mily nagy befolyással van, szintén Fodor szavait erősítik.

Zagari<sup>22</sup> kísérleteiből az tűnik ki, hogy mindazon eljárással, a melylyel az állatoknak a fertőzés iránt való ellenállását csökkenteni lehet (pl. alkohol, éheztetés, kifárasztás), leszállítjuk egyúttal a vér lugosságát is.

Calabrese<sup>23</sup> vizsgálódásai alapján azon tapasztalatra jut, hogy olyan nyulak, melyeknek vére erősebben lugos, jobban ellenállnak a fertőzésnek. Azon állatok vérének alkalicitása, a melyeket anthrax, diphtheria vagy ricin ellen immunizált vagy antitoxinnal kezelt, nagyfokú emelkedést mutatott.

Fodor<sup>24</sup> újabb kísérletei derítenek azonban a legtöbb világosságot erre a kérdésre. Kimutatta ugyanis, hogy egyes fertőző betegségeknek a vér savójának lugosságában sajátos és szabályosnak mondható ingadozások állanak be. Így a *lépfenével* halálosan fertőzött nyulak vérének alkalicitása a fertőzés utáni 10. óráig erősen (21%-kal) emelkedik, hogy azután rapid és nagyfokú (26%) esésbe csapjon át, a mely a halálig tart. Lépfene ellen részlegesen immunizált állatok vérsavója ezen processus alatt erősebben alkalikusá válik, sőt ha most igen virulens anyaggal fertőzte is azokat, vérsavójuk lugossága 2 × 24 órán át azon a magaslaton maradt, a melyen a fertőzés előtt volt, míg a nem védelt állatoké már ezen időnél jóval előbb (12 óra múlva) erős esést mutatott. *Cholera vibriok* tenyésztésével nem halálosan fertőzött nyulak vérsavójának lugossága az első 24 órában tetemes (18%) esést mutatott, mely azonban utóbb elég (14%) nagyfokú emelkedésnek adott helyet. Halálos cholera-fertőzésnél a savó lugossága gyors és nagyfokú (26–36%) esést mutatott a halálig. *Typhus-baktériumokkal* nem halálosan fertőzött állatoknál hosszú időn át, bár kisebb fokú esést tapasztalt Fodor, míg ez a lugosságcsökkenés azoknál, melyek a fertőzésben elpusztultak, gyors és nagyfokú (24%) volt. Olyan *tuberculosis-baktériumokkal* való fertőzésnél, a melyek 120 nap alatt nemcsak hogy nem ölték meg a nyulakat, de ezek súlyukban még gyarapodtak is, a vérsavó lugosságában Fodor esést kimutatni nem birt. *Sertés-orbáncznak* olyan tenyésztésével való fertőzésnél, a melyben az állatok nem pusztultak el, az első napokban emelkedés állott be a vérsavó lugosságában; ettől fogva a 14. napig kisfokú ingadozás mutatkozott úgy felfelé, mint lefelé.

Kísérleteiből Fodor azt következteti, hogy az élő szervezet bizonyos fertőző baktériumok hatására előbb a vér lugosságának emelkedésével felel, a mire nagyobb vagy kisebb esés következik. Ha a fertőzés halálos, úgy a lugosság erősen és progressive száll alá; ha pedig nem okoz halált, úgy a lugosság csökkenése is kisebb fokú, majd pedig emelkedésnek ad helyet, minek következtében a vér lugossága nagyobb is lesz, mint volt a fertőzés

<sup>18</sup> Érték. a természettud. köréből. 1885. X. — Archiv für Hyg. IV. kötet.

<sup>19</sup> Érték. a természettud. köréből. 1887. IV. — Deutsche medic. Wochenschrift. 1887. 34. sz.

<sup>20</sup> Centralbl. f. klin. Medicin. 1888. 36. sz.

<sup>21</sup> Le charbon symptomatique du boeuf. (Leipzig, 1865.)

<sup>22</sup> Giorn. intern. delle scienze mediche. 1892.

<sup>23</sup> Ugyanott. XVII. 2. szám.

<sup>24</sup> Centralblatt für Bakt. XVII. 7–8. sz.



előtt. Bizonyos bakteriumok pathogen hatása és a vér lugossága között tehát bizonyos oki összefüggés áll fenn. Olyan kísérleti állatok (nyulak), melyeknek vérsavója erősebben lúgos, valamint olyanok, melyeknél a lugosság erősebben emelkedik, ellenállóbbak bizonyos fertőző organismusok (anthrax) irányában, mint olyanok, melyeknek vére kevésbé alkalikus. Ugy látszik tehát, hogy a vér lugosságának foka, valamint a szervezet azon sajátsága, melynél fogva a fertőzés után a vér lugosságát megfelelő intensitásban emelni képes, lényeges befolyással van azon individuum immunitására, illetve dispositójára.

Fodor után Cantani<sup>25</sup> (jun.) végzett a vér lugosságára vonatkozó kísérleteket, még pedig annak kitudása céljából, mily reactio áll be a vér lugosságában olyan állatoknál, a melyeket csupán diphtheria-antitoxinnal, s olyanoknál, a melyeket toxinnal és antitoxinnal egyszerre oltott be.

Kísérleteinek eredményei a következők: Diphtheria antitoxinnal már igen kicsiny adagjára erős emelkedés áll be a vér lugosságában. Az emelkedés az oltás után két óra múlva kezdődik, legerősebb 10–20 óra múlva, majd esökkenés áll be, s a harmadik napon a lugosság a normalisra tér vissza. Ha antitoxinnal immunizált állatoknak toxinnal halálos adagot feecskendezünk is be, vérük lugossága mégis emelkedik, míg ha csupán toxint adunk az állatnak, vérenek lugosságában sülyedés áll be. Ép ló vérsavója a kísérleti állatok vérenek lugosságára nem volt befolyással.

Donáth<sup>26</sup> szintén behatóan foglalkozott a vérsavó alkalicitásának kérdésével a pajzsmirigy állatokra való hatásának tanulmányozása közben. A Fodor-féle vizsgálati módot használta s erős pajzsmirigy-kivonat adagolásánál nagyfokú lugosságcsökkenést tapasztalt.

A toxinok és antitoxinok, valamint a Pasteur-féle vaccinoknak a vér, illetve vérsavó lugosságára gyakorolt hatásával Cantani-nál még behatóbban foglalkozott ismét Fodor,<sup>27</sup> a ki Riglerrel végzett munkájában a Pasteur-féle lépfene- és sertésorbáncz-ellenes vaccinok, a diphtheria-toxin és antitoxin, e kettő együttes és egymásutáni beoltása, végül a Maragliano-féle tuberculosi-antitoxin hatását mutatta ki a vérsavó lugosságára.

Ezen munkából megtudjuk azt, hogy ép nyulak vérsavójának lugosságában hosszabb időn, több napon át is csak igen kismértékű ingadozások állanak fenn, vagyis hogy a vérsavó lugossága ép állatoknál állandónak vehető. Nincs reá befolyással az sem, ha az állatoktól naponta 4–5 cm<sup>3</sup>-nyi vért veszünk.

Míg a virulens lépfene-bacillusokkal fertőzött állatok vérsavójának lugossága a halálig gyors és erős esést mutat, addig a Pasteur-féle lépfene-ellenes I. és II. vaccin után már 24 óra múlva erős emelkedés áll be, melyet hosszabb idő (8 nap) múlva is csak igen kismértékű sülyedés követ. Igen nagy adag vaccinra az emelkedés kisebb, valószínűleg az oltóanyagban levő kevés toxin miatt.

Ugyanez áll a sertésorbáncz I. és II. vaccinjának hatására is.

A veszettség vírusával oltott nyúl vérsavójának lugossága az oltástól a halálig fokozatosan esékent, míg a beoltott, de antirabikusan kezeltél a lugosság öt napon át nem változott, s azután is csak lassan és csekély mértékben sülyedt.

Diphtheria-toxin-befecskendezésre gyorsan és igen nagy fokban sülyed a vérsavó lugossága a halálig.

Diphtheria-antitoxin gyorsan és erősen növelte a kísérleti állatok vérsavójának lugosságát. Ez az emelkedés azonban (a vaccinakkal ellentétben) csak rövid ideig (48 óráig) tart.

Diphtheria-toxin és antitoxin együttes befecskendezése után, ha a toxin hatása volt a nagyobb (több toxin), a vérsavó lugossága alászállott; ha az antitoxin hatása (mennyisége) volt nagyobb, nemesak meg tudta gátolni a toxinnal lugosságcsökkenő hatását, de a vérsavó alkalicitását annak ellenére még tetemesen emelni is volt képes.

Ha az antitoxin befecskendezése után, mikor a vérsavó lugossága ismét a normalisra szállott alá (10 nap múlva), történt a

<sup>25</sup> Centralblatt für Bakt. XX. 16—17. 1896.

<sup>26</sup> Magyar Orvosi Archivum. 1896. 484. l.

<sup>27</sup> Mathem. és természettudományi ért. XV. 1. f. — Centralblatt f. Bakt. 1897. XXI. 4. sz.

toxin adása, semmi emelkedés, sőt ellenkezőleg csak olyan esés állott be az alkalicitásban, mintha antitoxin-kezelés nem is ment volna előre.

Tuberculosis-antitoxin szintén emeli a vérsavó lugosságát, de az emelkedés itt is csak rövid ideig tart.

Fodor és Rigler kereste a vérsavó lugosságának okát is. Vizsgálataikból kiderült, hogy a vérsavó alkalicitásának nemesak az ásványosok az okai, hanem főképen szerves részek s ezek közül ismét azok, a melyek meleg által coagulálhatók. Az antitoxinra beállott emelkedésnek nem az antitoxin, illetve az abban levő igen kevés szerves anyag az oka, sem annak bomlási productuma, mert a lugosságemelkedés nem mutat arányosságot a befecskendezett anyag mennyiségével. Az antitoxin tehát csak inger, melyre a szervezet olyképen reagál, hogy egyes betegségeknek a toxin hatása elvész, másoknál a bakteriumok elpusztulnak. A szervezet ezen actioját Fodor cytochemismusként nevezte. A vérsavó-lugosság mérésével pedig chemiailag kifejezzük, mérjük ezen cytochemismust. Ezért a vérsavó lugosságának mérései alkalmas eszközt nyújtanak a kutatóknak arra, hogy nemesak a fertőzés, hanem hogy a védő és gyógyító oltások hatását is tanulmányozhassák.

Annak eldöntésére, hogy az így megmért lúgos anyag azonos-e azzal az anyaggal, a mely a szervezetet a bakteriumok, illetve toxinjaik ellen megoltalmazza, Fodor és Rigler kísérleteik alapján nem tartják magukat jogosultaknak.

(Folytatása következik.)

## Az elkövéredés pathológiájáról és therapiájáról.

Fornet Elemér dr. marienbadi fürdőorvos, volt egyetemi belklinikai I. tanársegéd-től.

(Folytatás.)

Mindent összevéve tehát azt hiszem, hogy a kísérleti és a klinikai észleletek helyes egybevetésével positiv értelemben eldöntöttnek tekinthetjük ama kérdést, hogy felveendő-e — igen vagy nem — a lassúdott anyagcsere jelenléte az elhíjasodás némely eseténél s nézetem szerint indokolatlan immár azoknak scepticismusa, kik Hirschfelddel élükön, cme felvétel helyességét tagadják.

A mi az obesitas kifejlődésének egyéb segítő tényezőit illeti, úgy röviden kifejezve ezek mindazok, melyek az izomműködést és így a hőelhasználást leszállítják. Ide soroznám továbbá saját tapasztalataim révén is a higany alkalmazása után néha kifejlődő elhízást. Erre nézve megjegyezni kívánom, hogy míg a szerzők legnagyobb része a higany anaemizáló hatására s így szerintük az ez által okozott oxydatio csökkenésére vezetik vissza az obesitas ezen alakjait, úgy részemről ezen nézetben annyival is kevésbé osztózhatom, mert hiszen a higany használata alatt kifejlődő vérszegénység igen múló, holott mi az előrehaladó elhízást már gyakran csak a viruló kinézésű, higanyt régen nem használó egyénekben constatálhatjuk. Ezen esetekben hajlandóbb vagyok a higany használata által megváltozott sejtműködésre, tehát a lassúdott anyagcsere szerzett alakjára gondolni. Hogy a diabetes némely alakja is okozhat elhízást, azt Noordennek ide vonatkozó valóban genialis elmélete alapján lehetségesnek tartom.

A táplálkozás minémiségének befolyásáról részben már nyilatkoztam, jelezve azt, hogy tekintet nélkül a zsír-, szénhidrat- vagy fehérjetartalomra, caloriateleslegnél zsírlerekódás képződik a caloriatelesleg arányában (csekély az elvi alapot nem érintő különbséggel). Hogy ez rövid ideig tartó ilyen körülmények között így van, ez iránt kétség nem lehet. Azonban egy bizonyos fentartással kívánok élni olyan esetekkel szemben, a melyekben a fehérjeegyensúly igen alacsony fehérjeértékkel tartatik fenn. Teszem ezt annyival is inkább, mert úgy vélem, hogy a nitrogen-egyensúly alsó határát megközelítő értékek therapiái szempontból bizonyos túlbecsülésben részesülnek. Mert bár a szervezetben egészséges felnötteknél kétségtelenül constatálható ama hajlam, mely szerint a szervezet annyi fehérjét ad ki, mint a mennyit bevesz, úgy mégis alig képzelhető, hogy a szervezet tisztán csak a bevett táplálék fehérjét üríti ki s hogy ne történjék úgy szólván csere a szervezeti sejtekből származó és frissen bevitt fehérje között. Azt, hogy az ilyen intracellularis anyagforgalom élénk-



sége mennyiben lehet vagy van befolyással az összszervezet működésére, ez idő szerint megítélni nem tudjuk ugyan, kétségtelen azonban, hogy a fehérjemoleculának elbontása a sejtek legfokozottabb munkájával jár s azt hiszem, nem lehetetlen, hogy ha a sejteknek ezen működésük kiváltására hosszú időn át a normalisnál kevesebb alkalom nyújtatik, ez működésük élénkségének rovására s eredeti oxydatioképességüknek talán kisebb fokú, de állandó csökkenésére vezetve, a kórosan lassúdtott anyagcsere szerzett alakját idézheti elő. *Igy tehát szerintem lehetséges volna az is, hogy csekély fehérjeadagolás mellett zsír- és szénhidrát-tartalmú táplálékkal nitrogen- és caloriaegyensúlyban tartott valamely szervezetben az anyagcsere a táplálék helytelen összetétele folytán renyhébbé válnék s ennek révén elkövérédek jöhetne létre.* Erre, mint elméleti lehetőségre a most uralkodó irányzattal szemben kívánok figyelmeztetni.

Az alkohol szerepét az obesitas némely eseteinek létrehozásában tagadni nem lehet. Hatása az, hogy caloria értékének arányában egy bizonyos felső határig a tápanyagok elégtétét csökkenti s így a zsírképződést indirect úton elősegíti. Mivel *Miura* vizsgálataiból tudjuk, hogy nagyobb adagokban élvezve fehérjésítését okozhat, nem lehetetlen, miszerint huzamos használata a sejtműködés energiáját bizonyos irányban alászállítja s az oxydatiót ez által csökkenti.

Az elhízásodást *kórtani csoportokra Immermann* igyekezett először felosztani, felállítván annak *vérmes és vérszegény* alakjait. Elismerve azt, hogy ezen felosztás a gyógyítás szempontjából igen czélszerű és kényelmes, tagadom eme kóralakok felállításának jogosultságát, a mennyiben a vérszegénységben vagy vérmességben csupán szövödményt, nem pedig kórtani alaptypust látok s eme beosztás helyett a semminek sem praesjudikáló *szövödménymentes és szövödményes* alakok megkülönböztetését fogadom el. S itt megnyugvással említhetem, hogy ezen általam már négy év előtt jelzett felosztást *Noorden* legújabb művében tölem függetlenül állítja fel, mit nézetem helyességének bizonyítékául tekintek. Ezen két főalak mellé még beilleszteni kívánám az *általános és részleges elhízásodás* kórformáit, mint a melyek a zsírlarakódást illetőleg bizonyos egyéni szövötménybeli sajáttságot jeleznek. A kinek alkalmá van az obesitas eseteinek nagy számát látni, annak lehetetlen, hogy figyelmét elkerülje azon körülmény, hogy mily egyenetlen a különböző egyéneknél a zsírlarakódás. Az egész testre meglehetősen arányosan szétszórt alakokon kívül elég gyakori, hogy egyébként alig túltáplált egyének csupán a hastájon mutatnak sokszor igen nagymérvű zsírlarakódást, máskor ez úgy szólván csak a lábszárakra szorítkozik, ismét máskor az emlőkre stb. Észletem eseteket, hol a nagysághoz viszonyított normalis testsúlynál csupán a szív körüli zsírgyülem tünetei állottak fenn. Ime egy példa a sok közül: 48 éves, 69 kgr. súlyú, középtermű, kissé anaemiás férfinak némi csekély szívűti nyomási érzésen kívül subjectiv tünetei alig vannak. A szívtompulat belső határa a sternum jobb szélét harántujnyira meghaladja, felső határa a negyedik borda felső széle, külső határának legtávolabbi pontja, az 5-6. borda között  $\frac{1}{2}$  harántujnyira a mamillaris vonalon belül van. Csücslökés alig érezhető. Hangok tiszták, kissé gyengék, pulmonalis második hangja nem ékelt. Érverés 58, szabályos, a normalisnál kisebb hullámú, inkább puha. Ütérfal puha. Négy hét alatt három kilogramm fogyás, szívtompulat normalis, érlökés 62, subjectiv nehélység nincsenek.

Az elhízásnak ez utóbbi módon való felosztása azt hiszem már azért is jogosult, mert az egyes szöveteknek a zsírfelhalmozás iránt való esetenként különböző affinitására figyelmeztet. Hogy miért rakódik le a zsírszövet egyes esetekben egy helyen, más esetekben más helyen, annak okát biztosan annyival is kevésbé adhatjuk, mert a normalis zsírlarakódás módjai felől sincs biztos tudomásunk. Vajjon ily esetekben egy praesformált zsírszövet helyi túltengését vagy a vérkeringési viszonyoknak a zsírlarakódást helybelileg különösen elősegítő voltát vagy más tényezőket kell-e okolni, ezt alig lehet eldönteni.

Mielőtt a pathologiai részt elhagynám, röviden utalni kívánok azon különböző magatartásra, melyet az egyes esetek a *szívelhízásodást* illetőleg egymás között mutatnak. Kétségtelen, hogy az állandóan fokozódó és sokáig fennálló elhízás, kivált, ha időszakonként nem képezi czéltudatos gyógybeavatkozás tárgyát,

úgy szólván matematikai biztossággal szívelhízásodáshoz s idővel az ez által okozott súlyos tünetek kifejlődéséhez vezet. Kétségtelen az is, hogy a mint azt *Leyden* kimutatta, az elhízás nyomán az epicardium alá rakódó zsírszövet a szív falzatát tágulékonyabbá és puhábbá teszi s a szívizom insufficienciáját okozhatja. Ezzel szemben azonban a mindennapi tapasztalat azt mutatja, hogy a szívizomnak bántalmazottsága igen gyakran nem áll arányban az elhízás fokával. Nagyfokú elhízásban szenvedő egyéneknél elég gyakran találunk kitünő működéssel bíró szívizmot, néha még akkor is, ha a szívtompulat a pericardiumon fejlődött zsírtömegek folytán igen kifejezetten megnagyobbodott. A mult nyáron kezelttem egy 42 éves budapesti sertéskereskedőt, a ki 138 kilogramm testsúly mellett a szívműködés oly intactságával rendelkezett, hogy ezért bármely egészséges ember megirigyelhette volna. Viszont számos tapasztalat felett rendelkezem, hol igen mérsékelt fokú elhízás és alig kimutatható szívelhízás mellett a szívizom insufficiencia tünetei hamar kifejlődtek. Mielőtt ennek további fejtegetésébe bocsátkoznám, jelezni kívánom azt, hogy természet-szerűleg kivesszem ez osztályból mindazon eseteket, hol a szívizom elégtelenségének oka egyidejűleg fennálló arterio-sclerosis, hörghurut, nephritis stb. révén nyilvánvaló. Igen gyakran találtam úgy oly esetekben, hol a polysarcia vérszegénységgel volt párosulva, valamint olyanokban is, hol az elkövérédek plethorával volt szövődve a nélkül, hogy minden esetben az anaemiára, illetve a plethorára lehetett volna háritani az insufficiencia okát, valamint láttam e tünetet oly egyéneknél is, kiknél az elhízás mellett sem anaemia, sem plethora fenn nem forgott. Kérdés, miben rejlik e jelenségnek, illetve a különböző magatartásnak oka? (Nézetem szerint a *szívizomnak egyéniül különböző ellenállási képességében*, mely az egyik esetben lehetővé teszi, hogy a szív évtizedeken át rezerverejének hatalmánál fogva diadalmaskodjék az elébe tornyosuló akadályok felett s a másik esetben okozza azt, hogy működési képességének sokkal gyengébb próbáival szemben erejétörönten ellankad. Érdekes és a felvétel helyessége mellett szóló, általam többször észlelt körülmény az, mely szerint a *szívizom elhízásodási insufficienciájának kifejlődésére az elhízottak családjai-ban bizonyos öröklékenység látszik szerepet játszani* oly értelemben, hogy a szívizom gyenge ellenállási képessége örökölt tulajdonság.

Az *elkövérédek gyógykezelésére* nézve az elméleti követelmény oda irányul, hogy a soványodás a szervezet ellenállóképességének gyengítése nélkül s az esetleg fennálló kórosan renyhe sejtműködés élénkítésével kapcsolatban éressék el. Azon eljárás, mely valamely adott esetben ily eredményre vezet, megfelel a gyógyítás eszményének.

A gyógyeljárás lényegét illetőleg mondhatjuk, hogy az minden esetben a szervezetnek caloriadeficitbe való juttatásán alapszik, a mint hogy az a kórállapot aetiologiája szerint más-ként nem is képzelhető. A szervezetnek hőhiánya juttatására s ezen a révén a felesleges zsírkészlet elégetésére több út mutatkozik. Elérhetjük ezt vagy a tápbevitelnek jelentékeny korlátozása által, vagy a szervezet hőszükségletének fokozása révén, végre pedig mindkét tényező egyidejű alkalmazásával. Az elsőben említett elven alapulnak a diataés eljárások, a másikon a balneo-, hydro- és mechanotherapiás, valamint a gyógyszeres beavatkozások. Az alkalmazásba vett gyógyítási módok rendszerint kombináltak, de az áttekinthetőség kedvéért rövid méltatásukat külön-külön eszközölöm.

A főbb *diataés eljárások* osztályozása azok legnagyobb részénél a megengedett szénhidrát- és zsírtartalom szerint történik, mi mellett azonban a fehérje tartalom is régóta méltányolva lön. Heves és hosszan tartó volt a véleménycsere azok között, kiknek egy része a fehérjén kívül főleg a szénhidrát-tartalmú anyagok bizonyos mennyiségét vélte a zsírokkal szemben inkább megengedhetőnek (*Oertel*), míg a másik tábor hívei a zsírneműek bevitelének előnyét hangoztatták a szénhidrátoké felett (*Ebstein*). Jelenleg úgy látom, a két vélemény közötti különbség lassan elenyészik s közeledés történik azon nézetem szerint is helyes tudatban, hogy minden diataés eljárásnak hatása a zsírszövetesség előidézésének szempontjából, tekintet nélkül a táplálékban foglalt zsír vagy szénhidrát túlnyomó voltára, a caloriaértékek magasságától függ s ceteris paribus egyenlő súlyvesztés érhető el általuk az alkalmazott táplálék hőértékének fordított arányában. Sokat veszí-



tett e kérdés fontosságából azóta is, a mióta *Noorden és Dappen* kísérleteiből kiderült, hogy a szénhidratok és a zsírok fehérjekímélő képessége huzamosabb időszak alatt caloriaértékük arányában egyenlő s hogy a szénhidratok csak igen rövid tartamú kísérletek ideje alatt mutatnak jobb fehérjekímélő képességet mint a zsírok.

A diatás eljárások fenti értelemben való osztályozása szerint a szénhidratoknak nyújt előnyt az *Oertel*-féle (1180—1630 caloria), a zsíroknak pedig az *Ebstein*-féle étrend (1300—1450 caloria). Utóbbihoz közel áll a *Hirschfeld* étlapja (1000—1400 caloria) is. A *Banting-Halvey*-féle diatánál (1100—1600 caloria) főleg a zsír-, de a szénhidrattartalom is erősen van megszorítva, ehhez hasonló *Kisch* előírása is, míg *Noorden* a tápláléknak körülbelül rendes arányában szorítja meg élvezetüket (1366 caloria). Az *Oertel* étrendjének sajátja még a folyadékbevitel jelentékeny korlátozása. Kétségtelen, hogy a bevitt folyadékmennyiségnek megszorítása által elért eredmény sem az oxydatio fokozása, sem *Oertel*nek a zsírszöveti elhalásról szóló ma már kissé regényesen hangzó felvételével meg nem magyarázható. Ellenben igen jól és könnyen érthető, ha az ilyenkor fellépő s a gyakorlat által már régóta (*Dancel*) constatált súlyvesztéséget egyrészt az esetleg fennálló vérkeringési zavarok javulásának beálltával kiadóbbá vált izomműködésre, másrészt az étvágnak a legtöbb esetben szembeötlő csökkenésére, végül pedig természetesen a szervezetnek a vízvesztés által okozott kisebb súlyára vezetjük vissza. (Folytatása következik.)

## Közlemény a II. kórboneztani s kórszöveti intézetből. (Igazgató: Pertik Ottó dr. egyetemi tanár.)

### A köszvényről.

A XI. balneologiai congressuson előadta *Weisz Ede* dr., pöstyéni fürdőorvos.

(Folytatás.)

A húgysavnak kiválását nem a húgysavnak abszolút mennyisége döntheti el egyoldalúlag, hanem az a testben felhalmozott, egymással cseréhatásban levő s egymást esetleg kiszorító egyéb anyagoktól s sóktól is függ.

Régebben — pl. maga *Garrod* is — a húgysav kicsapódását úgy látszik inkább vegyi folyamatnak nézték. Ugy képzeltek, hogy a húgysav valamely más sav által kiszorul és ezzel egyidejűleg a vér alkalescentiája is csökken. Azóta bebizonyult, hogy a vér alkalescentiájának meghatározására megbízható módszerünk jóformán nincsen s valószínűvé vált — a mi különben a priori valószínű volt —, hogy a szervezet alkalescentiájának *állandósága* fölött a legmesszebb menő következetességgel öröklik.

A húgysavnak különböző viszonyok szerint változó oldékonysága teszi azon tapasztalatot is érthetővé, hogy *miért van az, hogy bizonyos betegségeknél* (leukaemia, nephritis), *a hol a húgysav a vérben még a köszvényt esetleg meghaladó arányban halmozódik fel, húgysavas lerakódásokra nem kerül a sor.*

A húgysav oldékonyságával felelhetünk.

Ugy a leukaemiánál, mint a nephritiséknél nyilván más összetételű a vérsavó mint a köszvényénél. Bizonyára van valami a leukaemikus s nephritikus vérben, a mi oldékonyság tekintetében a húgysavnak többletét ellensúlyozza. Utóbbinál gondolhatunk pl. egyéb visszatartott anyagokra, nevezetesen a húgysav oldódását nagy fokban előmozdító huyanyra.

*A húgysavnak esetenként különböző oldékonysága megfejteti látszik ama eddig sokat hangoztatott, de alig magyarázott ellmondást, mely egyfelől a leukaemia s nephritis, másfelől a köszvény között a húgysavnak a testben való különböző viselkedésére nézve fennáll.*

Mindebből kiviláglik, hogy midőn a húgysavnak a testben való lerakódásáról van szó, elhibázott dolog egyes egyedül a húgysav megsaporodását vádolni és semmibe sem venni az oldó agensek is nem kevésbé lényeges szerepét.

Belátható, hogy az emberi szervezet tápfelvételt, tápfeldolgozást, életmódot stb. illetőleg — egyéni szabadságával is — oly talaj, a hol igen sok elem a legkülönbözőbb módon egymással kereszteződik és az elemeknek egymáshoz való aránya, azoknak csereviszonya igen nagy mérvben változik.

De épen ezen variatiók s permutatiók végtelenségéből ama rendkívüli nehézségek sejthetők, melyek a húgysavnak a testben való oldódása illetőleg kicsapódása kérdése körül felmerülnek.

A konyhasórol pl. tudva van, hogy a húgysav oldékonyságát alább szállítja; a huyany jelenléte ellenben fokozza. De a legtöbb anyag befolyása a húgysav oldékonyságára nincs is ismerve, annál kevésbbé azon befolyás, a melyet a különböző combinatiók — és ezeknek sora valóban végtelen — a húgysav oldódására gyakorolhatnak.

Szóba jöhetne még azon befolyás, a mit a *hőmérséklet* ingadozása a húgysav oldódására gyakorolhat. De egyrészt nem nagyok a test hőmérsékleti ingadozásai, másrészt — *Smale* vizsgálatai szerint — nem nagy azon befolyás sem, a mit a hőmérséklet ezen változatai a húgysav oldására gyakorolhatnak.

A physikalís chemiában még egy folyamatot ismerünk, tisztelt uraim, mely az anyagoknak az oldatból való kiválására vezethet és ez az *elektrolýsis*. Ennél sem az oldott anyag, sem pedig az oldó közeg mennyilegesen nem vátozik; valami új idegen anyagot sem viszünk az oldatba, a mely a régít talán kiválásra készítené. S mégis, két elektrodot vive be az oldatba, a sarkok körül megindulhat a megfelelő lerakódás.

Ime, még a leghigabb oldatokból is ugyanazon hőmérséklet mellett válhat ki egyik-másik anyag a nélkül, hogy még helyettesítő új anyagot szükséges volna az oldatba bevinni.

A testben keringő villamos erők ugyan nincsenek kellően ismerve, de léteznek. Elméleti s elvi lehetősége annak, hogy a különböző vegyfolyamatok s nevezetesen az idegrendszer útján közvetett villamos tényezők bizonyos anyagoknak s esetleg a húgysavnak lecsapódására vezethetnek, nem tagadható. Ezt csak mellékesen akarom említeni, a nélkül, hogy ismeretlent ismeretlennel helyettesítve, az újítás kedvéért új hypothesis akarnék felállítani és az ismeretlen villamos befolyásoknak a köszvény tanában talán túlnagy tért engedni.

A helyzet, az elmondottakat röviden összefoglalva, tehát a következő: a *multra* vonatkozólag láttuk, hogy a húgysavnak a test bizonyos helyén való lerakódásához nem szükséges azon, biologicice amúgy is téves postulatumhoz folyamodni, miszerint az egész test húgysavval volna elárasztva. Ha ez elesik, nem kell feltételezni a vérnek húgysavval való túltelítését sem és nem kell azon hibához ragaszkodni, hogy a vér húgysavas túltelítését a vizeletben, illetőleg annak vizsgálata által, igyekezzünk minden áron bizonyítani.

*Klemperer, Mendelsohn, Magnus-Lewy* s mások kimutatták az utolsó években, hogy tényleg a *vizelet húgysavtartalmából a köszvény kórsimjét megállapítani nem lehet, hogy a vérben a húgysav még a roham ideje alatt sincsen megsaporodva, sőt hogy a köszvényesek vérsavója hozzáteht húgysavból még oldani is képes, s hogy a vér alkalescentiája semmiben sem tér el a rendes viszonyoktól.*

A régi felfogás tévedéseit összevetve a legújabb vizsgálatok ezen megbízható tényeivel, általános fejtegetéseink értelmében a következő conclusiókhoz jutunk: A köszvényes lerakódások értelmezésében nem elég a „diathesis“ többnyire csak az összszervezetet illető képzetét szem előtt tartanunk, hanem méltányolnunk kell, épúgy mint azt más concrementumoknál — húgy-, epekő, elmeszedett góczok stb. — szoktuk, a *helybéli* viszonyoknak fontos, talán döntő szerepét.

Hogy húgysavas lerakódás történhetik bizonyos helyen a a testnek húgysavval való elárasztása nélkül, az imént említett szerzők megbízható adatokkal igazolták. Annak egyszersmind elméleti bizonyítása, hogy ez lehetséges, mikor már tényképen ki van mutatva, tulajdonképen szükséges sem lenne, egyébiránt eddigi fejtegetéseinkből is kitűnik.

Minden egyes szervnek, mondhatjuk minden egyes sejtnek a maga külön anyagcsereje lévén, a maga specifikus chemismusa s fajlagos osmosisa: érthető, hogy a különböző szervek húgysavbéli arányai egymástól s a vér húgysavbéli arányaitól is eltérők lehetnek. Tekintve, hogy minden egyes szövetelem, mely híg közegtől van környezve, ezzel bizonyos fajlagos coefficiens szerint csereviszonyba lép, igen jól képzelhető azon folyamat, hogy bizonyos szövetelemek több húgysavat termelnek vagy esetleg — pathologikus viszonyok között — több húgysavat szíhatnak magukba és a környezetnek több oly sőt adhatnak át, mely a húgysav oldé-



konyságát ott helyben megnehezíti. S ha ezen helybeli kicserélődés oly mohón történik, hogy azt a vér s nyirkkeringés nem győzi kiegyenlíteni, vagy ha akár még valamely kiváltó momentum is közbe lép, létre jön a physikalís chemia értelmében helybelileg a relatív túlleltetés és ezzel ott helyben a megfelelő lerakódás.

Más szóval helybelileg játszódhatik le azon, az összszervezet általános számarányaitól részben eltérő s független folyamat oly módon, hogy bizonyos töménységű hűgysav bizonyos kedvezőtlen oldódási viszonyok közé kerülve, bizonyos szövetelemek attractiójától lekötve, jegezes alakot ölthet.

E szerint, tisztelt uraim, „hűgysavas diathesisről“ szólni a szó közönséges értelmében nincs jogunk.

Vajjon miért épen a hűgysav az, mely bizonyos kóros viszonyok között jegezes alakban lerakodni szokott?

A jegecz, tisztelt uraim, nem szokott formája az élő szerves anyagnak. Hiszen tényleg csak pathologikus viszonyok között szoktunk a test egyik-másik részén jegezes alakulást találni. De az amorph szilárd minőségben való kiválása az anyagnak — kivéve a csontokban való lerakódást — szintén nagy ritkaság s már kóros jelleg számba megy.

(Folytatása következik.)

## A rendszeres hallási gyakorlatokról és ezek therapeutikus értékéről süketnémáknál és süketeknél.

Kritikai tanulmány Sugár K. Márton dr.-tól Budapesten.<sup>1</sup>

(Folytatás.)

Ha tekintetbe vesszük, hogy magában Európában több mint 200,000 süketnéma létezik, ezen tudományos viták komoly érdeklődést érdemelnek. Urbantschitsch sikerei Kühnel és Brunner süketnémaintézeti tanítók által Bécsben, Bestič tanítótól Zágrábban, Roboz, volt süketnémaintézeti igazgatótól Vácztól, Schwendt dr. és Wagner dr. magántanároktól Baselben, Goldstein dr.-tól St.-Louisban (Amerika) teljes megerősítést találtak, Gutzmann Hermann dr. Berlinben azonban a hallási gyakorlatokat mint cél-talanokat elveti.

Urbantschitsch folytatta hallási gyakorlatait és elért eredménye elég ékesszólóan ezek evidens haszna mellett bizonyított, melyről nemcsak Urbantschitschnál, illetve a bécsi-döblingi süketnéma-intézetben és az izraelita süketnéma-intézetben Bécsben, hanem Vácztól is, még Roboz József igazgatósága alatt ismételt alkalammal volt meggyőződnem.

A hallási gyakorlatokat különben a váci süketnéma-intézetnek jelenlegi igazgatója, Borbély is sikerrel folytatta. Nem szabad e helyen megfeledkezni arról, miszerint Dirner nőgyógyász egyetemi tanár érdeme, hogy tetemes pénzáldozat révén lehetővé tette a rendszeres hallási gyakorlatokkal való foglalkozást a váci süketnémaintézetben, míg Váli Ernő kartárs úr volt az, ki Magyarországon legelőször kardoskodott Urbantschitsch methodusa mellett. (Magyarország orvosainak évkönyve 1899: „Ujabb nézetek a fülgyógyászatban“.)

A nézeteltérések élénk vitájában Urbantschitsch egy a szaktudományban nagyrabecsült német tudósban, Bezold tanárban Münchenben sikeres támaszt lelt. A német fülorvosok és süketnéma-intézeti tanítók 1899. szeptember 16-dikán Münchenben megtartott gyülekezetén Bezold nagyon elismerőleg nyilatkozik Urbantschitsch kezdeményezése felől. Bezold azonban az Urbantschitsch által megkezdett pályán tovább ment és az ő érdeme, hogy egy „folytatólagos hangsor“ („continuirliche Tonreihe“) létesítése által az emberi hallás egész terjedelmének exact hangvizsgálatát tette lehetségessé.

Bezold a rendszeres hallási gyakorlatok megejtése ezéjából a hangvillák egész sorát használta, melyek azonban természetesen nem lehettek elegendők a magasabb hangok számára. A normalis emberi fül perceptiobeli képessége 11 octávra terjed. A legmélyebb hang, melyet Bezold használ, a subcontra c 16 kettős rezgéssel. A mélyebb hangok számára egészen az a"-ig megfelelőleg megterhelt hangvillákat, a magas hangok számára fedett orgonasípot, a legmagasabb hangok számára Galton-sípot használ.

Nem tagadható, hogy ez által a vizsgálati eszközök egyformasága némileg esorbat szenvedett, de a sípok hangjai is mentesek a felhangoktól, ha különféle intenzitásban is.

Bezold tanár a müncheni központi süketnéma-intézetben és utána Schwendt és Wagner magántanárok Baselben, Kickhöfel és Barth Danzigban azt találták, hogy a megvizsgáltak között a teljesen süketek száma csökken, ha a harmonikát vagy a zongorát használjuk. De egyetértőleg azt találták, hogy a megvizsgálás ezen neme a vele járó rázkódtatás, illetőleg tactil-erőművi érzet miatt nem teljesen megbízható. Míg Urbantschitsch csak 3% teljesen süketet talált, Bezold rendszerével 22% teljesen süketet, illetőleg 14% egyoldalúlag süketet észlelt. A süketnémák beosztása teljesen süketekre és egyoldalúlag süketekre a kiképzésre gyakorlatilag fontos.

Bezold e mellett azt találta, hogy a süketnéma gyermekek hallási képessége oly különféle hallási maradékokat mutatott, hogy ez utóbbiak a beszéd megértésére nem mutatkoztak elegendőknek, habár épen a hallási maradékok előfeltételei volnának a fül részéről való további kiképzésnek.

Bezold és utána több más bűvár azt constatálhatták, hogy a süketnémák egy részének több octávja hiányzott és pedig az octávásor alsó határán, egy másik résznek a felső határon, csak egy esetben talált hiányokat az octávásor mindkét végén, továbbá több esetben hézagokat tapasztalt a hallás sorrendjében és némelyiknél csak rövid hallási területeket észlelt, melyeket szigeteknek nevezett. Igaz, hogy egy hatodik csoportot is talált, mely rendes hanghallást mutatott.

A hanghallásnak a magánhangzók és mássalhangzók számára talált hallással való összehasonlítása ama érdekes tényt derítette ki, hogy csekély különbséggel csak ama gyermekek hallottak magánhangzókat, kik legalább a b'-től g'-ig terjedő hangterületet hallhatták.

Ezen tény nagy tudományos érdekléssel bír, a mennyiben ezen hangok azon hangterületek köré esnek, melyeket Helmholtz a resonatorokkal a magánhangzók számára meghatározott.

A Bezold által talált hallási hangterület beigazolást talált mindazok által, kik rendszerének értékét felülbírálták.

Nem elég azonban a magánhangzók megértésére, hogy a gyermekek ezen hangokat hallják, hanem szükséges, hogy a hangokat eléggé hosszú ideig is hallják, mert különben a hallási maradékoknak számukra semminemű becsük nincsen és mivel, a mint Bezold találóan megjegyzi, a beszéd hangjai számára való hallásnak legesekélyebb izgalmi foka (Reizschwelle), illetőleg ennek értéke (Schwellenwerth) általában véve ama intenzitás alatt fekszik, melylyel a használt hangvillák és sípok bírnak.

Azért a harmonika sem adhat a hangok számára való hallás megítélésére helyes mértéket, részben mert zenéje felette hangos, részben mert zenéje nem mentes a felhangoktól. A rendszeres hallási gyakorlatok megkezdése előtt szükséges az emberi hangok számára létező hallást is a Bezold-féle hangvizsgálaton kívül meghatározni. Igaz, hogy ezen vizsgálat főképp csak olyan gyermekeknél bír értékkel, kik az ajkáról való olvasás útján élveztek már oktatást, a midőn a gyermekek combináló képessége előnyösen érvényesül, mely utóbbi épen a leolvasás útján történt oktatásnál fejlesztetik. Az egyes hangokra való vizsgálat alkalmával legmegbízhatóbb a magánhangzókra való vizsgálat; a mássalhangzók hangterjedelméről szóló vélemények még nincsenek eléggé tisztázva.

Egyes mássalhangzóknál különbségeket találtak, így Wolff szerint (Ohr und Sprache, Braunschweig 1871) az f az a<sup>2</sup>-a<sup>3</sup> közötti hangokat foglalja magában, Bezold szerint a fis'-g<sup>1</sup> közötti hangokat. A mássalhangzók utána mondása a hallásnak nem teljesen biztos mértéke, főképp, mert néhány mássalhangzót hang-süket gyermek is biztosan megkülönböztet, mint a g, f és r-t. A légrázkódtatás, mely ezen mássalhangzók által előidézettik, megismerteti e hangokat a süketnéma gyermekekkel.

Igy látjuk, hogy a hangvizsgálatok között a magánhangzók még a legbiztosabb támpontot nyújtják és ennél fogva gyakorlatilag tényleg fontos volt, ha a fül hasznavehetőségének megítélésére régen a süketnémaintézeti tanítók csak a magánhangzók számára való hallást (Vocalgehör) választották mértékül. Esetleges gyakorlatok számára azonban biztosabb alapunk nincsen, mint az, a mit a folytatólagos hangsorral nyerünk.

Csakis olyan gyermekeket lehet a gyakorlatnak alávetni, kik legalább a magánhangzók számára való hangterjedelmet b'-től



*g*<sup>2</sup>-ig elegendő hallási tartóssággal bírják, feltéve, ha eléggé értelmesek.

A szavaktól nemsokára rövid mondatokra mehetünk át, melyek a gyermekek gondolkörébe esnek és melyek tartalmát a szemlélés útján már ismerik.

Bezold azon követelményt állította fel, hogy a partialisan halló és beszélő süketnéma növendékek számára új intézetek állítassanak fel.

Instrumentariuma Edelmann Tivadar dr. müncheni tanár hirnevén physikai-mechanikai intézetében készül.

Folytatólagos hangSOR, melyet a tisztelt szakegyesületnek bemutatni van szerencsém, az 1024 kettős rezgéssel bíró háromvonásos *c*-ig, tíz hangvillából áll, melyek mozgatható súlymértékkel vannak ellátva és melyek minden hangot, mely 16 és 1024 rezgés között fekszik, képesek előidézni. A hangskála felső fele, mint említettem, három fedett orgonasíp által képezetik, melyek mindegyike két oktáványi és azonfelül terjedő hangterületet tartalmaz. Eszközének az az előnye, hogy a folytatólagos hangSOR minden egyes darabja csak az alaphangot hangoztatja felhangok nélkül.

A folytatólagos hangSORral való vizsgálat alkalmával a csontvezetéken való hallás nem vonatik be a számításba, mert ez a süketnéma gyermekek megfigyelő képességére túlságos nagy igényeket támaszt és könnyen hamis eredményekre vezethetne. A vizsgálatot a szemnek és érzetnek abszolút biztos kizárása mellett fogantatosítjuk; megkívántatik továbbá, hogy a süketnéma a hangzó hangvillának gyors közeledtével füléhez azonnal és nemcsak hosszabb idő eltelté után újjának felemelése által jelezze, hogy hallotta a hangot. Ha Urbantschitsch némely süketnémánál csak akkor nyert reactiót, miután harmonikájának átható hangja 30 és több másodpercig hatott a fülre, ilyen későn fellépő ellenhatás megbízhatósága minden biztos alapot nélkülöz.

Bezold ismételtelen kiemeli, hogy a különféle hallási maradvékok létezésének kimutatása által physiologikus belátásunk a hallás functiojába, valamint a hangbenyomások taglalása a csigában Helmholtz theoriája értelmében új alapot nyert.

A folytatólagos hangSORral való vizsgálat feltétlenül szükséges a hallószerv peripher és centralis bántalmainak megismerésénél, illetőleg localisatiojánál, mint ezt különösen Liebmann elmerostanár nemrég bebizonyította. Szakorvosi irodalmunk eddigi adatai alapján tudjuk, hogy acustikus ideglaesioknál leginkább a középső és mély hangok perceptioja szenved, a magas hangok számára való hallás pedig még relative jónak mondható, tömkeleg megbetegedéseknél azonban épen a magas hangok perceptioja csökkent. Ezen fontos kérdésekbe csak akkor nyerhetünk teljesen tiszta belátást, ha az életben functionaliter pontosan megvizsgált süketnéma nagyobb száma a boncsolásztalon megvizsgáltatott.

Mérvadó volt és kiváló fontossággal bírt a folytatólagos hangSORral való vizsgálat alkalmával mindig, hogy az összes süketnémák között egyetlenegy sem, kinek a folytatólagos hangSORban levő *b*<sup>1</sup>-*g*<sup>2</sup>-ig terjedő hangterülete hiányzott, mutatkozott képesnek arra, hogy a beszédnek csak némileg lényeges részét a fülön át percipiálja vagy megtanulja!

Ezen meghatározás által megtaláltuk az alapot a fülön keresztül történő oktatásra való kilátások számára. Hogy ezen alap biztosnak nevezhető, az különösen ama növendékeknek mutatkozott, kik, habár a *b*<sup>1</sup>-*g*<sup>2</sup>-ig terjedő hangterület számára és azonfelül perceptio képességgel bírtak mindazonáltal majdnem süketek voltak a beszéd számára és mégis képesek voltak arra, hogy a beszédet a fülön át megérteni megtanulják. Ez által be van bizonyítva, hogy a beszéddel való vizsgálat sehogysem kielégítő a hallási maradványok felderítésére és hogy csak a folytatólagos hangSORral való vizsgálat adhat arról biztos felvilágosítást, mily nagy a valóságban ama süketnéma száma, kiknél a fülön át való oktatás még sikert ígér. A hangvizsgálat által továbbá megismerhető, hogy a hangskálaban talált bizonyos hiányoknak a beszédhangok között is meghatározott hiányok felelnek meg.

A magánhangzók számára Helmholtz által meg lett állapítva, hogy minden magánhangzónak meghatározott hangmagasság felel meg.

Wolf Oszkár a mássalhangzók hangrovatának fekvését is

megkísérelte megállapítani a skálában az Appun-féle készülék segítségével.

A süketnémák hang- és beszédhallásának összehasonlítása alkalmával új út nyílt meg arra, hogy a magánhangzók és mássalhangzók magasságát a hangskálaban megállapítsuk, mert minden beszédhangnak a hangskála ama területébe kell esnie, mely az összes süketnémák hallási területében közösen megvan, kik a megfelelő beszédhangnak hallására képesek.

Ily összehasonlítás által a legtöbb magánhangzónak és mássalhangzónak a skálában való magassági fekvése eléggé szűken határolható körül és így kitűnt, hogy a talált eredmények nagyjában kielégítő módon a beszéd hangelemeinek más úton már talált hangmagassági meghatározásaival megegyeznek. Ha már most a folytatólagos hangSORral való vizsgálat által pontosan meghatározhatjuk, melyik magánhangzót és mássalhangzót képes a süketnéma magától vagy tanulás által hallani, a tanító egyrészt biztosan tudni fogja, hogy mily sikereket várhat a hallás közvetítésével való oktatás által, másrészt ama hangokat tanulja megismerni, melyek a fülnek hiányoznak, s melyek az articulatio és leolvasási oktatás által betanítandók.

(Folytatása következik.)

## Megjegyzések Bauer Lajos dr. egyetemi tanársegéd „A csecsemőkori adenoid vegetatiokról” című közleményére.

Neubauer Adolf dr. fül- és gégeorvostól.

Az adenoid vegetatiok hatalmas irodalma után Bauer dr. az „Orvosi Hetilap” 1901. évi 21. száma „Gyermekgyógyászat” című mellékletében fenti czimen megjelent közleményében következőket állítja:

„A csecsemőkori adenoid vegetatiok tehát nem tartoznak a ritkaságok közé s hogy mégis olyan kevéssé ismertek, annak okát talán az képezi, hogy a szülők csak olyan esetekben fordulnak orvoshoz, midőn a tünetek már fenyegető jelleget öltének — nagy vegetatiok esetén —, miután enyhébb tüneteket hajlandók elhúzódo coryza rovására irni, másrészt azon körülmény, miszerint a már csecsemőknél is előforduló adenoid vegetatiokra eddig *szakkörök* sem fordítottak kellő figyelmet. Pedig, . . . sőt észleleteink alapján azon nézetben vagyunk, hogy a fiatal csecsemőkori adenoid vegetatiok még sokkal nagyobb mértékben hátráltatják a fejlődést és táplálkozást, mint a gyermekkorban fejlődött adenoid vegetatiok, mert a csecsemőnek két olyan életfeltételét, mint az alvás és táplálkozás zavarják meg.”

Ha szakkörökről beszélünk, akkor tudnunk kell, hogy az adenoid vegetatiok az orr- és fülgyógyászattal foglalkozó orvosok szakkörébe tartoznak. Már Czermák a rhinoscopia posterior feltalálója 1858-ban, Clark 1861-ben és Semelader 1862-ben kóros elváltozásokat írtak le, mely leírásokból a garatmandula hyperplasiájának körképére lehet következtetni. Voltolmi már 1865-ben egy ily megbetegedést galvanocautice operált is, míg a nemrég elhalt Hans Wilhelm Meyer 1868 és 1869-ben rövid közleményekben és 1874-ben az „Archiv für Ohrenheilkunde”-ben bővebb kidolgozásban az adenoid vegetatiokat mint különálló megbetegedést írta le. Ő tőle származik, mint tudjuk, a már közhasználatba átment elnevezés is, az „adenoid vegetatiok”. De Meyer után is az orr- és fülgyógyászattal foglalkozó orvosok közül még számosan foglalkoztak az adenoid vegetatiok aetiologiájával, tüneteivel és az azok által előidézett betegségekkel. Hogy ezek közül épen az én csekélységem emel szót a felhozott vád miatt, azt annak tulajdoníthatja Bauer dr., hogy a budapesti kir. orvosegyesület otologiai szakosztályának 1900. évi október 19-dikén tartott ülésén: „az adenoid vegetatiok és azok befolyása a hallószervre” czimen tartott előadásomban, mely a Gyógyászat 1900. évi 49. és 50. számában egész terjedelemben s hazai lapok közül rövid kivonásban az „Orvosok Lapjában” is megjelent, magam behatóan foglalkoztam a csecsemőkori adenoid vegetatiokkal és azok tüneteivel. Ezen a „Gyógyászat” 1900. évi 49. sz. 773. lapján megjelent közleményemben, már Bauer dr. előtt én figyelmeztettem a kartársakat az adenoid vegetatioknak egy a csecsemőkori előforduló tüneteire: az adenoid vegetatiok által okozott orrdugulás által létrejövő *táplálkozás* zavarára. Sőt egy esetet is említettem fel, melyben egy három hónapos csecsemőnél táplálkozási szempontból vitalis indicational fogva adentomiát kellett végeznem.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Gyógyászat 1900. évi 49. szám, 773. oldal: „Magam az 1899. évben a Bródy Adél-gyermekkorházban Grósz Gyula főorvos úr szívesége folytán, kinek e helyen is köszönetemet nyilvánítom, 89 adenotomiát végeztem. Ezek közül a legidősebb 13 éves, a legfiatalabb 3 hónapos csecsemő volt, kit anyja ama panaszszal hozott be a kórházba, hogy a gyermek egy idő óta nagyon soványodik, rosszul szopik, azaz az emlőt csak egy-két pillanatig tudja szájában tartani. Adenoid vegetatiokra lévén gyanú, a gyermeket ilyen irányban vizsgáltam s ekkor kitűnt, hogy majdnem az egész orrgaratúr telve van sarjakkal. Ez esetben *vitalis indicatio* volt az adenoid vegetatiok eltávolítása, miért is



Azt hiszem, hogy ezzel bebizonyítottam, hogy Bauer dr.-nak a szakörök ellen felhozott vádjai azokat nem illeti.

Bauer dr.-nak közleménye végén felállított három pont közül az említett közleményben már kettőre én is figyelmeztettem a kartársakat. Így a Bauer dr. közleménye végén felállított első pontot „A fiatal csecsemőkorban jelentkező adenoid vegetatiók nem tartoznak a ritkaságok közé“, én a hét hónappal előbb már megjelent közleményemben a következőkben véltam bebizonyíthatni:

„Hogy csecsemőkorban nem oly ritkák az adenoid vegetatiók, azt azzal vélem bizonyíthatni, hogy az 1899. évben nehéz légzés miatt öt esetben végeztem adenotomiát egy éven aluli gyermekeknél s mind az öt eset gyógyulása a műtét indicált voltát bizonyította.“

Bauer dr. közleményének 3. pontja így szól: „Bármily kicsinyek az adenoid vegetatiók, kiirtandók, ha az orrlégzést akadályozzák; nagyobb vegetatiókat minden esetben célszerű minél korábban extirpálni.“

Míg én az említett közleményemben „az adenoid vegetatióknak a hallószervre való befolyása“ tárgyalásánál azon nézetemnek adtam kifejezést, hogy az adenoid vegetatiók akkor is eltávolítandók, ha azok csekély térfogatuk által nem is okoznak nagyobb stenosis-tüneteket.<sup>2</sup>

Nagyon csodálom, hogy kikerülte Bauer dr. figyelmét eme a Gyógyászat 1900. évi 49. és 50. számában egész terjedelmében, az „Orvosok Lapjában“ és a „Klinisch-therapeutische Wochenschrift“-ban kivonatban megjelent közleményem. De fel kellett azt tételennem, mivel Bauer dr. említett közleményében a következőket állítja:

„Azóta igen sok szerző kimerítően tárgyalta az adenoid vegetatiókat, azoknak tünettánát, terapiáját stb., de a fiatal csecsemőkorban előforduló adenoid vegetatiókról csak egy-két szerző emlékszik meg. Első ízben Fränkel...“ míg az én közleményemet, mely külföldi referatumokon kívül két hazai lapban is megjelent, Bauer dr. elhallgatja.

A történelmi hűség kedvéért kellett, hogy csak a pusztán tényeknek megfelelő, e megjegyzést fűzzem Bauer dr.-nak különben tanulmányos, de már általam nagy részben ismertetett adatokat tartalmazó közleményéhez.

Engedje meg ezek után Bauer dr., hogy közleményében foglalt következő állítását kétségbe vonjam.

„Míg ugyanis gyermekkori vegetatióknál a nehezített légzés csak másodlagos szerepet játszik, e helyett gyakori fejfájások, éjjeli feljédek, enuresis nocturna stb. képezik a főpanaszt, addig a csecsemőkori adenoid vegetatióknál majdnem kizárólag a légzési zavarok dominálnak.“

Tapasztalatom szerint a gyermekkori vegetatiók a légzésre és hallószervre gyakorolnak legnagyobb befolyást, míg ellenkezőleg a gyakori fejfájások, étvágytalanság, ecclampiform-rohamok, esetleg éjjeli feljédek, enuresis nocturna stb. csak másodlagos szerepet játszanak. De az összes orrgyógyászati és fülészeti tankönyvek is a gyermekkorban előforduló adenoid vegetatióknál a nehezített légzést mint legfontosabb tünetet első helyen említik. Így a legutóbb megjelent három kötetű „Heyman, Handbuch der Laryngologie und Rhinologie“ II. kötet 560. lapján olvasható: „Unter den Symptomen der adenoiden Vegetationen nimmt die Verstopfung der Nase den ersten Platz ein“. Másrészt, mint az említett operált esetenél, a csecsemőkori adenoid vegetatiók eltávolítását a légzési zavarok mellett táplálkozási zavarok is szükségessé teszik.

Nem tartom helyesnek Bauer dr.-nak azon ajánlatát sem: „hogy a késnek az orrgaratúrbé való bevezetése után, vagyis a metszés pillanatában a fejet erősebb fokban hajlítsuk lefelé, mint azt a gyermekkorban adenoid vegetatiók extirpálásánál általában tenni szoktuk, különben a műtét esetleg eredménytelenül végződhet“.

Tudtommal a műtétnél a gyermekek fejét nem kell lefelé hajlítani, sőt ellenkezőleg a segéd a gyermeknek kissé hátrahajtott fejét a saját melléhez szorítja!

Így láttam azt mindig másoktól és végeztem magam is e műtétet felnőtteknél, gyermekeknél és csecsemőknél egyaránt körülbelül ezer esetben.

## Nyilatkozat.

A budapesti kir. orvosegyesületnek 1901. évi május hó 11-dikén tartott ülésén Kiss Gyula dr. úr kivonatol előadás alakjában bírálta a vesebetegségek diagnosztikájának újabb módszereit. Azóta bírálatát a „Gyógyászat“ utolsó három számában a maga teljességében közölte. A

rögtöni műtétet ajánlottam, mibe az anya bele is egyezett. A legkisebb Beckmann-féle gyűrűalakú késsel sikerült is csekély vérzés mellett az orrgaratúrból egy mogyorónyi nagyságú vegetatiót eltávolítani. Hamarosan a műtét után a gyermek már jól táplálkozott s mint később volt alkalmam meggyőződni, szépen fejlődött.“

<sup>2</sup> „Míg az adenoid vegetatióknak az orrgaratúrbé lévő jelenléte nemcsak előidézője, de az adenoid vegetatiók lacunáiban lappangó váladéknak a fülkürtbe és innen a dobüregbe való ismételt bevitelére alkalmas fentartója is a dobüri genyedsnek és számos idült dobüri genyedés, mely minden gyógykezeléssel dacol, az adenoid vegetatiók eltávolítása után gyógykezeléssel vagy minden gyógykezelés nélkül gyorsan megszűnik. Az adenoid vegetatiók által előidézett genyedsnek intenzitása nem áll egyenes arányban azok nagyságával, sőt nagyon csekély vegetatiók a legerősebb dobüri lobok okozói és fentartói lehetnek. *Ennélfogva szükséges az adenoid vegetatiókat akkor is eltávolítani, ha azok csekély térfogatuk által nem is okoznak nagyobb stenosis-tüneteket.*“ (Gyógyászat 1900. évi 49. szám 775. oldal.)

mikor a diagnostika ezen fejezete fejlődésének új iránya felett elvettó itéletet mond, legterjedelmesebben öt év előtt, 1896-ban megjelent azon munkámmal foglalkozik, a melylyel a fagyontsülyedés mérését a klinikai laboratóriumokba bevezettem, és a melyben a vese működésének vizsgálatára ma már széles körben alkalmazott diagnostikai módszernek alapját vettem meg.

Klinikai vizsgálataimból a diagnostikában alkalmazható tények kerültek ki, a melyeket Európának több elsőrangú urologusa és sebésze százakra menő klinikai észleletekben constatált. Ezekkel szemben a bíráló eljárásom diagnostikai jelentőségéről véleményem mond, a nélkül, hogy álláspontjának igazolására csak egy esetet is előhozhatna.

A klinikai használatban bevált diagnostikai tételeim kifejtésénél kiindulási pontomat állatkísérletek eredményei szolgáltatták. Munkám kísérleti része felett ítélt, a nélkül, hogy itéletét egyetlen állatkísérlettel támogatná.

Hypothesiseim felett kritikát mond alapos tájékozottság nélkül, és a nélkül, hogy nézetei activ kutatásban érlelődhetek volna meg.

Ez az eljárás olyan tudományokban, a melyek tartalma tapasztalati és kísérleti tényekből áll, szerencsére eddig szokatlan és bármily kényelmes is, jogosultságát tagadom. Lényegén mit sem változtat az, hogy a kritika tárgyával minden összefüggést nélkülöző vizsgálatok vannak annak végéhez fűzve, a melyekben a szerző vizeletek fagyontját és fajsúlyát hasonlítva össze, constatálja azt, a mit *Tanql* és *Bugarszky*, *Bouchard*, *Poehl* és mások vizsgálataiból úgy is tudunk.

Ilyen körülmények között az íróasztalnál keletkezett értekezést hallgatással is mellőzhetném. Ezt azonban nem teszem, csak addig, míg a kritika valamely internationalis nyelven meg nem jelenik. Ezzel tartozik szerzője a tárgynak, a mely külföldön még sokkal szélesebb körökben foglalkoztat, mint itthon. Tartozik azon külföldi bűvároknak, a kiket együtt támad velem, Tartozik azon betegeknek, a kiknek sorsa *Casper*, *Kümmell*, *Küster*, *Albarran* és követőik kezei között egyéb vizsgáló módok felvilágosításai mellett a kryoskopias vizsgálat eredményétől is függ, azon „lelkessedésnél“ fogva, a melylyel a bíráló szerint az új módszert fogadták.

Nem kétlem, hogy igyekezni fog ezen kötelességének eleget tenni. Nekem elég lesz bírálatára egyszer felelni és ezt már csak azért is akkorra halasztom, mikor a discussio internationalis téren fog megindulni, hogy a bíráló kritikáját ugyanabban az alakban közölje olyan körben, a hol tárgyával tölem és egymástól függetlenül sokan foglalkoztak, a mely alakban az a magyar nyilvánosság elé került. Így a bírálat sorsa sokkal tanulságosabb lesz, mintha az válaszom után némi correcturáknak vettetének alá. Gondoskodni fogok róla, hogy a magyar orvosi közönség annak idején közlendő válaszomat saját szaklapjaiból is megismerhesse.

Az ezen elhatározásomból származó késedelmet nyugodtam tűröm, a kryoskopia klinikai alkalmazása is elbirja. Megtörténhetnék azonban, hogy ez a késedelem mégis túlságosossá válnék, vagy azért, mert a bírálatot szerzője nem óhajtáná a nagyobb nyilvánosság próbájának kitenni, vagy talán azért, hogy a külföldi kiadók nem nagyon sietnének a kritikus úr kopogtatására ajtót nyitni. Ez esetben ellenvetéseire folytatandó vizsgálataim újabb eredményeinek kapasan fogok válaszolni.

Addig állásponom az, a melyet lényeges dolgokban az „Orvosi Hetilap“ 1901. évi 17. számának ünnepi mellékletében vázoltam. Azon a kryoskopiáról szóló legutolsó értekezés egy betűt sem módosított.

Budapest, 1901. június 3.

*Korányi Sándor dr.*, egyetemi tanár.

## T Á R C Z A.

### Mihalkovics Géza szobrának leleplezése.

Polyó hó 2-dikán folyt le a budapesti egyetem új bonczani intézetében Mihalkovics tanár szobra leleplezésének szép ünnepélye a kormány, a törvényhozás, a főváros, a M. Tud. Akademia, a társegyetemek és egyéb tudományos intézetek és társulatok képviselői, az egyetemi tanárok és tanulók jelenlétében.

*Bóky Árpád* orvoskari dékán nyitotta meg az intézet tantermében az ünnepélyt, előadva a szoboralap keletkezésének történetét. Ez alap egyrészt eredetileg az elhunyt tanár 25 éves tanársága jubileumának tervbe vett megünneplésére gyűlt össze; az ünnepelőnek nem várt halála miatt azonban nem jöhetvén létre a jubiláris ovatio, az ifjúság, melynek köréből indult ki a gyűjtés, elhatározta, hogy szobrot állít fel az elhunyt emlékezetére és megkéri annak elhelyezhetését az új bonczani épület elébe. A tanártestület e kérésnek eleget tévén, a szobor immár fel van állítva és ez ünnepélylyel a közlemelkezetnek átadva.

Azután *Lenhossék Mihály* tanár, mint az elhunytak utódja tartott egy úgy formailag, mint tartalmilag szépen kidolgozott megemlékezést, melyben Mihalkovics mint tudós, mint tanár és mint író volt alaposan jellemezve a szerzetet és elismerés jól megokolt és meggyőződést keltő bensőségteljes hangján. A jeles emlékbeszédet egész terjedelmében a „Magyar Orvosi Archivum“ fogja közölni.

Az emlékbeszéd elhangzása után az intézet kertjében folyt tovább az ünnepély, a hol *Navratil Dezső* orvostanhallgató mint az orvostanhallgatók segélyező és önképző egyesületének elnöke mondott az ifjúság nevében lendületes ünnepi beszédet, mire *Ligeti* szobrászművész leplezte le az addig eltakart köpedestalon elhelyezett mellszobrot, mely az elhunyt tanárt életének utolsó évében a rektor magnificusi jelvények-



kel tünteti elő. A szobor talapzatára koszorút helyeztek Szabó Dénes tanár a kolozsvári egyetem, Hutya Ferenc tanár és rektor az állatorvosi főiskola, Paszlawsky József dr. a kir. m. természettudományi társulat, Bársony János egyet. m.-tanár az orvosi kör, Eröss Gyula dr. a poliklinika, Engel dr. a „Charité“-kórházegyesület, Schrank dr. az Orvosi Casino, ifj. Morelli orvostanuló az orvostanhallgatók nevében. Ezután Thankoffer Lajos tanár mint az új bonczatani intézet igazgatója vette át a szobrot rövid beszéd kíséretében, a mivel beveződött a szép és kegyeletes ünnep.

## A női betegségek gyógykezelése Franzensbadban.

(Vége.)

Mielőtt feleletet adnék azon kérdésre, hogy adott esetben a kettő közül melyik gyógymódnak adjunk elsőbbséget, kötelességem még a hőmérséklet azon hatására utalni, mely a szervezet túlmelegítése folytán jön létre. „Kísérleti hyperthermiánál a mirigysejtek és az izomszövet zsíros, szemcsés és parenchymatosus degeneratioját találjuk, melyet legelőbb a magas hő hatásából származtatnak“ (Podviszoczký). Troiczky a máj és vesék általa észlelt zsíros és parenchymatosus degeneratioját az „anyagcsere vizsztatott terményeiből“ származtatja. Mások meg a parenchymatosus degeneratiót a zavart vérkeringésből és az oxigén koplalásból származtatják, a mit szintén a magas hő okoz. A fokozott izzadás okozta hyperalbuminosis (a vérnek tömörülése) következő tüneteket ad: „megnehezített vérkeringés, oxigén koplalás, a szervezetenek s főleg az idegrendszernek az anyagcsere terményeivel és kaliumsókkal való megmérgezése“ (Podviszoczký). Az irodalomban léteznek világos bizonyosságok arra vonatkozólag, hogy izzasztási hydatikus eljárások és iszap-gyógykezelés következtében a testben felhalmozódó anyagcsere-termények. Frey és Heiligenthal a forró levegő és a gőzfürdő hatása következtében a húgyanyag jelentékeny visszatartását a vérben találták, dacára annak, hogy a verejték útján nagyobb mennyiségben választott el, mint rendszeren, a visszatartott mennyiség arányban volt a vizeletmennyiség kisebbedésével. A húgyanyag visszatartását forró iszap-fürdők következtében constatálták Puricz és Voronin. Mind a szerzők csak megerősítik azt, a mit Beneke aránylag régi könyvében olvasunk: „Az izzasztási gyógykezelés mindig létrehoz időleges lázfolyamatot, melynek következtében több húgyanyag képződik; a húgyanyag mennyisége a vérben ilyenkor fokozott, annál is inkább, minthogy a vizelet mennyisége csökkent; a húgyanyag kiválasztása ilyenkor csak az utólag beálló fokozott vizeletelválasztás által fokozódik“. Ez utóbbi jelenségről a fenti szerzők is beszámolnak. (Ad vocem felemlitem, hogy itten még szembetűnőbb a kétféle iszap- (láp föld) gyógymódnak a párhuzamos dolog, tudjuk Koeppe legújabb dolgozatából, a ki bebizonyította, hogy a húgyanyag bármily tömörségű oldatból diffundál a vörös vörsejtekbe, fokozza azokban az osmotikus nyomást, minek folytán azok szerfelett megduzzadnak és szétesnek (feloldódnak). Predtecsenszky és Tvorokszky azt találták, hogy az izzasztási gyógymód mellett a haemoglobin százalékos tartalma és a vörös vörsejtek száma nagyobbodik. Ők e jelenséget úgy magyarázzák, hogy a hő következtében a vér physiologikus megújulása fokozódik, midőn is az öreg vörsejtek tönkremennek, azok helyébe újak lépnek s végre a vérképző szervek a hő hatása folytán erősebben producálnak új elemeket. A két szerző csak abban tér el egymástól, hogy Predtecsenszky a folyamatot „a vér ifjúsodásának“, Tvorokszky pedig „a vér újulásának, öregbedésének“ nevezi. Azonban „ezen öregedés, az öreg elemek tönkremenése“ talán nem is a hő hatásának, hanem a felhalmozott húgyanyag pusztításának következménye. Ez utóbbi esetben is a vérképző szervek több új vörsejtet fognak készíteni az élő szervezet azon állandó iparkodása következtében, hogy a status quo-t fentartsa. Mily kellemesen hangzik a kifejezés „a vér újul, ifjúodik, pedig mennyire nem kívánatos a szervezetet önvédelemre kihívni! Ilyképen látjuk tehát, hogy az anyagcsere-nek a test túlmelegítése okozta fokozása kétségkívül káros épen az anyagcsere terményeinek a szervezetből való nem időzerű eltávolítása következtében. Az izzasztási iszap-gyógymód védői azt mondják, hogy „a szövetek fokozott égése (Pflüger) következtében minden kórtermény zsírosan szétesik, a véráramba jön és a szervezetből eltávolíttatik“ (Abel). Hogy az izzadmány (geny) fehér vörsejteinek és fibrinjének zsíros szétesése előnyös azok felszívódására, senki sem fogja kétségbe vonni. De hogy a test túlmelegítése folytán kiválóan épen kizárólag csak a káros termények esnek zsíros szétesés (degeneratio) alá, ezt még senki sem bizonyította be, de különben is valószínűtlen ezen állítás. Ezen elméleti szempontok után forduljunk a klinikai észlelésekhez. A forró iszapfürdő hatásának jellegző képét rajzolta Bujko: „5–10 perc mulva fellép a nehézlégzés, a fej kábult, fülzúgás van jelen, a szemek kápráznak, halántékokban verést, kevéssel később pedig az eszméletlen állapot közleledését érezni“. Kulyabko-Koreczky ezeket írja: „az erőtlén beteg az izgatottság és az izomerő bámulatos csökkenése esodálatos keveréknek képét mutatja“. Libov szerint a betegknél székrekedés és étvágytalanság áll be; Abel pedig azt mondja, hogy gyakran szünetelni kell, hogy a szívnek időt engedjünk pihenésre. Érdekes tudni, hogy milyen betegnek tétetnek ki leginkább a testhőmérséklet „30 C.-nyi emelkedése“ káros hatásának három (Bujko) vagy „néhány“ (Abel) órában belül? „Minél inkább csökkent a szövetek életereje, annál hamarabb beáll a ± hőokozta elhalásuk“ (Podviszoczký). Bujko azt észlelte, hogy „gyenge betegknél már alacsonyabb hőfokú iszapfürdő (nagyobb) erősebb visszahatást idéz elő a légzés és a pulsus részéről; „gyenge betegknél a pulsus igen gyakran kihagyóvá válik, a mi különösen szembe-

tűnő magasabb hőfok mellett“. Libov azt írja, hogy „gyenge betegknél még az izzasztás végével sem tér vissza a test hőmérséklete a rendeshez“. Scerbakov a test súlyát illetőleg azt észlelte, hogy ez azon betegknél gyarapodott, kik kevésbé forró iszapfürdőt használtak és kevesebbet izzadtak.

A vér alkotára vonatkozólag Predtecsenszky azt jegyzi meg, hogy „nemely esetben a vér fajsúlya csökkent, haemoglobintartalma és a vörös vörsejtek száma az egész kúra után kisebb lett; ezen esetekben valószínűleg a beteg ereje nem állott arányban a forró fürdők hatásával“. Nolycsini női betegek 8–10 iszapfürdőt vettek egymásután (+0 30–34° R., 30 perc), midőn is úgy izzadtak, hogy kénytelenek voltak 4–5-ször ruhát változtatni; minden beteg 16–20 iszapfürdőt vett. Parisev női betegeknek közepszámban 16 iszapfürdőt rendelt, minden másod- vagy harmadnap egyet (+0 30–34° R., 30 perc), Schleiluszty azt írja, hogy „Szakiban 20–34 R. fokú és 10–20 percig tartó iszapfürdők rendeltek, utánuk 1–1½ órai izzasztással; a fürdők száma rendszeren 12, csak a női betegknél több s pedig közepszámban 20“. A mondottak alapján úgy hiszem épen a női betegket illetik Libov szavai, hogy „a forró iszapfürdőtől sok esetben csak a betegek kárát várhatjuk“. A női szervezet általában gyengébb, a női betegek pedig majdnem mind vérszegény, elgyengült lények, különösen azok, kiket iszap- (láp föld) gyógyhelyre kell küldnünk; másrésről a női nem szervekben kifejlődő izzadmányok épen olyanok, melyek legerélyesebb és legtartósabb gyógykezelést igényelnek. Tehát épen a leggyengébb lények tétetnek ki leginkább és leggyakrabban a test túlmelegedése káros hatásának. Meg fog-e felelni egy ilyen szervezet a reá háramló feladatnak, egyelőre nincs módunk meghatározni. Ennélfogva ilyen gyógymód mindig kockázattal jár. Frey és Heiligenthal e szavakkal végzik dolgozatukat: „A gyógy siker elérésére feltétel az, hogy a beteg még némi ellentállással és visszahatási erővel rendelkezék. A fürdőzőnek nem szabad a betegség által végképen elgyengültnek lennie.“ Troiczky azt írja: „ismerem eseteket, hol a betegek Szakiban (forró iszapfürdők!) nem találtak enyhülést még ötszöri gyógykezelés után sem“. A két iszap- (láp föld) gyógymód összehasonlítását Gelyan szavaival végzem: „a forró iszapfürdő erős izzasztó hatása, melynek hibásan jótékony hatást tulajdonítanak, maga után vonja az amúgy is elgyengült szervezetet nem kívánatos kimerülését“.

Ugy hiszem elég adatot hoztam fel, hogy joggal állíthassam, miszerint az izzasztási gyógymód nem érdemel előnyt az izzasztás nélküli gyógymóddal szemben. Az izzasztási gyógymód speciálisan a Franzensbadi kúrával (láp földgyógykezelés + ásványvíz) szemben sem theoretice nem mutatkozik erősebbnek, sem klinice nem ad jobb eredményeket.

Kötelességem pár szóval még a fürdőhely klimatikus viszonyairól, berendezéséről és életviszonyairól beszámolnom, miután e tényezők is szerepelnek mint gyógyhatányok. Franzensbad egy dombon fekszik, domboktól és völgyektől körülvéve, a völgyekben terülnek el a láp földmezők; félórányi távolságban köröskörül magas erdős hegyek látszanak. A nyári hőmérséklet közepszámban 15–20° C., légnyomása 723.1 mm. Legforróbb nyári hónapokban kellemes szellő hűsíti a levegőt. Az egész fürdő 2–3 emeletes téglapületekből áll, melyek dús zöldbe borultak. A fürdőhelyet köröskörül nagy, mondhatni végtelen árnyékos sötányok veszik körül. A fürdőhelyen absolut tisztaság uralkodik, úgy az utcákon mint a házakban is; úgyszintén kellemes nyugalom jellemzi a fürdőhelyet. Minden arra be van rendezve, hogy az elgyengült szervezet pihenjen és erőt szedjen. Azonban gondoskodva van könnyű szórakozásról (színház, concertek, táncestélyek, esti parkünnepélyek, kirándulások stb.), továbbá sportról is. Minden házban teljes ellátást adnak, azonkívül több elsőrendű vendéglő és kávéház áll a vendégek rendelkezésére. Az élet olcsó, legalább is aránytalanul olcsóbb, mint más világhírű fürdőkben.

A Franzensbadi kúra javalva van minden női betegségnél, kivéve az újképletet; azonban fibromyomáknál is a beteg állapota annyiban javul, a mennyiben szervezete általában erősödik a kúra következtében. Melleleg felemlitem, hogy a Franzensbadi kúrát sikerrel használhatni a női betegségek kivételével még a következő bajoknál: 1. a vérszegénység mindenféle alakja; 2. a légző szervek, az emésztési szervek és a húgyivarszervek hurutja; 3. köszvény és rheuma; 4. szívbajok; 5. neurasthenia és hysteria.

Cikkemet Kleinwächter tanár szavaival fejezem be: „Nézetem szerint nagy hiba, hogy sok oldalról egy annyira fontos gyógytényezőt, mint Franzensbad, kevésbé méltatnak, elhanyagolnak és akarattal figyelmen kívül hagynak... ez nem az illető orvosokra, hanem a betegekre hátrányos, mert kárakra egy igen fontos gyógytényezőtől vonatnak el. Ezt annál is inkább lehet sajnálni, minthogy Franzensbad balneologiai gyógytényezőinél fogva a hasonló gyógyhelyek élén áll és berendezése a kornak megfelelő.“

Végző következtetéseimet tehát a következőkben foglalhatom össze: 1. A láp föld- (iszap) gyógymód élettani hatásait illető adataink még nem elegendők s nem megfelelők arra, hogy e gyógymódot tudományos alpra fektethessük. 2. Hogy ez irányban sikert érthessünk, szükséges, hogy a bűvárok egy és ugyanazon műszereket használják vizsgálataiknál. 3. A már létező adatok alapján az iszap- (láp föld) gyógykezeléseket két gyógymódról lehet osztani: az izzasztási és izzasztás nélküli gyógymódról. 4. Élettani hatásukat viszonyítva a vér- és a nyirkkeringés és a felszívódás (filtratio, diffusio, osmosis) törvényeire, azt látjuk, hogy mind a két gyógymód egy és ugyanazon elv szerint hat, mely a szervezet élettani functioira való hullámalakú befolyásban nyilvánul (az erély állandóságának vagy a ± vegytani feszültségnek elve szerint). 5. E viszonyításból az is kitűnik, hogy az izzasztási gyógymód erősebb az izzasztás nélkülinél; ezt bizonyítja a gyakorlat is.



6. Franzensbadban az izzásztás nélküli gyógymódot használják. 7. A női betegségek gyógykezelésében Franzensbadban nagy szerepet játszanak a vastartalmú ásványvizek, melyeket a betegek naponta isznak. 8. A lápföldgyógykezelés és az ásványvizivás kombinált alkalmazása Franzensbadban a női betegségekkel szemben egyenértékű az izzásztási lápföld- (iszap) gyógymóddal; ezt bizonyítja a gyakorlat is. 9. Minthogy az izzásztás nélküli gyógymód semmi kockázatát nem teszi ki a beteget, e gyógymód okvetlenül kimélő. Az izzásztási gyógymódot illető adataink alapján e gyógymódot kockázattal járónak kell nyilvánítanunk. 10. A Franzensbadi ásványvizek összetétele oly különböző és sokféle, hogy azokat az emésztési szervek legkülönbözőbb állapotainál lehet rendelni. 11. Franzensbad éghajlata teljesen megfelel a száz évi tapasztalat alapján megállapított gyógymódnak. 12. Franzensbadot jól berendezett fürdőhelynek kell elismernünk.

Neoadovics Lázár dr. Franzensbadi fürdőorvos.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

Orvosi haladás az 1900. évben az ipari megbetegedés terén.

Közlő: Friedrich Vilmos dr. egyet. m.-tanár, a budapesti kerületi betegségyógyászó pénztár főorvosa.

(Folytatás.)

A kátrány-készítményeknek széleskörű alkalmazásával és a vegyészeti iparnak fellendülésével új, specifikusan ipari betegségek lépnek fel, melyeknek száma azonban nem áll egyenes arányban a folyton emelkedő iparhoz, sőt ellenkezőleg a megbetegedések száma inkább csökken, a mi ezen, egyébként veszélyes üzemekben a gyárak prophylaktikus és az egészségügyi követelményeknek megfelelő berendezéseinek az eredménye. Az ipari megbetegedések ügyének tényleges előmozdítása ezéjából tehát szükséges, hogy minden egyes eset figyelmesen és alaposan tanulmányoztassék és ép ez okból tulajdonítandó nagy fontosság a Friedländer<sup>21</sup> által leírt négy esetnek, mint a melyek betekintést engednek az anilismusnak nevezett anilin-megbetegedésbe, illetve anilin-mérgezésbe. Az elsőben a négy eset közül tiszta anilin-mérgezés volt jelen, mely a munkásnál az által keletkezett, hogy egy gummicső oldásánál úgynevezett „kék olaj“-at nyelt, és a bőrnek kékes elszineződésén kívül heveny psychosisban nyilvánult. A második eset egy binitrotoluol-mérgezésre vonatkozik — mikor is a beteg este 6 óratól hajnali 2 óráig egy binitrotoluol tartalmazó helyiségben dolgozott — és mely csak az alkoholnak behatása folytán lépett fel teljes anémia és heveny psychosis alakjában. A harmadik eset, melyben egy munkásnak mellére és kezére toluidin ömlött ki, a melynek gőzeit körülbelül 5 percig szívtá be, psychoson kívül súlyos vesebeli zavarok léptek fel. De az eset a rendetlen érlökés és más aggodalmat okozó tünetek dacára gyógyulással végződött. A negyedik esetben a beteg két napig dolgozott a binitrotoluol-helyiségben a nélkül, hogy a szükséges védőkészüléket igénybe vette volna. Erre azután cyanosis, fejfájás és forróság lépett fel. A beteg két napig eszméletén kívül volt és azonkívül haemoglobinuria és erős léptumor lépett fel, három hét után pedig teljes gyógyulás állott be. A czikk végén Friedländer következő irányelveket állítja fel: 1. A benzol és toluol származékai mérgezők. Hatásuk ép úgy érinti a központi idegrendszert, mint a vérkeringési szerveket. Bizonyos esetekben csak az elsőt támadja meg, miért is nem tekintendők tiszta vér-mérgezőnek. 2. Régebbi alkoholismus fokozza a hajlamosságot. 3. Vannak latens mérgezők, melyek hozzájáruló ártalmak folytán, mint pl. az alkohol, nyilvánvalókká lesznek. Ezek véleményem szerint idült mérgezői alakok, melyek az illető, valamint laikus környezete számára semmiféle említésre méltó tüneteket nem mutatnak, melyek azonban mint subacut mérgezők mutatkoztak, mielőtt a szervezetet újabb izgalom éri. 4. Az alkohol ilyen munkások számára föltötte veszedelmes és már a legesekélyebb fokú intoxicatio esetében kerülendő. Tekintettel arra, hogy az ilyen iszákosok még a legsúlyosabb esetekben sem hagyják abba az alkohollal való visszaélést, czélszerűbbnek tartom, hogy oly munkások, kiknél egy ízben alkohol-mérgezés tünetei mutatkoztak, az ilyenmű foglalkozástól eltiltandók. 5. Az ezen termékekkel való foglalkozás nem rejt magában veszedelmet, miért is ezen üzemek nem tekintendők veszélyeseknek, ha 6. a műhelyeknek alapos szellőztetéséről és főképen oly berendezésekről gondoskodnak, melyek a gőzökkel megtelt levegőnek gyors kiáramlását lehetővé teszik. Véleményünk szerint ellenkezőleg épen ezen iparágak tekintendők veszélyeseknek, mert még a legpontosabb és legmesszebb menő hygieniai berendezés mellett is előfordulhatnak mérgezők, a mint azt az 1. alatt felsorolt eset is bizonyítja. 7. Szigorúan kell ügyelni arra, hogy a munkások kezüknek vagy ruházatuknak beszenyezése esetében azonnal felkeressék a fürdőt vagy ruházatot váltsanak. 8. Beállott mérgezés esetében az orvos megjelenéséig a testnek meleg fürdőben való azonnali megtisztításáról és ezután friss, hűvös levegőről és minden alkoholnak távoltartásáról kell gondoskodni; fekete kávénak adagolása ajánlatos. A szénkének a kaucuk- és gummi-iparban egyre nagyobb mértékben való használata teszi érthetővé, hogy az ezen anyira veszélyes anyaggal való mérgezők száma és a felismert megbetegedési esetek, valamint ezen ipari megbetegedésnek irodalma, főképen Laudenheim<sup>22</sup> munkájának megjelenése óta egyre terjedelmesebb lesz.

\* Laudenheimer, Die Schwefelkohlenstoff-Vergiftungen der Gummiarbeiter. Leipzig, 1899.

Újabban Roeseler<sup>22</sup> és Koehler<sup>23</sup> gazdagították a szénkének (CS<sub>2</sub>) mérgezés ma már kiterjedt tanát részletes munkáikkal. Roeseler a már felszaporodott irodalom összeállításával és annak bírálatával foglalkozik; ő csak egyetlen ilyenmű beteg nőt vizsgált meg, a ki azonban már nyolcz hónappal e vizsgálat előtt kénytelen volt fellépett tüdőbetegsége miatt munkáját abbahagyni. Tekintettel arra, hogy a betegnél örökölt terheltség nem forgott fen, sőt ellenkezőleg mindig teljesen egészséges és erőteljes volt és miután Laudenheim<sup>23</sup> szerint hörghurutok gummi-munkásoknál eléggé gyakoriak, de mivel másrészt a CS<sub>2</sub> előidézte vérszegénység és kachexia a szervezetnek tüdővész-bacillusok behatolása iránti ellentálló képességét lerontja, Roeseler e két betegségnek okozati összefüggését valószínűnek tartja és tapasztalatai alapján a CS<sub>2</sub> mérgezés elhárítására a munkások és munkaadók részéről szükséges intézkedéseket összefoglalja, hasonlóképen a megbetegedésnek tüneteit is 16 pontban csoportosítja. Koehler az ő munkájában ép úgy foglalkozik a szénbisulfid-mérgezésnek klinikai, mint pedig kísérleti részével, az első részben még jól megfigyelt és érdekes tüneteket magába foglaló kórtörténetet közölve. Miután munkájának klinikai részében főképen az idegrendszerre vonatkozó tüneteket szigorú kritikának veti alá, ama felfogásnak ad kifejezést, hogy a CS<sub>2</sub>-hysteria nem közvetlen, hanem csak közvetett CS<sub>2</sub>-mérgezés, mert ha a CS<sub>2</sub>-mérgezés az egyedüli hysteriát maga után vonó megbetegedés volna, akkor bizvszt azt lehetne állítani, hogy CS<sub>2</sub>-hysteria egy valódi CS<sub>2</sub>-mérgezés jelképez. Mint-hogy azonban mindenféle szervi és különböző idült idegbajok után is, sőt ólom-, higany-, arsen- és más mérgeknek huzamosabb időn keresztül való felvétele, valamint romlott hűsnek élvezete után is hysteria szokott fellépni, fel kell tételezni, hogy mindezen tényezők rokon élelyülési zavarokat idéznek elő a szervezetben, a melyek hasonló klinikai tüneteket mutatnak.

Ilyen értelemben az ólomhysteria ólommérgezésnek, a higanyhysteria Hg-mérgezésnek volna tekintendő és azt lehetne mondani, hogy a hysteria minden heveny és idült mérgezésnek egy bizonyos, különben nem állandó korai stadiuma. A primaer méreghatás intenzitása, a veloszületett vagy szerzett hajlam szerint a mérgezés különböző egyének-nél különböző tünetesportokat is fog előidézni. És tényleg egy és ugyanazon mérgező hatása mellett is a fellépő hysteria nem mindig egyforma.

(Folytatása következik.)

### Könyvismertetés.

Handbuch der physikalischen Therapie. Herausgegeben von Dr. A. Goldscheider u. Dr. P. Jacob. Leipzig. Verlag von Georg Thieme.

Az orvostudomány az utolsó két évtizedben a szakadatlan bűvárokodás s az új, eddig ismeretlen segédeszközök felhasználása mellett gyors lépésekkel haladt előre a belső megbetegedések felismerésének, valamint gyógyításának nehéz útjain. Ezen haladás új s új irányokat jelölt ki s karolt fel, melyeknek szakzszerű ismerete fontos szükséglete nemcsak a klinikusnak, de a jól képzett orvosnak is.

A gyógyszerisme, a régi s számos bevált gyógyszerek adagolása s azok maximal dosissainak, valamint a diatetikának s a táplálkozás helyes megválasztásának ismerete a különféle betegségekben ép oly nélkülözhetetlen ma már a gyakorlatot folytató kezelő orvosra, mint a hogy ismerje ama segédeszközöket, melyekkel a különféle betegségek-nél javulást, gyakran gyógyulást el lehet érni. Ezen könyvben czélozva van a physikalís therapia nevével egybefoglalt, máris felszaporodott s összegyűjtött segéd tudományoknak kellő ismertetése s hatásuk magyarázata elméleti s gyakorlati, de tudományos alapon; e nagy, kiterjedt anyagok feldolgozásán s az elmélet s gyakorlat szempontjából e segéd tudományok hatásának magyarázatán fáradozott számos jelesnek elismert bűvár s szakember, mint Nothnagel, Rubner, Winternitz, Eichhorst, Liebermeister, Glax, Pagel stb.

Az eddig megjelent első kötet a klimato-, pneumo-, inhalatio-, balneo-, thalasso-, hydro- és thermo-therapiával foglalkozik, még pedig fejezetenként külön-külön az elméleti s történeti részszel s bővebb kimerítőséggel a gyakorlatban követendő elvekkel s eljárásokkal és a tudományos fejlődés méltatásával. A könyvnek egyaránt értékes fejezetei közül kiváló becsűek, mert eddig alig tárgyaltattak orvosi szempontból, azok, melyek a magaslati égalji helyeken elérhető eredményekkel foglalkoznak (Loewy és Eichhorst), a tengeren elérhető gyógyhatások — tengerfürdők, tengeren való utazások, tengeri sanatoriumok s hospiczok (Hiller és Weber, London) — és ama rész, mely a különféle égaljakkal s gyógyfürdőkkel foglalkozik (Rubner, Nothnagel, Liebermeister s Glax). Ezen utóbbi két fejezetért valóban nagy hálával tartozunk, nemcsak mert gyakorlati szempontból van tárgyalva a különféle indicatio és contraindicatio, a várható és elérhető siker, a gyógyeljárás s gyógyhatás élet- és kórtani magyarázata s mint ilyenek az irodalomban hízagpótlók, hanem mert a szerzők súlyt helyeztek minden állam gyógyfürdőire, s így a magyar fürdőket is bennük nem ugyan in extenso, de mégis érintve találjuk.

A gyógyítást elősegítő tudományos szakoknak fontos alapelvei vannak e könyvben lefejtetve keresetlen egyszerűséggel úgy, hogy a könyvnek — eltekintve magas tudományos becsétől — meg lesz ama kettős sikere, hogy gyorsan fog terjedni úgy a gyakorló orvosok, mint a gyógyintézeti s fürdőorvosok közt, mert benne pályájukban nélkülözhetetlen számos tanácsot s útbaigazítást fognak találni, s hogy behatóan foglalkozva a természeti gyógymódokkal, sikerülni fog a jelenleg Németországban fenyegetően felszaporodott számú, s helyenként nagy tekintélynek örvendő, a természeti gyógymódokkal iparszerűen foglal-



kozó kuruzslókat, az úgynevezett Naturheilärzte-ket teljesen kiszorítani. Az 563 oldalra terjedő mű, melynek 69 szép ábrája sokban járulhat majd a szöveg megértéséhez, Leyden-nek, a physikalís gyógy módok egyik előharcosának van ajánlva.  
Friedrich dr.

**Uj könyvek.** *Liebermeister*: Grundriss der inneren Medicin. Zweite vermehrte Auflage. Tübingen, F. Pietzcker. — *Siebold*: Versuch einer Geschichte der Geburtshilfe. Zweiter unveränderter Abdruck. Tübingen, F. Pietzcker. — *Pincus*: Praktisch wichtige Fragen zur Nagel-Weit'schen Theorie. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Jessner*: Die kosmetische und therapeutische Bedeutung der Seife. Würzburg, A. Stuber. — *Allschul*: Nutzen und Nachteile der Körperübungen. Hamburg und Leipzig, L. Voss. — *Janke*: Grundriss der Schulhygiene. Hamburg und Leipzig, L. Voss. — *Schwalbe*: Beiträge zur Malariafrage. Heft 3. Berlin, O. Salle. — *Mehner*: Über topographische Altersveränderungen des Atnungsapparates. Jena, G. Fischer. — *Gradenigo*: Die Hypertrophie der Rachentonsille. — *Migula*: Compendium der bakteriologischen Wasseruntersuchung nebst vollständiger Übersicht der Trinkwasserbakterien. Wiesbaden, O. Memnich. — *Chipault*: Travaux de neurologie chirurgicale. Cinquième année. Paris, Vigot frères. — *Davel*: La folie, ses causes, sa thérapeutique au point de vue psychique. Paris, F. Alcan. — *Garnier et Cololian*: Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses. Paris, Bailliére et fils. — *Gilles de la Tourette*: Le traitement pratique de l'épilepsie. Paris, Bailliére et fils.

## Lapszemle.

### Gyógyszertan és méregtan.

**Kámforsavas pyramidon.** A pyramidon nagyon jó fájdalomcsökkentő és lázellenes szer, hátránya azonban, hogy erős izzadást okoz. *Lyonet* és *Lançon* tehát megkísérlették kámforsavval kombinálni, mind a mely erősen hat az izzadás ellen. A kámforsav egy molecula pyramidonnal savanyú, két molecula pyramidonnal pedig közömbös kénhatású összeköttetést ad. A só kikristályosodik és vízben oldható. Állatkísérletek szerint a kámforsavas pyramidon kevésbé mérgező; 1 kiló állatsúlyra 20 centigramm ad csak halálos mérgezési tüneteket. Bőségesen izzadó lázas tüdővésztes betegeknek 1 gramm pro die két részletben beadva, kedvező közérzet mellett a láz és az izzadás csökkenését eredményezte. A szer adható poralakban, avagy bármilyen folyadékban oldva is. (La médecine moderne, 1901. 19. szám.)

**A dymalt** (salicylsavas didym), mely az Auer-égőkhöz való harisnyák készítésénél melléktermék gyanánt nyeretik, a frankfurti Zimmergyár orvosi célokra forgalomba hozta. *Kopp* tanár ugyanis kimutatta, hogy a dymal váladékesükkentő, antiseptikus és nem izgató hatása miatt nagyon jól használható sebhintőpor gyanánt. Elterjedésre annyival is inkább számíthat, mert szemben a legtöbb sebhintőporral ára nagyon mérsékelt. (Therapeutische Monatshefte, 1901. 2. füzet.)

### Belgyógyászat.

**Leukaemia** esetét közli *Dennig* a tübingeni belklinikáról. A 19 éves nőbetegnél először chlorosisra tették a diagnoszt, minthogy leukaemiára utaló tünetek hiányoztak. A gyógykezelés eredménytelensége következtében végzett vérvizsgálat azután kimutatta, hogy leukaemia van jelen. A betegség heveny lefolyású volt, 10 hét alatt a beteg halálához vezetett. Boncsoláskor a lépét nem találták megnagyobbodottnak, a nyirokmirigyek nem voltak duzzadtak, a csontvelőben sem volt makroszkopice elváltozás kimutatható. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1901. 4. szám.)

**Addison-kór**nak mellékvese-tablettákkal kezelt esetét közli *Edel* a giesseni belklinikáról. A 33 éves lakatos körülbelül hat hónap előtt betegedett volt meg. Az első három hónapban a kóros tünetek (abnormis sensatio, gyengeség, pigmentatio az arcon, a kézhaton, a nyakon, a penisen, a szájnáryákhártyán) lassanként fokozódtak, az utolsó három hónapban azonban egyformák maradtak. Ekkor kezdték meg a suprarenin-tabletták használatát, naponként kétszer adván két tablettát, egyenként 1 gramm extractum-tartalommal. 2—3 nap múlva már javulás mutatkozott, 14 nap múlva pedig annyira javult az állapot, hogy a beteg — az orvosi tanács ellenére — előbbeni súlyos foglalkozását újból megkezdte. A suprarenin-tablettáknak öt heti használata után a pigmentatio eltűntek, csak a szemzugok tájékán maradt meg egy kis festenyzettség. 1 $\frac{1}{2}$  hónap múlva a beteg gyors lefolyású meningitisben meghalt. Boncsoláskor gümös basilaris meningitist és kiterjedt nyirokmirigy-gümőkört találtak; a plexus solaris és a ganglion semilunare heges kötőszövetbe voltak ágyazva, a jobb oldali mellékvese velős állományában pedig egy borsónyi gümös esomó volt kimutatható. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1900. 52. szám.)

**A hedonalt** *Biancone* álmatlanság különböző eseteiben, a többi között félelmi állapotok, maniakalis izgatottság, hallucinatorius psychosok és epilepsia okozta álmatlanságnál is használta. Ideges álmatlanságnál jók voltak az eredmények; szívbajok vagy véredény-atheromatosis esetében azonban a vérnyomás csökkenése miatt óvatosságnak kell lenni. A hedonalt mint fájdalomcsökkentő szer neuralgiáknál nem vált be; tabesben szenvedő egy betegnél azonban megszüntette a gyomor-fájtást és a hányást. Melancholiás félelmi állapotoknál, maniakalis izgatottságnál, az epilepsia és dementia paralytica izgalmi állapotainál, ha nem is vezetett mindig alváshoz, a betegeket azonban megnyugtatta. Olyan betegeknél, kik éjjel aludtak, nappal már 0.5 gramm elegendő

volt a megnyugtatóra; 1.5 grammnál nagyobb adagok semmi haszonnal nem járnak. Puncban oldva már 10—30 perc múlva beáll az álom; poralakban adva csak 1—3 óra múlva következnek be a hatások. Az álom 3—6 óráig, este adagolva 6—8 óráig tart. Kellemetlen mellékhatások nem mutatkoztak. Hedonalt használata után a hőmérsék kissé alászáll, a vérnyomás 10—15 mm-rel csökken, a húgyelválasztás pedig kissé fokozódik. (Rivista speriment, di freniatria, 1900. 2. és 3. szám.)

### Sebészet.

**A belek antiperistaltikus mozgásképeségéről** tett tapasztalataikat közlik *Enderlen* és *Hess*. Ők ugyanis állatkísérleteik alapján azon meggyőződésre jutottak, hogy a bél bizonyos körülmények között a rendes peristaltikus mozgás irányával ellenkezőleg is képes mozogni. Kísérleteiket kutyaon végezték. Az állatok egy részénél az egész vékonybelet (jejunumot és ileumot) kivágták és fordítva varrták vissza a béltractusba: a kivágtott rész distalis végét a proximalis csomkhoz, a proximalis végét pedig a distalis csomkhoz; az állatok másik részénél egyes rövidebb, 30—40 cm. hosszú vékonybélrészleteket fordították meg. Az állatok közül némelyek gyorsan elpusztultak, mások hosszabb ideig egészen jól érezték magukat, rendszeren táplálkoztak, majd hirtelen kimulnak; az egyik kísérleti állat 50 napi teljes jóllét után megöletett. Ez utóbbi állatnál anyagcserevizsgálatokat végeztek a beadott táplálék és kiürített bélsár N-, szénhidrát- és zsírtartalmának meghatározásával; kiműnt, hogy ezen állatoknál a tápláléknak a bélben való kihasználása normális volt. Ez pedig az emésztési folyamatnak külsőleg is teljesen normális képe mellett csak úgy lehetséges, hogy a megfordított bélrészletben egy antiperistaltikus, vagyis a többi, ép bél rendes peristaltikus mozgásával egyirányú mozgás történik. Megerősíti ezt azon körülmény is, hogy a megfordított bélrészlet felett sem a bélumen jelentékeny kitágulása, sem a muscularis túltengése nem volt található. Az egyik kutyánál a Faraday-árammal való izgatás úgy a normális, mint a megfordított bélen egy az anus felé haladó hullámot váltott ki. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 1901. április.)  
Kerntler Jenő dr.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**A creosotal és duotal használatáról a légzőszervek nem gümőkóros megbetegedéseinek** ír *Toff*. Heveny megbetegedések közül bronchitisnél és különösen pneumonia crouposánál ért el jó eredményeket. Idült nem gümőkóros tüdőbetegségeket is kedvezően befolyásol a creosotal, a mint azt már *Hock* is állította. Gyermekeknél nagyon ajánlható a 3—5%-os creosotal-esukamájolaj. Kicsiny gyermekeknek 0.15—0.5 gramm, nagyobbaknak 0.5—1.5 gramm, felnőtteknek pedig — főleg heveny esetekben — 8.0—10.0 gramm creosotal adható naponként, legcélszerűbben emulsió amygdalinában, úgy elosztva a napi adagot, hogy a betegek éjjel-nappal kapjanak. A duotal napi adagja felnőttek részére 2—3 gramm. Szerző még felemlíti, hogy a duotalt az imént említett adagban typhus abdominalis esetében is használta s azt a benyomást nyerte, hogy a kezelés nem csupán az egyidejűleg jelenlevő hörgőhurutra volt kedvező hatással, hanem a typhusos folyamatra is, a mi talán a guajacolcarbonatnak *Seifert*, *Hölscher* és *Eschle* által kimutatott béltoradást gátló hatásából magyarázható. Duotalal kezelt nyolcz typhusos betegek közül egy sem halt meg, a betegség a rendesenl enyhébb lefolyást mutatott. (Deutsche Medizinisch-Zeitung, 1901. 1. szám.)

**A fersan mint tápkészítmény.** A triesti városi kórház második orvosi osztályán *Brunner* 68 esetben használta a fersant. Eredményei alapján oda nyilatkozik, hogy a fersan igen jó tonizáló tápszert, mely hosszabb használat mellett sem okoz emésztési zavarokat; a vörös vérszövetek számát, a vér haemoglobintartalmát és a testsúlyt növeli. Minthogy a fersan teljesen bacteriummentes, továbbá xanthin- és alloxur-basisokat nem tartalmaz, gyomorbetegségeknél és köszvényben szenvedőknek is bátran adható. (Wiener klinische Rundschau, 1901. 7. szám.)

### Folyóiratok átnézete.

**Gyógyászat, 1901. 22. szám.** *Neubauer Adolf*: Csécnyújtvány műtete és plastika. *Kiss Gyula*: A vese működésére vonatkozó újabb vizsgálati módszerekről és azoknak használhatóságáról sebészi vesebetegségeknél. *Herszky Manó*: Az orvostörténelem és az általános etika oktatásának fontossága az orvosjelöltre nézve. *Justus Jakob*: A gyakorlati orvos munkarésze az orvosi tudomány fejlesztésében.

**Orvosok lapja, 1901. 21. szám.** *Kathy Dezső*: A vizgyógyászat külföldi tüdőbeteg-sanatoriumokban. *Schulhof Vilmos*: Mellhártya-izzadásmányok hydropathikus kezeléséről. 22. szám. *Szántó Ármán*: A fogászat fejlődése a XIX. században.

**Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 22. szám.** *Hackmann*: Jodoform-plombe. *Trzebičky*: A gerincvelő cocainozása Bier szerint. *Pendl*: A ligamentum patellae proprium subcutan elszakadásának esete.

**Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 22. szám.** *Drasche*: Compensatorius folyamatok aortaelégelenségnél. *Hamburger*: A trachoma és gyógyítása. *Heermann*: Sebék és fekélyek, főle alszárfekélyek mechanikai kezelése. *Kraus*: A bakteriologia haladása a fertőző betegségek diagnostikája terén.

**Wiener medicinische Presse, 1901. 22. szám.** *Kisch*: A lipomatosis universalis differentialis tünetei férfiaknál és nőknél. *Kienböck*: Röntgen-sugarak okozta bőrelváltozások.



**Prager medicinische Wochenschrift**, 1901. 20. szám. *Bloch*: Otitikus septikus sinus thrombosisnak Zaufal-féle műtét után gyógyult három esete. *Pichler*: A diabeteses hályog keletkezése.

**Berliner klinische Wochenschrift**, 1901. 22. szám. *Neisser* és *Doering*: Az emberismeret hamolytikusságának ismeretéhez. *Hesse*: Végbélhűtés. *Ehrlich* és *Morgenroth*: Haemolysinek. *Krause*: A gerincvelődaganatok segment diagnózisát egy műtéttel meggyógyított eset kapcsán. *Lehmann*: A retroflexio fixata uteri viszonya a terhességhez, szüléshez és gyermekágyhoz.

**Deutsche medicinische Wochenschrift**, 1901. 22. szám. *Bial* és *Blumenthal*: Idült pentosuria. *Krausz*: A Danysz-féle bacillus. *Heusner*: Adat a térdizület-zsugorodások kezeléséhez. *Simmonds*: Agyvérzés endocarditis verrucosánál. *Schott*: A vérnyomás magartatása idült szívbajok kezelésénél. *Laquer*: A villany-fény gyógyászati alkalmazásának egyszerű módja. *Eulenburg*: Új készülékek a mozgási gyógyászat számára.

**Centralblatt für innere Medizin**, 1901. 22. szám. *Zimmermann*: Az emberi szervezetnek mesterségesen létrehozott glyocoll-szegénysége és a glyocoll tartalom függése az epesecretiótól.

**Centralblatt für Chirurgie**, 1901. 21. szám. *Flockemann*: A pupillareactionak határa a fényvel szemben chloroformnarcosisban, egyszerű támpont a chloroformfogasztás minimumának elérésére. *Aglinzeff*: Még egy élesztési kísérlet Prus-Maag szerint. *Reinhard*: Atropinmorphin-aethernarcosis.

**Centralblatt für Gynäkologie**, 1901. 22. szám. *Bönnstedt*: A közösülés alatt létrejövő hüvelysérülések casistikájához. *Wolff*: Mikroszkopi metszetek készítése fagyasztással. *Freund*: Válasz Wertheim ciklikére. *Kossmann*: A leukorrhoea élesztővel kezelésének történetéhez.

**Zeitschrift für Heilkunde**, 1901. 3. füzet. *Bayer*: További adatok a veleszületett lágyéksérvek tanához. *Altenecker*: Adhaesiones peritoneales inferiores. *Escher*: Az oesophagus resectioja, circularis primaer varrat. *Trnka*: Enteroplastica. *Fabrieius*: Adatok a méhen kívüli terhesség diagnózisához.

**Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie**, 5. kötet, 1. füzet. *Weber*: Sanatoriumok szigeteken és a tengerparton. *Heubner*: A csecsemő energia-mérlege (Bilanz). *Brieger*: A tüdőlob hydriatikusság kezelése. *Fürbringer*: Kerékpározás gyomorbetegségeknél. *Klemperer*: Adat a húgysavas kicsapódások magyarázatához. *Laquer*: Fürdők a Pyrenaeusokban. *Jacob*: Új szoba-kerékpár.

**La presse médicale**, 1901. 43. szám. *Brault*: A máj glyocoll-készlete cirrhosisnál. *Martinet*: A főlős táplálás (suralimentation) elemei.

**La semaine médicale**, 1901. 23. szám. *Legueu*: Gyógyászati indiciók idült vállficzamoknál.

**Le bulletin médical**, 1901. 40. szám. *Lesné* és *Prosper Merklen*: A csecsemő vizelete normális állapotban és gastro-intestinalis fertőzéseknel. 41. szám. *Tillaux*: Fissura ani és kezelése. *Rosenthal*: A vándorvise pathogenesise és kezelése massage-zsal. 42. szám. *Pousson*: Felhágó és leszálló vesegümőkór. 43. szám. *Regnier*: A radioscopia és radiographia a mindennapi gyakorlatban. *Constant*: A fájdalom helyének változása vesekőbetegségnél. *Demmler*: Cocain bőr alá fecskendezésének kombinálása chloroform igen kis mennyiségének belégzésével általános érzéstelenség előidézésére.

**British medical journal**, 1901. június 1. *J. G. Adami*: Az örökös elméleti, különös tekintettel a szerzett tulajdonságok öröklésére. *Chalmers Watson*: A tabes és rokon gerincvelőbetegségek pathogenesise. *Batty Shaw*: Rosszindulatú tüdőmegbetegedés pseudotuberculosissal. *E. Farquhar Buzzard*: Osteoarthropathia pulmonaris hyperthrophica. *Thompson Campbell*: A pulsus-szám tüdőgümőkóránál. *H. W. Syers*: A helyzetről, melyben a regurgitáló aortazörej a szív alapján legjobban hallható. *G. C. Low*: A filaria nocturna fejlődése különböző fajta moszkítókból. *A. S. Granbaum*: Tápszer-preservatívumok kísérletes vizsgálatának értéke. *J. R. Lunn*: A jobb ligamentum latum dermoid tömlőjének műtéve 83 éves nőnél. *E. J. T. Jones*: Nagy agytályog sikeresen műtött esete. *H. Roscoe*: Szokatlan idegen test a kézben.

**The lancet**, 1901. I. 22. szám. *Th. D. Savill*: Acroparaesthesia, erythromelalgia, sclerodactylia és más angio-neurotikus zavarok. *W. Russell*: Arterialis hypertonus és arteriosclerosis. *W. Hunter* és *A. W. Nuthall*: A sporadikus cerebroszpinális meningitis bakteriológiája. *A. Brener*: A cornealis astigmatismus műtéti kezelése. *A. E. Wright*: A vér baktericid képessége quantitativ meghatározásának technikája. *E. Klein*: A pestises vér agglutináló képessége. *J. Good*: Kék vizelet. *Rainsford F. Gill*: A vagina elsődleges rákjának esete. *D'Arcy Power*: Kizárt sérv öt hetes koraszülött gyermeknél; műtét után gyógyulás. *Th. Oliver* és *Rutherford Morison*: Sectio caesarea és teljes méhkiirtás a terhesség 8. hónapjában méhnyakrák miatt.

## Hetiszemle és vegyések.

Budapest, 1901. június 7.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 21. hetében (1901. május 19-diktől május 25-ig) következő volt: I. Népességi mozgalom. Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 728,235, katona 16,484, összesen 744,719. Elveszületett 430 gyermek, elhalt 279 egyén, a szüle-

tések tehát 151-el multák felül a halálozásokot. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 30.0. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 19.5, az egy éven felüli lakosságnál: 16.2, az öt éven felüli lakosságnál: 13.8. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 2, pertussis 1, morbili 4, scarlatina 11, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 2, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 20, apoplexia 6, eclampsia 2, szervi szívbaj 14, pneumonia 17, pleuritis 1, pneum. catarrh. 10, bronchitis 7, tuberculosis pulmonum 63, enteritis 21, carcinoma 10, ezek közül méhrák 9, egyéb újképletek 3, morbus Brightii et nephritis 3, veleszületett gyengeség 11, paedatrophia 1, marasmus senilis 11, erőszakos halálest 12, ebből gyilkosság és emberölés 2, öngyilkosság 5, bal-est 4, kétséges 0 (—). II. Betegedések. A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2769 beteg, szaporodás e héten 893, csökkenés 949, maradt e hét végén 2713 beteg. B) Hevenyrágályos kórházban előfordult betegedések voltak 1901. évi május 21-étől május 28-dikáig terjedő 21. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera (—), himlő (variola) (—), scarlatina 40 (39), diphtheria, croup 15 (21) hagymáz (typhus) 1 (2), kanyaró (morbili) 132 (132), trachoma 7 (10), vérhas (dysenteria) 1 (—), influenza (—), hökhurut (pertussis) 26 (18), orbáncz (erysipelas) 19 (17), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1 (2), ezenfelül varicella 71 (38).

△ Az Országos orvos-szövetség rendkívüli congressusa, a melyet 100 tag kívánságára hívott össze az elnökség, f. hó 2-dikán, vasárnap d. e. folyt le Budapesten a Royal szállóban. E congressusra tulajdonképen szükség nem volt, mert a tárgy, mely üggyül szolgálta az összehívásra, már az Országos Orvos-szövetség igazgató tanácsa részéről ebben kifejtett tevékenysége által, mint a tárgyalás folyamából kiderült, a körülményekhez képest kellő elintéztést nyert és annak tudomásul vételére vagy megvitatására kellő idő lett volna a rendes évi congressus ideje is. Szintén ez áll a congressus második tárgyára, melyet az elnökség csak kénytelenségből tűzött ki, hogy legyen valami érdemleges tárgya is a rendkívüli congressusi ülésnek. Azt a határozathozatalt, hogy a 9654/1901. sz. belügyministeri rendelet sérelmes pontjai ellen felterjesztés intéztessék a belügyministerhez, a késedelem kára nélkül lehetett volna szintén elhagyni az évi congressusra.

Az Országos Orvos-szövetség alapszabályainak 31. §-a fontos körülmények felmerülése esetén hatalmazza fel az igazgató tanácsot a rendkívüli congressus összehívására. Ugyanilyen esetre adja meg az indítványi jogot 100 tagnak vagy 10 fiókszövetségnek. Hogy jelenleg ily fontos körülmény nem forgott fenn, kiderült abból, hogy alig voltak néhányan a congressuson jelen, kik a kifogásolt ügyben az igazgató tanács ellen szavaztak. A rendkívüli congressus összehívását kérő aláíróknak azt hisszük respectálni kellene a kartársak idejét.

< A „Stefánia“ pesti szegénygyermekórház-egylet június hó 9-dikén d. e. 10 órakor tartja meg évi rendes közgyűlést a következő napirend mellett: 1. Elnöki megnyitó. 2. A választmány évi jelentése. 3. Az igazgató-főorvos jelentése 1900. évről. 4. Bizottsági jelentés az 1900. évi számadások felülvizsgálásáról. 5. Intézkedés az 1901. évi számadások felülvizsgálása iránt. 6. Az 1901. évi költségvetés megállapítása. 7. Intézkedés a közgyűlés jegyzőkönyvének hitelesítése iránt.

△ Fürdőorvosi gyakorlatát *Balkányi Miksa* dr. Aussee-ben, *Kelen József* dr. Herkulesfürdőben megkezdte.

☒ Adakozás a Semmelweis-emlékalap javára: *Posewicz Tivadár* dr. 30 korona.

— Fürdőink látogatottsága. *Uj-Tátrafürdő* V/22. 89; *Lipik* V/22. 586.

— Kézmárszky tanár szülészeti poliklinikája május hóban 71 esetben nyújtott segélyt 45 műtéttel. Evi folyó szám: 300.

† Elhunyt. *Hallierszky Aladár* dr. kémeri körorvos Szilágy-Somlyón 31 éves korában.

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



## Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő  
Budapestben.

Nagy kónes iszapfürdő, melynek 520 m<sup>2</sup>-méter nagyságú természetes forrásmedencében az ásványvíz naponta négy-szer megújul, **lokalis iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és üdülő-fürdők. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

**A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.**



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (IX. bemutató ülés 1901. évi április hó 24-dikén.) 391. lap. — (X. ülés 1901. évi május hó 8-dikán.) 392. lap.

## Közkórházi orvostársulat.

(IX. ülés 1901. április 24-dikén.)

Elnök: Mutschenbacher Béla. Jegyző: Terray Pál.

(Vége.)

## A trachoma mechanikai gyógykezeléséhez.

**Feuer Náthán:** A trachomás kötőhártyában levő szétbomlott kocsonyás beszűrődés kinyomását Feuer már 1883 óta gyakorolja és 1884-ben le is írta a „Közegészségügyi Kalauz“-ban; külföldön ezen eljárást *Hoty* 1886-ban először közölte. Mindkét szerző a kinyomást az ujjakkal, illetőleg a körmökkel végezte. *Knapp* azután ezen célra a mángorló csipeszt konstruálta; miután azonban ennek alkalmazása nagyon fájdalmas, mivel ezen eszköz a kötőhártyát nem csak nyomja, hanem erősen vongálja is, e helyett *Kuhnt* az „expressor“-t ajánlotta. F. mindkét eszközt csak demonstrationis causa szokta egyes alkalmas esetekben alkalmazni, de nem ajánlja ezeket általános használatra, mert súlyt fektet arra, hogy a kinyomás általában csak az ujjakkal történjék. Az ujjakkal való nyomás kiméletesebb, jobban localizálható azon részekre, hol a beszűrődés már szétbomlott, a nyomás intenzitása is jobban mérlegelhető és végül a beteg ily kinyomás után, melynek nem is kell hogy mindjárt az első alkalommal tökéletes legyen (az eszközökkel sem nyomható ki egyszerre az összes kocsonyás anyag azonnal), azonnal foglalkozása után járhat.

A mángorló, eltekintve alkalmazásának fájdalmas voltától, nagy reactiót idéz elő, úgy, hogy 2–3 napon át hideg borogatásokat kell rakni, néha herpetikus pannus is áll be és a kötőhártya nagyfokú roncsolása által ennek zsugorodását előmozdíthatja. Különböző kevés beteg lesz rábirható, hogy előbb a *Goldzieher* által ajánlott kötőhártya alatti cocain-befecskendezéseket (minden átmenő redőbe legalább két szúrás) és azután külön eszközzel a nagyon véres manipulációt végeztesse magán. Minden esetre ezen, már műtét számba menő manipulatio csak kórházban hajtható végre, de legtöbb trachomabeteg a vidéki orvosok által kezeltetik kis rendelők helyiségben, illetőleg egy puszttagazda szobájában, mely zsúfoltságig el van lépve 50 és több váró beteg által. Honnan vegye a vidéki orvos azt az időt ily komplikált eljárásra; ki segítkezik neki; hogy tisztítja, illetőleg sterilizálja ily helyen az eszközöket és végül, hogy bírja ezen csak kényszerből megjelenő betegeket arra, hogy ezen eljárásnak alávessék magukat?

Az általános trachomagyógykezelésre nézve szerfelett fontos, hogy a vidéki orvos a csomók kinyomását műtétnek ne tekintse, melyet a kórháznak kell átengedni, hanem hogy ő maga azt ügyszolván en passant minden lelki emótió és minden előkészítés nélkül végezze azon eszközzel, mely mindig rendelkezésére áll, mely legkönnyebben tisztítható és melytől a betegek legkevésbé félnek — az ujjával.

**Goldzieher Vilmos:** Köszönetet mond előadónak, hogy ezt az actualis témát megbeszélte. Álláspontja a következő: mindenekelőtt hangsúlyozza, hogy a therapiiai principium, mely az eljárást uralja, abban áll, hogy a kötőhártyában levő infiltratumot mechanikus úton el kell távolítani. Ezelőtt enyhe étetöszerek által chronikus lobot idéztünk elő, hogy ez által zsugorodjék a trachomás kötőhártya, ma sebészeti úton távolíttatik el. Egyik körömmel, másik csipeszszel dolgozik és meg van győződve, hogy Feuer mint gyakorolt trachoma-orvos ép olyan hatást tud gyakorolni körömmel, mint műszerrel.

Ha azonban egyszerre sebészi úton lehet eredményt elérni, ez a helyesebb. Sok száz esete van előadónak, mikor még nem csinált cocain-injectiót, de a fájdalom nagy volt. Nagyobb reactio nem volt az ő mángorlása után. Persze műszer olyan ember kezében, ki nem tud vele bánni, sokkal többet árt, mint olyan ember kezében, ki be van gyakorolva.

Nagyobb utóbajt sohasem látott, mindössze a szemhéj dagadt lett, de ez egy pár nap alatt hideg borogatásokra leapadt, izgatási állapotokat a corneán sohasem észlelt.

Ez az eljárás nem oly ártalmas, mint Feuer mondotta. Cocain-befecskendezés alatt a beteg semmit sem érez. Másik előnye a befecskendezésnek, hogy az átmeneti redő előredudorodik és elérhető lesz. A mit *Kuhnt* említ, a mi miatt ő nem a mángorló csipőt, hanem az expressor csipőt használja, hogy redőket húz ki a mángorló és szakít, ezt a lehetőséget megengedi, de ha vigyázunk, nem okozhatunk kárt.

A mi a kötőhártya megrövidülését illeti, a miről *Kuhnt* beszél, ez létrejöhet, ha a redők összenőnek, a lesúrolás után (ezt látta is), de ez megakadályozható, ha tompa sondával szétválasztjuk az összenőni hajlandó redőket.

Megengedi, hogy az ujjal való kinyomással is lehet jó eredményeket elérni, de csak gyakorlott ember, míg falusi orvos tán felületesen végzi, megelégszik azzal, a mi a tarsus széléig terjed és az átmeneti redőben levő fészkeket figyelmen kívül hagyja. Ezért az unguipressiót is jó eljárásnak tartja, de a sebész a tökéletesebb eljárásához fog folyamodni, a mely a kötőhártyai tractusnak a beszűrődésektől való erélyes és kiméletes megszabadításában áll.

## A trachoma gyógyításának újabb módszerei.

**Grósz Emil:** Előadó hangsúlyozza, hogy a trachoma ellen specifikus szert nem ismerünk s épen ezért annyi eljárást s orvosságot ajánlanak, hogy a gyakorló orvos helyzete ma sokkal nehezebb, mint félszázad előtt, a mikor az argentum nitricum és cuprum sulfuricum volt az általános elfogadott két főszer. Felszólalásának célja, hogy a gyakorló orvosnak útmutatást adjon a trachoma gyógyításának túlságosan gazdag módszerei között. Kifejti, hogy a gyógyszeres kezelés ma is nélkülözhetetlen s hogy a két régi szerrel egyetlen új sem mérkőzhetik; sajnálatos, hogy egyes divatba hozott gyógyszerek discreditalják az argentum nitricumot és különösen a cuprum sulfuricumot, mely utóbbi elvesztett terrenumát ismét visszahódítja. A sublimat csak pótló-szer s hatásának egy részét az alkalmazás módjának, a mechanikai dörzsölésnek köszönheti. A sebészeti eljárások támogatják, de nem helyettesítik a gyógyszeres kezelést.

Ezek között legrationalisabb a csomók kinyomása. Az eszköz minőségének megválasztásában nagyobb szerepet játszik az egyéni ízlés, mint a tudományos alap. Előadó legjobban a *Kuhnt*-féle expressort ajánlja. *Imre József* kettős horgának nagy előnye az áthajlási redő pontos szétválasztása s az általa ajánlott kaparás a kinyomást pótolhatja. A trachoma következményei ellen való operálások, úgyszintén az áthajlási redők *Kuhnt* által ajánlott kimetszése már a specialisták kezébe való.

**Feuer Náthán:** *Goldzieher* maga esetelte azt a nagy reactiót, mely a mángorlás után beállani szokott, míg a körömmel nyomás után a beteg azonnal folytathatja munkáját. Az átmeneti redőt nem kell eszközzel kihúzni, a szemhéj kifordításánál kis ügyességgel, melyet az orvosok hamar elsajátítanak, az átmeneti redőket is ki lehet fordítani.

**Grósz** előadására megjegyzi, hogy a kéz könnyebben tisztítható, mint egy eszköz, melynek annyi lyuka van, mint a *Kuhnt*-féle expressornak; hiszen jól megmosott kézzel ismét bátran nyúlunk trachomamentes szemhez. A kék követ F. sem eliminálja egészen, hanem, miután a sublimátbedörzsölések legalább azt eredményezik, mint a kékkő, az előbbieket inkább protegálja, mivel kevesebb utóhatással járnak, mint a kékkőbekenések s így a vidéki betegek, mint ezt általában constatálták, inkább járnak a gyógykezelésre.

## Primaer sclerosis a bal cruralis tájon.

**Iványi Ernő:** A 23 éves asztaloslegény felvétellett Róna tanár osztályára folyó hó 17-én a következő jelen állapottal: A bal cruralis tájon két koronányi primaer sclerosis. Általános kis és nagy papulák syphilidek. Polyadenitis. Tekintve az osztályon 1898 óta észlelt 71 extragenitalis syphilis-infectio esetet, azt találjuk, hogy azok közül összesen hét a perigenitalis infectio és ezek közül ez az egyedüli, mely a czombra localizálódott, tehát eléggé ritka eset.

## Átjáratlan heges bárzsingszűkületek retrograd úton tágitott esetei.

**Fischer Aladár:** A heges bárzsingszűkületek kezelése nagy türelmet igénylő és kényes feladat még olyan esetben is, mikor a sondákkal való fokozatos tágitás lehetséges és célra vezető. Vannak azonban stricturák, melyek egyrészt makacsul ellenszegülnek minden tágitási kísérletnek, vagy pedig, melyek a szájon át meg sem sondázhatók.

A szóban forgó szűkületek tágitására a legbiztosabb és leginkább célhoz vezető eljárás a retrograd, ú. n. végnélküli sondázás *Hacker* szerint előrement gastrostomiával. Bemutató két ily gyógyított esetet mutat be.

1. M. I. 17 éves cseléd egy év előtt marólúgot ivott. Az első rohamos tünetek csillapulása után gyorsan jelentkeztek a bárzsingszűkület tünetei. Beteg több ízben volt rendszeresen sondázva szájon át, azonban a szűkület lényegesebb tágulását elérni nem lehetett. Sőt a folytonos sondázási kísérletek következtében állapota még rosszabbodott annyira, hogy a szájon át a legvékonyabb filiformis bougiet sem lehetett a szűkületen átvezetni és egyszersmind a táplálkozás is lehetetlenné vált. Ez okból bemutató betegnél gastrostomiát végzett a *Hacker-Marwedel*-féle módszer szerint. A gyomorsipoly megnyitása a második napon végeztetett. Szabályos, minden complicatio nélküli seblefolyás után, műtét után körülbelül 14 nappal, kezdte meg bemutató betegnél a végnélküli sondázást.

Ekkor ugyanis sikerült egy filiformis sondát a szűkületen át-hozni, melynek végét bemutató a gyomorsipolyon át kihozta. Ezen sonda segítségével először egy vastag selyemfonál, majd pedig fokozatosan vastagodó draincsövek húztak át a szűkületen, melyek mindegyike 24 óráig fekve hagyatott. Egy hét alatt ezen eljárással sikerült a szűkületet annyira kitágítani, hogy szájon át is már ujnyi vastag bárzsingsonda volt betegnél áttolható.

Jelenleg betegnél a legvastagabb bárzsingsonda is lemegy és önmagát is képes sondázni. Gyomorsipolya pedig — a gyomordrain el-távolítottván — magától záródott.

2. R. Zs. 39 éves mosónő. Három év előtt ivott marólúgot. Több-ször volt rendszeresen sondázva, érték is el némi sikert, azonban a strictura újra és újra szűkült, úgy hogy f. év márczius hó 13-dikán,



mikor a szent. Rókus-kórház II. sebészeti osztályára felvétetett, beteg bárzsingszükülete átjárhatatlan volt. Ebben az esetben is bemutatón mindenben az előbbihez hasonlóan járt el és itt is teljes tágulást sikerült elérni. Beteg jelenleg maga képes magát sondázni.

(X. bemutató ülés 1891. május 8-dikán.)

Elnök: Hochhalt Károly. Jegyző: Terray Pál.

Elnök az ülést megnyitja. A jegyzőkönyv hitelesítésére felkéri Makara Lajos és Goldzieher Vilmos tagtársakat.

#### A kéz skalpjja.

**Ludvik Endre:** A fejlődő ipar terén felmerülő újabb és újabb gépek által oly sérülések létesítettek, melyekről eddig fogalmunk sem volt. Egy ily sérülést mutat be előadó.

Herrhof Ágost 20 éves, festőgyári alkalmazott, a hengergép tisztításával volt megbízva. Ezen munkát mindig az álló gépnél kellett végezni. F. é. február hó 4-dikén ezen foglalkozást járó gépnél próbálta meg, mely alkalommal bal keze a két henger közé került; ő azt visszarántani igyekezvén, csak az alkartól kezdődőleg lenyűzött, pozdorjává zúzott négy ujját — a hüvelyket kivéve — húzhatta ki.

Ily állapotban kórházba vitetvén, ama kérdés merült fel, hogy a nagy sebfeület sarjadásra bizzák-e, vagy pedig per analogiam a fejskalpnál már többször sikerült Thiersch-féle átültetéssel fedjék.

Előadó ez utóbbit választotta és úgy a kézhátat, mint a tenyéri felületet egész 20 cm. hosszúságban a czomb mellső felületéről nyert le-benyekkel fedte be.

Valamennyi lebeny, még a lecsupaszított feszítő inakra alkalmazott is, gyors úton odatapadt és csak helyenként a tenyérben, a hol teljes érintkezés nem éretett el, képződött sarjadzás útján keloid heg; az eset bizonyítékul szolgál arra, hogy az elastikus rostok túltengéséből keletkezett keloid heg, mint az égési sebeknél tapasztalta szülő, szintén Thiersch-féle átültetéssel gyógyítandó.

Március hó 20-dikán, tehát 44 nap mulva a be nem fődött ujjcsontok kivételével, gyógyultan távozott.

#### Ossificatio bulbi, haemorrhagia retrochorioidealis.

**Goldzieher Vilmos:** Egy 21 éves földmíves f. é. április 21-dikén előadó osztályára vétetett fel nagy fájdalmi miatt, melyek állítólag egy pár nap óta a bal szemben felleptek. A szem minden átmérőben kisebb, a cornea laposabb, elliptikus, tipikus szalagszerű elhomályosodással, de különben átlátszó. A mellső csarnokban friss vér volt. A szemteke nincsen injiciálva, külső sérülés jeleit nem mutatta. Nyomásra igen fájdalmas. Az anamnesis meglehetősen határozatlan. Annyi bizonyos, hogy a szem már régóta teljesen vak: lehetséges, hogy két nappal a felvétel előtt tompa ütés érte a szemteket. **Diagnosis:** Phthisis dolorosa bulbi.

A szemteke április 26-dikán lett enucleálva és formalinban keményítve 24 óráig; felnyitása után az aequatorban kiderül, hogy a szem belsejének legnagyobb része csontos test által kitöltve, mely a chorioidea által körül van zárva. A chorioidea makroszkopice ép és már szabad szemmel lehet constatalni, hogy a csontos mag a levált retina és a rostosan elfajult üvegtest helyét foglalja el. A chorioidea azonban nem fekszik mint rendezen a sclerán, hanem attól levált és a két hártya között friss vértömegek vannak, melyek az egész retrochorioidealis ürt kitöltik és mellfelé a sugártest inján keresztül a mellső csarnokba hatolnak.

A jelen esetben a fájdalmak a retrochorioidealis vérzés által voltak feltételezve és pedig úgy, hogy a chorioideát leválasztó vérzés nagyfokú vöngálást és nyomást gyakorolt a suprachorioidealis ürben levő ideghálóra. Előadó ilyen retrochorioidealis vérzésekkel cyclitis miatt megvakult szemekben már többször találkozott és a vérzés forrásának a hosszú hátsó sugárútereket (aa. ciliares post. longg.) ismerte fel. Ilyen leletek folytán érlelődött meg benne az az eszme, hogy az úgynevezett expulsiv vérzések, melyek a műtök rémét képezik és melyek határozottan a retrochorioidealis ürbe indulnak ki, szintén csakis a nevezett hosszú hátsó sugárúterek rupturája által jönnek létre. E mellett szól, hogy számos bonczolásra került esetben a chorioidea szövege ép volt; azon esetekben pedig, melyekben a chorioideális szövetben a nagyobb véredények megbetegedése megtalálható, elmulasztották a vizsgálók a két hosszú sugárúter épségét constatalni. És pedig ez a constatalás szükséges, ha azt akarják bebizonyítani, hogy a retrochorioidealis vérzés az érhártya parenchymájából indulhat ki.

**Feuer Náthán:** A chorioidea mögötti vérzések, melyekről bemutató szólt, a régi szemészek előtt is ismeretesek voltak és abban a praktikus szabályban lett ezen ismeret kifejezést, hogy staphylománál, melynél secundaer glaucomás tünetek vannak, nem szabad staphylotomiát csinálni, hanem enucleálni kell, mert a lemetszés után retrochorioidealis vérzés áll be, mely oly fokú lehet, hogy életmentés czéljából az enucleatiót teheti szükségessé.

Degenerált glaucománál is előfordul, hogy iridectomia után nagy vérzés áll be a kötés alatt és szintén enucleálni kell. Onnan magyarázható ez, hogy a nyomás, mely az arteriákra nehezedett, a szemteke megnyitása alkalmával megszűnik és a hyperaemia folytán ruptura áll be az arteriákban, különösen, ha az edények különben is degeneráltak. Ezen esetben, bár nem tipikus a dolog, mert itt a vérzés inkább az üvegtestbe ment bele, úgy látszik, hogy inkább a capillariskból jön a vérzés.

**Goldzieher Vilmos:** Nem helyesli felszólalónak azt az állítását, hogy a régi szemészek előtt is ismeretesek voltak a vérzések. Tudták,

hogy vérzés van, de hogy ez retrochorioidealis, az csak újabban derült ki és pedig először egy magyar szemészeti estélyen a budapesti szemklinikán.

A mi a bemutatott készítményt illeti, hozzászóló téved, ha azt mondja, hogy nem retrochorioidealis; mindenki, a kinek egészséges szeme van, látja, hogy ez a tömeges vérzés a chorioidea és sclera között van és olyan tömeges, a milyen a physikális viszonyok mellett csak lehetséges volt, mert befelé a csontosodás folytán nem tudott előrehaladni. A csontot csak a kiesett vérrögök festették meg.

Ki van zárva, hogy ez máshonnan jöjjön, mint retrochorioideálisan.

A vérzés a csontból nem indulhatott ki.

**Feuer Náthán:** Csak azt mondta, hogy a csont sértette a chorioideát és így jött létre a vérzés.

(Folyt. következik.)

## PÁLYÁZATOK.

A nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrnak folyó évi 49,771. sz. rendelete alapján a **nagyszombati állami elmegyógyintézetben** betöltendő egy **másod-orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás, mely évi 1200 korona fizetéssel, I. osztályú élelmezéssel és mindaddig, míg számára az intézetben természetbeni lakás előállítható lesz, 420 korona évi lakbérrel is van javadalmazva egyelőre két évre töltetik be.

Felhivatnak emnélfogva mindazok a kik ezen állást elnyerni óhajtnak és az 1883. évi I. törv.-czikk 9. §-ában előírt minősítéssel bírnak, hogy a nagyméltóságú belügyminister úrhoz czimzett egy koronás bélyeggel ellátott és okmányokkal kellően felszerelt folyamodványaikat **f. évi június hó 28-dikáig** bezárólag nálam nyujtsák be.

Nagy-Szeben, 1901. május 30-dikán.

A nagyszombati m. kir. állami elmegyógyintézet igazgatója.

35/1901. sz.

Az **abrudbánya-veerespataki „Nehezék-pénzalap”** választmánya halálozás következtében megüresedett **abrudbányai alorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Ezen alorvosi állással 1100 kor. fizetés, 240 kor. lóartás, 120 kor. szállás-pénz és 400 kor. drágasági pótlék van összekötve.

Az állás nyugdíjhoz van kötve.

Pályázati határidő 1901. évi június 28.

Felhivatnak a pályázni kívánók, hogy pályázati kérésüket orvostudori, erkölcsi és szolgálati bizonyítványokkal felszerelve a választmány elnökségéhez annál is inkább adják be, mivel az elkésztett beérkezendő pályázati kérések figyelembe nem fognak vétetni.

Abrudbánya, 1901. évi május hó 28-dikán.

Ajtay Árpád m. p., v. elnök. Képes Ferenc m. p., v. jegyző.

3964/1901. sz.

Maros-Torda vármegye marosi alsójárás területén **Mező-Bánd** nagyközség székhelyvel rendszeresített közegészségügyi körben a **körorvosi állás** lemondás folytán üresedésbe jöven, annak betöltésére ezennel újabb pályázat nyitattik s felhivatnak a pályázni kívánók, hogy oklevelüket s eddigi szolgálataikat igazoló bizonyítványokkal ellátott kérésüket alulírott főszolgabírói hivatalhoz **folyó évi június hó 30-dikáig** annyival is inkább adják be, mert később érkező folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

Ezen állás a megyei pénztárból havi előleges részletekben felvehető 1600 kor. fizetés és 200 korona úti átalánnyal javadalmazva.

Ezen körhöz tartozó M.-Bánd, M.-Madaras, Mező-Kölpény, Száltelek és Székely-Maly községeket a megválasztandó körorvos havonként tartozik saját fuvarán beutazni, mikor is a rendelvény és látogatásokért 40 fillér külön díj illeti meg. Időközbeni látogatásoknál a fuvar természetben szolgáltatandó ki.

A választás idejéül folyó év július hó 1. napjának délelőtti 11 órája tüzetik ki s azt Mező-Bánd nagy községében fog megtartatni.

Maros-Vásárhely, 1901. május hó 29-dikén.

2-1

A főszolgabírói hivatal.

A **budapest-óbudai m. kir. dohánygyári betegségélyző pénztárnál** megüresedett **orvosi állásra** pályázat hirdetetik.

A közgyűlésen megválasztott orvos javadalmazása **1800 korona évi tiszteletdíj**.

A megválasztott orvos a III-dik kerület, óbudai területen levő lakásra köteleztetik.

A pénztári orvosi szabályzatok a dohánygyári igazgatóságnál a hivatalos órák alatt megtekinthetők.

A pályázni kívánók bélyeggel ellátott és képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiknek **június hó 19-dike**, azaz a választást megelőző nap déli 12 óráig a dohánygyári igazgatóságnál leendő benyújtására felhivatnak.

Később beérkezett kérvények figyelembe nem vétetnek.

Budapest-Ó-Buda, 1901. június 5-dikén.

2-1

M. kir. dohánygyári igazgatóság.

Milde József, kir. tanácsos, dohánygyári igazgató.

369/1901. sz.

A kormányzatomra bízott Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a **járási orvosi állás** elhalálozás folytán üresedésbe jöven, ezen **Koneza** község székhelyhez kötött, 1200 korona évi fizetés és 300 korona évi úti átalánnyal díjazott **járásorvosi állásra** pályázatot nyitok és felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy családi állapotukat, eddigi alkalmazásukat, minősítésüket és a tisztiorvosi vizsga sikeres letételét igazoló okmányaikkal felszerelt folyamodványaikat **hosszám augusztus hó 1-ig** annál is inkább terjesszék be, mert a később beérkezendő kérvényeket figyelembe nem veendem.

Alsófehér vármegye főispánjától.

Nagy-Enyed, 1901. május hó 25-dikén.

3-1

Zeyk Dániel főispán.

A **rozsnyói Dr. Kósa-Schopper nyilvános jellegű kórháznál** lemondás folytán megüresedett s az 1903. év végéig betöltendő **másod-orvosi állásra** ezen pályázatot hirdetek.

A másod-orvosi állás javadalmazása: 1000 K. évi fizetés, a kórházban szépen butorozott tágas szoba, elsőrendű kórházi élelmezés, fűtés, világítás és kiszolgálás. A város területén az orvosi gyakorlat meg van engedve.



A másod orvos évenként három heti szabadságra jogosult. Időközbeni lemondását a szolgálat elhagyása előtt hat héttel köteles bejelenteni, vagy pedig helyettesről köteles gondoskodni. Róm. kath. vallású pályázók előnyben részesítettek.

Felkérem ezért mindazon nőtlen orvosdoktorokat, a kik ezen orvosi állást elnyerni óhajtják, hogy keresztlevéllel és orvosdoktori oklevéllel ellátott s a rozsnói székes káptalanhoz intézett kérvényüket folyó év június hó 20-dikáig címzemre megküldeni szíveskedjenek, az állás július hó elején elfoglalandó.

Rozsnói, Gömörmege.

Ruber József dr., kórházigazgató.

2862/1901. kig. szám.

Krassó-Szörény vármegye oraviczai járásába üresedésben levő majdáni körorvosi állásra székhelyvel Oraviczabányán ezennel pályázatot nyitok.

A javadalmazás a következő:

1. Fizetés 1200 korona.

2. Fuvarátalány 400 korona.

3. Nappali látogatás szabályrendeletileg megállapított 40 fillér, éjjel 80 fillér; a köztudomású szegények ingyen gyógyítandók.

Felhívom mindazokat, kik ezen állásra pályázni óhajtának, az 1883. évi I. t. cz. 9. §. és 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-a értelmében kérvényeiket, eddigi működésüket és nyelvismereteiket igazoló okmányokkal felszerelve, alulírott nál folyó évi június hó 15-ig délután 5 óráig annál bizonyosabban beadni, mert később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

A választási határidő folyó évi június hó 17-én, reggel pont 9 órára Oraviczabánya község házában kintüzetik.

Oraviczabánya, 1901. évi május hó 16-dikán.

3-3

Motsidlovsky Ernő, főszolgabíró.

Nagy vidéki gyártelep — hatóságilag engedélyezett saját betegsegélyző pénztárral — ügyes

## gyári orvost

keres. Évi biztos jövedelem legalább 4000 korona. Magyar és német nyelven kívül egy szláv nyelv ismerete kívántatik.

Ajánlatok életpálya leírással „N. N. 8302.” jelige alatt **Haasenstein és Vogler** (Jaulus és társa) céghez, Budapest, V., Dorottya-utca 9. sz. I. em. kéretnek.

2-2

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárt június 15-dikén.

Erdészorvos. Zólyomm. Feketebalog munkástelep. 3000 korona f. és lakás.

Czím: M. kir. erdőigazgatóság Besztercebánya.

Községi orvos. Udvarhelym. Daróc. 1200 k. f., 100 k. lakbér. Czím:

Benedek Imre főszolgab. Homoród-Oklánt.

Körorvos. Majdan. Krassó-Szörénym. 1200 k. f., 400 k. fuvar át. Czím:

Motsidlovsky Ernő főszolgabíró, Oraviczabánya.

Lejárt június 30-dikán.

Körorvos. Udvarhelym. Etéd. 1000 k. f., 250 k. u. á. Czím: Gálffy Kálmán

főszb., Székely-Keresztúr.

Gyári orvos. N.-Boeskö. Klotild I. m. vegyi ipar r.-t. 1248 k. f. Czím:

Részvénytársaság igazgatósága N.-Boeskön.

Lejárt június 1-én:

Kórházi főorvos. Sarajevo. 4800 k. f., 1400 k. pótlék és lakás. Czím:

Bosznia-hercegovinai orsz. kórház, Sarajevo.

## HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczy Lithion-forrás

# Salvator

kitünő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag, húgydara és köszvénybántalmak ellen, vizeleti nehézségeknél, továbbá a légző és emésztési szervek hurutos bántalmáinál.

**Húgyhajtó hatású!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

# Bártfafürdőn

ez idén is — 1887 óta — hivatalos fürdőorvosként működik

## Dr. HINTZ HENRIK

az országos közegészségi tanács rk. tagja, nő- és gyermekgyógyász.

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.** Felvétetek bennlakó és bejáró betegek. Prospektust kívánatra ingyen küld az igazgatóság. Telefon.

Vegy-, górosövészeti és bakteriologiai

# ORVOSI LABORATORIUM

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

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajka-  
tej-, ex- és transzudátum valamint bakteriologikus vizsgálatokkal.

**Dr. MÁTRAJ GÁBOR**, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

# Dr. FRIES-féle magán-gyógyintézet

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

## INZERSDORF Bécs mellett.

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

# Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13—15.

Minden igényeknek megfelelő magángyógyintézet. Felvétetnek férfi- és nőbetegek, nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége- és szembántalmakkal; hiszlaló kúrák; tabeszes betegek gyógyítása (dr. Frenkel-féle módszer) dr. Sarbó Arthur egyet. magántanár vezetése alatt. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár vagy speciálista által. Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.

# Fekete áfonya gyógybor

Vinum myrtilorum medicinale.

Kitünő hatású **bélhurutnak** 1 üveg 1 kor. 60 f., 5 üveg bérmentes  
gyógyszere a **bélhurutnak** = postaszállítással 9 kor. 20 f. =

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

Raktár: **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszertárában Budapesten.

# Rajeczfürdő gyógyhely.

Rendkívül szép fekvés 420 m. a tenger színe felett a magas Kárpátokban, Zsolna mellett (Trencsén vármegye). Vasúti állomás közvetlenül a fürdőtelepen. Állandó posta és távirat. Gyógyeszközök: Vasas, timsós hévíz, 33 C° szénasavas vasas ivóforrás. Vasas lápfürdők.

Modern hidegvízgyógyintézet. — Évad tartama szeptember végéig.

Dr. Gara Géza hiv. fürdőorvos (téli át Meránban) június 1-én kezd meg orvosi működését. Prospektussal és felvilágosítással készségesen szolgál a fürdőgondnokság.

# Bártfa Dr. Hasenfeld Oszkár

# Fürdő

nőorvos május 25-dikén kezdte meg ez idén is, mint az előző években, fürdőorvosi működését Bártfán és szívesen szolgál e fürdőt illető bármely felvilágosításal. Lakás: **Bártfa, Divald-villa.**

## CSÁSZÁR-FÜRDŐ BUDAPESTEN.

Nyári és téli gyógyhely. Elsőrangú kénes hévízfű gyógyfürdő, páratlan gőzfürdővel, legmodernebb iszapfürdőkkel, pompás ásványvíz-uszodákkal, kő- és kádfürdőkkel, 200 kényelmes lakószobával. A legsolidabb kezelés.

— Prospectus kívánatra ingyen és bérmentve. —

# SEMMERING vízgyógyintézet

Dr. Ballmann-féle

téli Meránban.

835 méter a t. sz. f.

Prospektusok küldetnek.



Lápfürdők a házban.

Az ásvány-lápfürdőknek egyedüli természetes pótléka

**LÁPISO** | **LÁPLUG**  
száraz kivonat folyékonykivonat  
rekeszekben à 1 ko. | üvegekben à 2 kilr.

Főraktár:

**ÉDESKÜTY L.**

ásványvíznagykereskedés,  
— cs. és kir. udvari szállító —  
**BUDAPESTEN.**



## Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete

Budapest, Városligeti fasor 11.

Felvételnek **benlakók és bejárók.** — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villanyos fényfürdők. — Szénsavas fürdők. — Diätetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell gyógymód, diabetes kezelés, soványító gyógymódok.)  
Állandó orvosi felügyelet. — Kitűnő ellátás. — Mérsékelt árak.

**Igazgató-főorvos: Dr. GLÜCK GYULA.**

Telefon. — Prospektus. — Egész éven át nyitva.

## Haemorrhoidák

minden neme ellen

Nem narcotica. Minden kellemetlen mellékhatás nélkül. Kapható valamennyi gyógyszertárban, dobozonként 12 drb frt 2.50.

Főraktár Ausztria-Magyarország részére:

**Adler-Apotheke, Komotau (Böhmen).**

nők és gyermekeknél is a jód-resorcin-sulfonsavas wismuth

## Anusol

elnevezés alatt Suppositoria haemorrhoidalia Anusol alakban a tisztelt orvos uraknak melegen ajánlatik.



Kapható Budapesten Édeskúty L. cs. és kir. udv. szállítónál.

magammal viszem a Dr. Sedliczky-féle szab. fürdőtablettákat, melyekkel mindenütt sós-, fenyő-, kénes-, szénsavas-, láb-, vas- (Dr. Heller után) és (ischil kénes) iszapfürdők (utóbbiakat Dr. Mayer, Ischl szerint), kényelmesen, olcsón és pontosan adagolva, készíthetők. — Kapható valamennyi ásványvízkereskedésben, gyógyszerár- és drogueriában. Közvetlen rendelések a gyártóhoz Dr. Sedliczky, Hallein-Salzburg küldendők. Prospektusokat javallatokkal és ingyenes mintákat a gyár szívesen küld orvosok, kórházak stb. részére. Különösen figyelmeztetik, hogy a tabletták súlya miatt (darabonként 1/2-5 kiló) nem a postai, hanem csak a vasúti szállítás ajánlható. Ugyanott készíttetnek: Sós-inhaliatio-pastillák aetherikus olaj hozzáadással vagy a nélkül belégzésre és porlasztásra a lázban. Begyógyulási eszókra ajánlatnak ischl kénes iszapfürdőtabletták Dr. Mayer főorvos Ischl, szerint és a lápvásfürdő tabletták Dr. Heller szerint.

## Plasmon

(A tej fehérnyéje és tápsói.)

Könnyen oldó, íz- és szagtalan, olesó. Állandó használatban a legelső állami és városi kórházakban (cs. kir. bécsi kórházak, porosz kir. helyőrségi kórházak, tőbolydák, népgyógyhelyek stb.)

**Javallatok:** Valamennyi eset, a hol könnyen emészthető koncentrált és nem izgató táplálék, illetőleg gyors táplálás kívánatos.

**Adagolás:** Evőkanalanként leves, kása, tej, cacao stb.-ben, használati utasítás szerint.

**Nagybani árak:** Kórházak és orvosok részére ad. us. propr.

— Plasmon-cacao-, esokoládé-, zabcaeo-, biscuit-, kétszersült. —

\* \* \* Minták és irodalom ingyen. \* \* \*

A PLASMON-GESELLSCHAFT m. b. H. Neubrandenburg i. M. főképviseletége:

**Wien, IV., Gr. Neugasse 14.**

Kapható gyógyszerárak és drogueriákban.

## Szt.-Margitsziget gyógyfürdőhely.

43-39° C kénes szénsavas égvényes hévíz, kitűnő gyógyerejű, köszvény, csúsz, emésztőszervi, ideg-, bőr-, vesebajok ellen. Ezenkívül iszap-, villamos fény-, mesterséges szénsavas-, mindennemű gyógy- s üdítő (Kneipp) fürdők. Szívbetegnek dr. Schott-féle speciális kezelése. 150 holdas park. 300 vendégszoba minden kényelemmel és villanyvilágítással. Posta, távirat stb. Jó konyha. Naponta katonai- és cigányzene. Közlekedés a fővárossal villanyvasúttal hidon át és 1/2 óránként a hajóval.

**Fürdőidény kezdete május 1-jén.**

Május s szeptemberben 30% árengedmény.

Fürdőorvos: **Dr. Ötvös József** az országos közegészségi tanács rk. tagja.

— Prospektust kívánatra küld a —  
főhercegi Szt.-Margitszigeti gyógyfürdő felügyelősége.

## C. F. Boehringer & Soehne

Waldhof bei Mannheim

ajánlják  
mindenütt ismert  
kiváló  
készítményeiket.



ajánlják  
mindenütt ismert  
kiváló  
készítményeiket.

### FERRATIN

D. R. P. No. 72168.

### LACTOPHENIN

D. R. P. No. 70250.

## FERRATIN, vasas tápláló-anyag

vérszegények és lábadozók számára.

✱ Ferratin comprimé Tablettákban

1 üvegben 100 drb à 0.25 gr. Ferratin.

✱ Ferratin chokoládé-pastillák

1 dobozban 50 pastilla à 0.5 gr. Ferratin.

✱ Ferratin eredeti 25 gr.-os üvegekben.

## Ferratosé (Liquor Ferratini)

D. R. P. No. 72168.

eredeti 250 gr.-os üvegekben.

Az orvos uraknak kívánatra irodalmi adatokat és próbamintákat szívesen küldünk.

**C. F. Boehringer & Soehne, Waldhof Mannheim mellett.**

## MISDROY, tengeri fürdő

Wollin-sziget, Pommeránia.

Remek fekvés, nyílt tengerpart, a helységig terjedő szálas erdő. Tengeri-, sós-, láb-, szénsavas és villanyfürdők; napfürdő. Szakorvosi massage. Vezető fürdőorvos: **dr. RÖCHLING** udv. tanácsos. Mindennemű szórakozás és sport. Bármely követelményeknek megfelelő lakás és ellátás. Közvetlen vasúti összeköttetés Berlin városával 5 órában.

Prospektusokat küld a fürdőigazgatóság.

## LIPIK

I. rangú fürdőhely Szlavoniában.

Egyetlen jódtartalmú alkalikus hőforrás (64° C.) a kontinensen.

Első díjakkal kitüntetve: Budapest 1885 és 1896, London 1893, Bécs és Róma 1894 és Brüssel 1897.

A lonjavölgyi vasút állomása (Dugosellon át). Azonkívül a déli vaspálya állomása, Pakrac—Lipik—Kanizsán és Barcsán át. (Zónatarifa.) Indulás Budapestről a m. á. v. fiumei gyorsvonatával 7 óra 15 p. reggel, érkezés Lipikre 1/26 órakor délután.

Romániából, Bulgáriából, Szerbiából, Boszniából Brod-Novszkán át közvetlen kocsiosszeköttetéssel május—szeptember: Szeged-Lipik d. u. 4.34 és vissza Lipik-Szeged d. e. 8.35.

Minden irányban nappali gyorsvonatok.

64° C. hőmérsékletű bő forrása gazdag natriumtartalmánál (magyar Ems) és jódvegyületeinél fogva fürdő- és ivókúrára kiválóan alkalmas.

Kitűnő hatású idült gyomor-, bél-, gégehurtnál, hólyagbajoknál, köszvény- és csúszos bajnál, ischiasnál, azonkívül veretbetegségeknél, görvélykóránál és egyéb mirigy- és csontbántalmaknál.

A legkényesebb igényeknek megfelelő fürdőberendezés (porcellán-, márvány-, izzasztó- és bassinfürdők), fényesen berendezett szállók, új gyógyterem, gyermekgyógyintézet, zongora-, társalgó-, étterem, kávéház stb., gyönyörű fedett sétány, remek évszázados park, lawn-tennis; mindenütt villamos világítás. Kitűnő zenekar.

Hivatalos fürdőorvos Szemerey Bertalan dr.

Jódforrássó közvetlen a fürdőigazgatóságnál, Lipiken, rendelhető.

Bővebb felvilágosítással és fürdőleirással szívesen szolgál

**a fürdőigazgatóság.**



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kézmarszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réozey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Rigler Gusztáv:** A teljes vér és a vérsavó lugosságának ingadozása különböző ép és kóros viszonyok között. 393. l.
- Fornet Elemér:** Az elkövérédek pathológiájáról és terapiájáról. 395. l.
- Weisz Ede:** Közlemény a kórboneztani s kórszöveti intézetből. (Igazgató: Pertik Ottó dr. egyetemi tanár.) A közlényről. 395. l.
- Sugár K. Márton:** A rendszeres hallási gyakorlatokról és ezek terapeutikus értékéről süketnémánál és süketeknél. 398. l.
- Bauer Lajos:** Válasz Neubauer Adolf dr. fül- és gégeorvosnak „A csecsemőkori adenoid vegetatiokról“ című közleményemre tett megjegyzéseire. 400. l.
- Tárca. Töölgyi Elemér:** Párisi levél. 400. l.
- Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Friedrich Vilmos:** Orvosi haladás az 1900. évben az ipari megbetegedés terén. 411. l. — *Könyvismertetés. August Hoffmann:* Pathologie und Therapie der Herzneurosen und der functionellen Kreislaufstörungen. 402. l. — *Lapszemle. Gyógyszertan és mérgegtan. Sternfeld:*

Lithium chinicum. — *Schenk, Königstein, Brunner:* Fersan alkalmazása. — *Szülészet és nőgyógyászat. Stapler:* Az inoperabilis méhrák kezelése. (Kern G.) — *Gilbert:* Kétszeri inversio uteri szülés után ugyanazon nőnél. (Kern G.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Audebert:* A szülés utáni fájások. — *Hiram Williams:* Venereás fekélyek, herpes progenerialis, balanitis gyógyítása protargollal. — *Folyóiratok átnézete.* 403—504 l.

**Hetiszemle és vegyesek.** A főváros egészsége. — A Stefánia szegénygyermek-kórház-egylet 62-dik évi rendes közgyűlése. — Az „Orvostanhallgatók segítő és önképző egyesületének önképző alosztálya. — Kiténtetés. — Kovács Aladár dr. — Horovitz Géza dr. — A budapesti általános poliklinika. — Megjelent. — Herczel dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 404. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

**Melléklet.** Dr. Schreiber „Alpenheim“ vizgyógyintézetét tárgyaló prospectus.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** — Közkórházi orvostársulat. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A teljes vér és a vérsavó lugosságának ingadozása különböző ép és kóros viszonyok között.

Közlő: *Rigler Gusztáv* dr., a közegészségtan ny. r. tanára Kolozsvárt. (Folytatás.)

#### II.

A vér lugosságának érdekes kérdésével — a rendelkezésemre álló irodalom pontos áttekintése után mondhatom — nem foglalkozott *Fodor* és *Rigler* után senki sem.

A kérdés sem kimerítve, sem megoldva ninesen, fontossága pedig eminens.

Ez birt engem arra, hogy a kísérleteket újból felvegyem s főleg annak kiderítésére törekedjem, vajjon

1. a teljes vér épen úgy viselkedik-e lugossága szempontjából, miként a vérsavó?

2. Vajjon a lugosság változásai olyatén módon folynak-e le az eddig még erre nem vizsgált fertőzéseknel, toxinok és antitoxinoknál, mint a már vizsgáltaknál?

3. Vajjon a fertőzött állatoknál tett idevágó tapasztalatok észlelhetők-e a fertőző betegségekben szenvedő embereknél is?

4. Vajjon a vér és vérsavó lugosságában kimutatható ingadozások kizárólagos és specifikus sajátosságai-e a bakteriumok, toxinok és antitoxinok hatásainak? Végre

5. Ép állatok vérében, illetve az ebből chemiai úton tisztán előállított alkotórészek valamelyikében megvan-e azon anyag, a mely az antitoxinok által létrehozott lugosságemelkedést előidézi?

\*\*\*

A magam elé tűzött feladat megfejtésénél már jó eleve is sok és egy ideig szinte elháríthatatlannak látszó akadályra találtam.

Hiába kerestem legelső sorban olyan módszert a lugosság meghatározására, a mely pontosság, megbízhatóság és érzékenység szempontjából kielégítő, a vére s vérsavóra egyaránt alkalmazható és az adott körülményeknek megfelelő lett volna.

*Fodorral* végzett vizsgálataink alkalmával is végigpróbáltuk az irodalomban addig ismertett módszereket, de már akkor sem határozhattuk el magunkat az egyik vagy a másik követésére. Így voltam jelen kísérleteimnél magam is.

A CO<sub>2</sub> meghatározástól el kellett tekintenem egyrészt annak lényege miatt, másrészt azért is, mert kísérleti állataimból (nyulakból) naponta nem vehettem annyi vért, a mennyi az e fajta vizsgálatoknál csupán a pontosság megközelítése végett is szükséges lett volna.

Az alkalimetricus methodusok közül sem az eredeti *Zuntz*-féle, sem annak *Lassar* által ajánlott módosítására nem határozhattam el magamat a reactio határozatlan volta miatt.

*Landois* és *Jaksch*, *Winternitz* és *Kraus* eljárásának igénybevételétől egyrészt körülményességük, másrészt a pontosságot csak alig megközelítő tulajdonságuk miatt is le kellett mondanom.

A *Tauszk* és *Löwy* által ajánlott módhoz pedig azon hibák miatt nem akartam fogni, a melyek egyrészt a megtitrált vérmennyiség kiesinységéből, másrészt a színátmenet önkényes látásából származhattak volna.

Igen csábító lett volna a *Limbeck*-féle titrálási mód, ha arról felfedezője nem úgy nyilatkozik, s ha *Fodorral* végzett vizsgálatainkból is nem az derül ki, hogy ezzel a máskülönbben érzékeny methodussal a teljes vér vagy a vérsavó összes, és főleg az ingadozásban résztvevő alkalicitása nem határozható meg.

Nem maradt volna hát más hátra, mint a vérsavót az összes eddig ismert mód közül legpontosabb és más tekintetektől is legjobban megfelelő *Fodor*-féle methodussal vizsgálni, s az ugyanazon állatból, ugyanazon alkalommal vett teljes vér alkalicitásának meghatározására a fentebb említett eljárások közül valamelyiket alkal-



mazni. Így azonban kitétem volna magamat azoknak a hibáknak, a melyek két módszer különböző érzékenységből, esetleg eltérő eredményeiből származtak volna.

*Uj és olytén vizsgálati mód után kutattam tehát, a mely — a mi a pontosságot illeti — lehetőleg megközelítse vagy el is érje úgy a vér, mint a vérsavó lugosságának vizsgálatánál azt a fokot, a mit az eddig legjobb, a Fodor-féle a vérsavónál felmutatott.*

Eleve is lemondottam tehát arról, hogy vörös vagy lakk-színű vér-anyaggal dolgozzak. A teljes vérnek a pontos titrálás-hoz szükséges elszintelenítésére a szűrés és a coagulálás szóba sem jöhetett.

A vérnek fölös, és hevítéssel a fölös résztől megszabadítható savakkal való vizsgálatával sokáig kísérleteztem eredmény nélkül, mert, a mint különben előre is látható volt, a melegben eme savaknak a vér alkotó részeivel képzett vegyületei is megbomlottak, vagyis a lepárolt és lúgban felfogott sav mennyiségéből nem lehetett a vér lugosságára pontosan következtetni.

Fabinyi tanár szíves tanácsára próbákat végeztem a jodometriával — sajnos — eredmény nélkül.

Végül oly irányban tettem kísérleteket, nem lehetne-e a teljes vér titrálásánál zavarólag, sőt megghusítólag ható színanyagokat olytén módon megváltoztatni, hogy ez a processus a lugosságra befolyással ne bírjon.

Azt hiszem, a sok ez irányban megpróbált vegyület közül az aethyl-alkoholban találtam meg a keresett anyagot. Ha ugyanis — miként általában ismeretes — absolut alkoholba friss, teljes vért csepegtetünk, az ott finom pelyhek alakjában azonnal coagulál. Ez a coagulum vörös-barna színű, s ha leülleszik, a fölötté meggyülő folyadék szintelen, feltéve, hogy az alkohol és a vér mennyisége között a helyes arányt megtartottuk. Hiába mártunk bele ebbe a felső, szintelen folyadék részbe érzékeny vörös lakmuspapírt, azon az alkalicitásra jellegző színváltozást nem fogjuk megtalálni (lásd Fodor-Rigler dolgozatát is).

Egészen másként állanak azonban a viszonyok, ha az ilyen absolut alkohol és teljes vér keverékéhez destillált vizet adunk. Ha felrázás és új üllepítés után érzékeny vörös lakmuspapírral újból kísérletet teszünk, azon a lugosság okozta színváltozást igen jól szemléltethetjük. Ha pedig a lakmuspapírt egyszerű bemártása helyett egy alkalmas kicsi szűrőn átszűrjük, s így a benne úszkáló, zavaró színű espadék utolsó nyomaitól is megszabadított folyadékot Fodor szerint hajszálvékonyra kihúzott üvegesöbe szívjuk, s annak végét a vörös lakmuspapírra nyomva, utóbbiba a folyadékot egy pontból szétáradni hagyjuk, akkor a legtisztább és erős alkalikus reactio áll előtünk.

Az eljárás módját ezzel megtalálni véltem.

De hátra volt még egy fontos kérdés felderítése. Az t. i., vajjon az alkohol nem változtatja-e meg egyúttal a teljes vér vagy vérsavó anyagának savkötő képességét akkor, mikor az elszintelenítést végzi.

Erre a kérdésre directe megfelelni nem tudtam, s azt hiszem, nem is lehet. Kerülő úton kísérlettem meg a megoldást a következőleg.

Kísérleti állapotokból vért vettem, s a próbákat addig centrifugáltam, míg teljesen vitziszta és szintelen savókat nyertem. Ezeknek egyik felét Fodor szerint titráltam, másik felét pedig a főntebb alapjában már ismertetett módon azonos  $1/50$  norm. kén-savval vizsgáltam lugosságukra. A kétféle titrálás eredménye, mondhatni, azonos volt. A kísérleteket sokszor és változó mennyiségű vérsavóval megismételtem, mindig ugyanazon eredménnyel.

Jogosan tételezhettem fel tehát, hogy eljárásom, a mi a vérsavót illeti, nem hoz létre olyan változást, a mely annak lugosságát —  $1/50$  norm.  $H_2SO_4$ -val való titrálásánál — befolyásolná.

Hogy ez a megfigyelés a teljes vérré is megnyugvást adó, nagy valószínűséggel érvényesíthető, azt onnan hiszem, mert ennél is, akár csak a vérsavónál, ugyanazon titrált anyag mennyiségének emelésével és kevesbbitésével az elhasznált  $1/50$  sav mennyisége a kívánható legnagyobb pontossággal lépést tartott.

Bizonyítékul szolgáljon a következő két táblázat.

1. tábla. Ép nyúl vérsavójának lugossága Fodor és Rigler szerint.

Szám	1 cm <sup>3</sup> vérsavó = cm <sup>3</sup> $1/50$ n. $H_2SO_4$	
	Fodor szerint	Rigler szerint
1	2.40	2.55
2	2.35	2.30
3	2.375	2.325
4	2.40	2.35
5	2.30	2.20
6	2.30	2.35
7	2.275	2.40*
8	2.50	2.25
9	2.10	2.10
10	2.25	2.25

\* A savó kissé vöröses színű.

Legnagyobb különbség = 0.15 cm<sup>3</sup>  $1/50$  norm.  $H_2SO_4$ , a mi a Fodor szerint mért alkalicitásnak 6.3%-a.

2. tábla. Nyúl. 1–6 cm<sup>3</sup> teljes vér titrálva, s a lugosság 1 cm<sup>3</sup>-re átszámítva.

Szám	1 cm <sup>3</sup> teljes vér = cm <sup>3</sup> $1/50$ $H_2SO_4$			
1	3.00 (4 cm <sup>3</sup> vér)	3.01 (6 cm <sup>3</sup> vér)	—	—
2	3.63 (3 " )	3.64 (6 " )	—	—
3	3.40 (1.5 " )	3.42 (4.0 " )	—	—
4	3.81 (3 " )	3.81 (6 " )	—	—
5	3.01 (4 " )	3.01 (6 " )	—	—
6	2.75 (1 " )	2.75 (3 " )	2.72 (6 cm <sup>3</sup> vér)	—
7	3.05 (1 " )	3.03 (4 " )	3.04 (5 " )	—
8	4.075 (1 " )	4.080 (4 " )	4.020 (5 " )	—
9	3.625 (1 " )	3.610 (4 " )	3.650 (5 " )	—
10	3.45 (1 " )	3.45 (2 " )	3.41 (4 " )	—
11	3.60 (1 " )	3.51 (2 " )	3.60 (3 " )	—
12	3.50 (1 " )	3.475 (2 " )	3.480 (5 " )	—
13	3.70 (1 " )	3.75 (2 " )	3.716 (6 " )	—
14	3.52 (1.5 " )	3.533 (3 " )	3.59 (5 " )	—
15	3.06 (1.5 " )	3.05 (3 " )	—	—
16	3.35 (1 " )	3.30 (5 " )	—	—
17	3.325 (1 " )	3.333 (3 " )	3.350 (6 " )	—
18	3.65 (2 " )	3.60 (3 " )	3.590 (4 " )	—
19	3.80 (1 " )	3.85 (2 " )	3.83 (3 " )	—

A legnagyobb eltérés 1 cm<sup>3</sup>  $1/50$  n.  $H_2SO_4$  = 1.47%.

Számos kísérletet végeztem annak kiderítésére is, vajjon a titrálási módomból nyert eredmények tényleg végeredmények-e, vagyis, hogy a megtitrált vérsavó, illetve teljes vér órák, sőt napok (2 × 24 óra) múlva is épen úgy reagál-e, mint a titrálás befejezésekor. Összes kísérleteimnél az volt az eredmény, hogy az egyszer megtitrált vér, illetve vérsavó reactioja (közömbössége) állandóan és napokon át megmarad, vagy a mi ugyanezt jelenti: hogy vizsgálati módomból úgy a teljes vérben, mint a vérsavóban levő összes savkötő alkotórészek tényleg lekötöttek. Bizonyítja ezt még az is, hogy ha a titrálás befejezése után minimalis fölös savat adtam a folyadékhoz, akkor a savi reactio órákon és napokon (két nap) át változatlanul megmaradt.

A mi ezen titrálási mód érzékenységét illeti, az 0.05 cm<sup>3</sup>  $1/50$  n.  $H_2SO_4$ -nek, vagyis  $1/20000$  normal savnak felel meg. Ezt a magas érzékenységet természetesen csak a legnagyobb gonddal készített (nem pedig kereskedésbeli) lakmuspapír használata és a kémlendő folyadéknak a papírra Fodor szerint való átvitele adja meg. (A régi cseppentő (tüpfli) methodussal legjobb esetben  $1/2500$  n. savat lehet kinutatni.)

Az ismertetett alapon nyugvó vérvizsgálatokat a következőleg ejtettem meg.

A kísérleti állatot hátára fektetve, megfelelő rögzítő készülékkel ellátott asztalkán kifeszítettem s vena jugularisát felkerestem. Ebből már most Pravaz-tűvel egyik végén összekötött üvegesöbe szívattam a vért, még pedig olyképen, hogy azt erős falú, nagyobb fajta üveggel kötöttem össze, melyből előbb vízszívóval a levegőt lehetőleg kiürítettem.

A csöbe áramló friss vért azonnal kétfelé osztottam, még pedig egyik részét 3–4 cm<sup>3</sup> ürtartalmú, üvegből készült centrifugcsöbe, a másikat pedig olyan pontosan lemért, kaucukdugóval elzárt (körülbelül 50 cm<sup>3</sup> ürtartalmú) üvegebe öntöttem, melybe a lemérés előtt 10 cm<sup>3</sup> absolut (96%) alkoholt tettem. A centrifugálás után nyert, vitziszta, alig észrevehetően sárgás színű savó szintén 10 cm<sup>3</sup> abs. alkoholt tartalmazó és pontosan lemért üvegebe került. Mindkét üveget újból lemértem; a súlyszaporodás adta a vizsgálandó teljes vér, illetve vérsavó súlyát.



Ezen vérpróbákat  $\frac{1}{2}$  óráig bedugva állani hagytam, azután 10 cm<sup>3</sup> neutralítására megvizsgált dest. vizet öntöttem beléjük s újból  $\frac{1}{2}$  óráig nyugalomban hagytam őket.

Most következett a titrálás  $\frac{1}{50}$  norm. H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>-val olyképen, hogy a sával kezelt, jól összerázott folyadékból kis pipettával próbát véve, azt olyan 8–10 cm. hosszú, s egyik végén hajszálvékonyra kihúzott üvegesőbe fujtam, a melyeknek töleszerszerű szükületébe kevés, igen jól kimosott üvegyapot volt belenyomva. Az ezen átszivárgó, illetve áthaladásában gyenge fuvással segített folyadék teljesen tisztán és szintelenül kerül az üvegeső hajszálas végébe. Az ebből kezdetben kifolyó folyadékot vissza engedtem az eredeti folyadékba mindaddig, míg a hajszálesőben csupán annyi maradt, a mennyit az kicseppenés nélkül magában visszatart. Most kettős rétegben egymás fölé (üveglapra) helyezett vörös lakmusz-papírra függélyesen állítva a hajszálas cső végét, belőle a folyadékot a papírba szívárogni engedtem. Ennek megtörténtével néztem, vajjon azon a ponton, a melyet a hajszáleső vége az előbb befűdött, mutatkozik-e kékülés vagy nem, vagyis azt, hogy a folyadék alkalikus-e még, vagy már nem az. Midőn a vörös lakmusz-papíron színváltozás már alig mutatkozott (destillált vízzel való összehasonlításnál), a folyadékot kék lakmusz-papíron is kipróbáltam, s mindaddig adtam belé cseppenként  $\frac{1}{50}$  n. H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>-at, a míg — miként azt Fodor teszi — a vörös papíron már nincsen semmi kékülés, a kéken pedig olyan kisfokú vörösödés mutatkozik, mely állandóan meg is marad.

A nyert értékeket, miként Fodor, én sem számítom át Na OH-ra, hanem a következő összes táblázatokban 1 gm. teljes vérre, illetve vérsavóra kifejezve, nyersen adom.

Miként látni való, az egész eljárás egyszerű, s nem más, mint a Fodor-féle vérsavotitrálásnak módosítása.

Hogy titrálási módszeremmel tényleg a teljes vér és a vérsavó összes savkötő alkotó részeit (nem pedig, mint a Limbeck-félével, főképen az anorganikus vérsókat) határozhatni meg, az kitűnik első sorban abból, hogy az a Fodor-éval azonos eredményeket ad, de azon egyetlen példából is, a melyet a sok közül a következő kimutatásban adok:

3. tábla.

1 gm.	Fodor szerint = cm <sup>3</sup> $\frac{1}{50}$ n. H <sub>2</sub> SO <sub>4</sub>	Rigler szerint
teljes ökörvér	—	5.15
ennek hamuja	1.95	1.95
ökörvér-savó	2.35	2.35
ennek hamuja	1.18	1.175

Végül megjegyezni kívánom még azt, hogy az alább közölt vizsgálatoknál nem volumen, hanem súly szerint mértem a kémlelt teljes vért, illetve vérsavót. A volumen-mérések elhagyására az birt reá, mert a teljes friss vérnek pipettával való lemérésénél az alvadás okozta zavaroktól, hibáktól tartottam. Természetes, hogy a milligrammnyi pontosságú súlymeghatározás sokkal több időbe kerül, mint a pipettával való lemérés. Különösen sok időbe kerül ez, ha a közönségesen használt analitikai mérlegekkel dolgozunk.

Intézetem új Kuhlmann-féle mérlege ezt a nehézséget igen jól megszüntette, mert a begyakorlás után 1–1 milligrammig pontos mérésre 1 percnél több időre sohasem volt szükség, a pontosság pedig felülhaladta a rendes analitikai mérlegeken elérhető, s megmaradt a végzett 4000-nél több mérés dacára a mai napig is.

(Folytatása következik.)

## Az elkövéredés pathológiájáról és therapiájáról.

Fornet Elemér dr. marienbadi fürdőorvos, volt egyetemi belklinika I. tanársegédjétől.

(Vége.)

Schweninger szintén kevés vizet itat, ezt mindig csak egy órára az étkezések után engedi meg s gyakori kis étkezéseket rendel. Utóbbi beosztásnak azonban a súlyvesztésre semmi befolyása nincsen.

A fehérjetartalmú táplálék legzélszerűbb adagjainak megállapítása és a szervezet fehérjeállományának kiméltése a soványítási módok legnehezebb kérdései közé tartozik. Noorden és Dapper

pontos anyagcserekeresletek útján bebizonyították, hogy a zsírszövet jelentékeny reductioja érhető el szervezeti fehérjevesztés nélkül s azt találták, hogy caloriadeficit mellett a nitrogeneqyensúly fentartásának optima nem függ a bekebelezett fehérje abszolút mennyiségétől, hanem, hogy az utóbbi e mellett egyenként változó és sokszor aránylag igen alacsony értékekig redukálható. Szükségesnek mondják a fehérjeanyagcsere pontos ellenőrzését s időnként egy-egy nagyobb napi fehérjeadag közbeiktatását. Nekem úgy látszik, hogy ezen két vizsgáló a gyakorlatot feleslegesen complicáló ily meghatározásokra túlságos súlyt helyez, bár nem tagadható, hogy pontos vizsgálati eredmények mindig számba veendő útmutatást adnak s igazuk van Hirschlernek és Terraynak, ha azt mondják, hogy a helyes út itt is a középben van. Nyomatékkal akarok azonban ismételtén reámutatni arra, hogy ha a soványítás folyamán alacsony fehérjeértékekkel N-egyensúly akár huzamosan is fenntartható, ne találjunk túlságos megnyugvást a fehérjeadagok-nak ezen — sit venia verbo — lefelé való árverésében. S különösen ne olyan esetben, hol anaemiás, gyenge ellenállású szervezettel van dolgunk. Emlékeztetek Rosenheim állatkísérleteire, ki kutyát csekély fehérjetartalmú táplálékkal állandó N-egyensúlyban tartott s melynél az autopsia a szív és máj zsíros elfajulását mutatta. A nitrogeneqyensúly tehát nem jelent mindenkor kifogástalan fehérjetáplálást.

Tapasztalatom alapján állíthatom, hogy anaemiás, gyenge elhízottak bő fehérjetartalmú étrend mellett jobban türik a soványítást. Igaz, hogy épen ily esetekben az illetőknek gyakran majdnem idiosyncrasiájuk van a hús- és tojásneműek elfogyasztása iránt úgy, hogy bár gyakran megconstruáltam magam is a nagy napi fehérjeadag elméleti szükségét, annak a gyakorlatban való kivitele sokszor lehetetlenné vált. S azért megvallom, bizonyos nemével az irigységnek olvasom, hogy kitűnő szűkebbkörű kartársam Kisch, véletlenül épen vérszegény elhízottaknál tudja alkalmazni a legexcessivebb fehérjeadagokat, tojás és hús alakjában naponta 200 gramm fehérjét. A többi szerző által ajánlott fehérjeadagok, tekintet nélkül az anaemiára, 100–172 grammig változnak.

Arra nézve, hogy a fehérjeanyagcsere számbajövő zavarokat szenved-e a soványítás folyamán, nem éreztem e N-mérleg meghatározásának szükségét. Csekély átmeneti veszteségek valóban azt hiszem nem bírnak fontossággal, a szervezet sejtállományának zavarai pedig subjectív és objectív zavarokban úgyszólván mihamarabb constatalhatók.

A mi már most ezen étrendi gyógymódok értékét illeti, a soványítást legjobban elősegíti a Banting-kúra, mert a legkevesebb caloriát nyújtja. Nagy hátrányai ismeretesek. A nagyon is egyoldalú hústáplálék által a szervezet a fehérjebomlás termékeivel nagyon is el van árasztva s ez úgy az idegrendszerre és az egész szervezetre, valamint az esetleg fennálló köszvényes hajlamra vonatkozólag káros következményekhez vezethet.

Ebstein és Oertel étrendi előírásai már inkább közelednek a vegyes táplálékhoz. Az elsőben említettnek elvei szerinti diéta ajánlatosabbak lesznek ott, hol a soványítás diabetesre hajlamos egyénél eszközözendő. A szénhidratokkal inkább bővelkedő, Oertel elveinek követésével előirt diétaéknak a táplálék nagyobb térfogata miatt nagyevőknél vagy köszvényes elhízott egyéneknél lesz különösebb javulatuk, azonban utóbbiaknál a vizet nem szorítjuk meg, csak ott, a hol a vérkeringési zavarok felléptével egyúttal a nagyobb vízmennyiségek bevitelének korlátozása kívánatos. Óvakodjunk a víz élvezetének korlátozását a túlságba vinni, mert a szervezetben a csökkent diuresis folytán felhalmozódó salakanyagok komolyabb jellegű kellemetlenségekre vezethetnek, bár elhízott egyének rendszerint jobban türik e viz-elvonást, mint soványok (Dennig, Noorden). Ez eljárás hasznát a vérkeringési zavarokkal egybekötött elhízásnál a következő példa is illusztrálja.

58 éves, alacsony termetű alezredesnél, a ki rendkívüli nagyevő, a testsúly 127 kg.-ra emelkedett. Egy év óta már nagyobb sétát nem tesz, mert könnyen fárad, fulad, rendkívül aluszékony. Lehajolni a nagy has miatt nem tud, fekvő helyzetből csak nehezen tud felkelni. Szívtompulat minden irányban megnagyobbodott, hangok tiszták, pulmonális második hangja ékelt. Érlökés 48, kihagyó, normális feszültségű. Alsó végtagokon feszes oedemák. Rendelés: Naponta



erős bélderivatio marienbadi vízzel és sóval, egy liter folyadék, táplálék korlátozása, később szénsavas sósfürdők és terrain-kúra. Eredmény öt hét után 15 kg. veszteség, nagy sétákat tesz, nem aluszékony. Szívállapota jelentékenyen javult, mit a pulmonalis második hangja ékeltségének csökkenése is mutatott. Ugyanazon nyáron újabb három heti kúra, még nyolcz kilogrammfogyással. Azóta (öt év) kitünő közérzet, most évente soványító kúrát használ Marienbadban.

A diatás eljárások fenti schemái a caloriacsökkentésnek körülbelül mintegy legalsó határát képezik s huzamos ideig tartó előírásokul nem ajánlatosak. A fenti elvek igénybevételével alkalmazzuk esetről esetre az egyéni viszonyokhoz mért táplálékbevitelt rövid tartamú kúránál erősebb megszorítással, ott pedig, hol a soványítást egy vagy más oknál fogva lassan eszközöljük, nagyobb engedékenységgel. A schematizálás felettébb ártalmas következményekre vezethet. Ott, hol különös okok egyik vagy másik tápanyag erősebb reductioját kívánatosnak teszik, kétségtelenül legjobban, ha az egyes alkatrészek keverési aránya a normalishoz közeledik. Hyenkor azonban ne feledjük, hogy *Hirschler Ágoston* vizsgálatai szerint a vegyes koszt jobban kihasználható, mint az egyoldalúan megszorított.

Felemlítem még itt a *Tarnier*-féle kizárólagosan tej- és a *Bouchar*d-féle tej-tojás-étrendet. Mindkettő az étrend egyformasága miatt nehezen vihető ki, bár nephritis, köszvény vagy hasonló szövödmények néha kívánatosnak tennék.

Az úgynevezett *gyümölcskúrák* közül a citrom és szőlő alkalmazása használatos. Alkalmazásuk mellett főleg a zsírok korlátozása szokásos a szénhidratokkal szemben. A citrom-kúránál napi 20—30 darab citrom levéig emelkedő adagok fordulnak elő. Könnyen okoz gyomorbeli zavarokat. Hígysavas diathesisel kombinált esetekben megkísérhető. A szőlőből napi négy kilogramnyi mennyiségig szokás emelkedni. Obstipatio, légzőszervek hurutja, alhasi vérpangás stb. mint az obesitas complicatioi relatív javalatait képezhetik. Magától értetődik, hogy a gyümölcskúránál a gyümölcsnedv mint olyan a soványításra befolyással nem bír.

Az obesitas gyógykezelésében régi és megérdemelt hírnévnek örvendenek a glaubersó- és a konyhasótartalmú *ásványvizes ivókúrák*. A glaubersó tartalmú ivókúrák soványító hatása több tényezőre vezethető vissza. *Zuntz és Mering* kísérletei szerint sóoldatok elfogyasztása után az élenyifogyasztás és szénsavkilégzés növekedik, *Löwy A.* pedig kimutatta, hogy sós hashajtók az oxydatios folyamatokat átmenetileg egész 30%-ig képesek fokozni. Hogy ez a bélműködés s esetleg a szívűködés fokozottabb volta által okozatik-e csupán, az az eredményre nézve mellékes. A tápszereknek valamivel kevésbé jó kihasználása szintén bizonyos szerepet játszik a szervezeti zsírszövet fokozottabb elégetésére. A kivált az első időben fellépő súlyveszteségek természetesen részben a vizes székürülések és a nagyobb diuresis okozta vízveszteségre is hárulnak.

A konyhasós vizek a fent részletezett hatást gyengébb mértékben mutatják. A fehérjeanyagcsere ezen ásványvizek egyike sem befolyásolja, a mint azt *Dapper és Noorden* a konyhasós ásványos vizekre kimutatta, magam pedig a glaubersós vizekre vonatkozólag *Vas* egyetemi m. tanár szívessége folytán a laboratoriumában végzett igen részletes — de még nem közölt — vizsgálatok révén megállapíthattam.

A glaubersós tartalmú vizek közül a természetes hidegforrások vizei részesülnek előnyben, mert glaubersóban gazdagabbak a meleg forrásoknál. Legkiválóbb képviselője a marienbadi. Az ottan végzett soványító gyógymódok nagy hirneve a már említett tényezőkhöz kívül nyilván a többi balneotherapiás gyógyszerkészítés szerkesztés kombinatioján is alapul, azonban kétségtelen, hogy azon szövevényes hatás, mely ezen vizek által a bélhuzam útján a vérkeringésnek előnyös befolyásolásában nyilvánul, szintén nagy szerepet játszik, nem is szólva arról, hogy az elhízás leggyakoribb szövödményei: köszvény, diabetes, obstipatio, anaemia, szintén megtalálják ott kiválóan alkalmas gyógyszerkezeléseket. A glaubersós vizek alkalmazása által a diaetotherapiás eljárások keresztülvitele annyiban is megkönnyítettetik, a mennyiben megszüntetik a különben könnyen jelentkező makacs obsti-

patiot. Alkalmazásuknál kerülnék a bélhuzam túlságos izgatását s kiváló figyelmet kell fordítanunk a szív állapotára.

Az elkövérédek csökkentésére alkalmazott *gyógyszerek kezelés* ma már úgyszólván kizárólagosan a thyreoidea-készítményeknek adagolására szorítkozik. Hatásuk — ott, hol nyilvánul — úgy a zsír-, mint a fehérjetartalmú anyagok fokozott szétesésén alapszik, s ha főleg az utóbbi nagyfokú, igen kellemetlen tüneteket idézhet elő, annyira, hogy a gyógykezelést abba kell hagyni. Sokszor már igen csekély adagok, napi 1—2 tablettá után izom- és szívgyengeség, valamint ideges izgalmi állapotok mutatkoznak. Azonban az egyéni tolerancia e szerrel szemben rendkívül változó. Kétségtelenül nagy súlyveszteségek általa néha a szervezet hátránya nélkül elérhetők, máskor ismét a fogyásra semmi hatással nem bír. Láttam oly eseteket, hol a thyreoidea alkalmazása alatt súlyosabb tünetek nem mutatkoztak, ellenben utólag súlyos neurastheniás zavarok léptek fel, melyek a táplálkozás javulása után még sokáig nem engedtek. Az egyéniül ily különböző magatartás oka ismeretlen. Tapasztalatom szerint kivált vérszegények türik rosszul, bár előnytelen hatást másoknál is láttam. Ezért némelyek, mint felesleges és veszélyes szert az obesitas gyógyításából is ki kívánják zárni. Azt hiszem, alkalmazása nagy elővigyázat mellett csak ott javalható, hol egy vagy más okból a többi eljárás nem vezet célhoz, mert hatása kétségtelenül toxikus, a mint azt a néha fellépő albuminuria és glykosuria is mutatja. Feltétlen ellenjavallatot látok anaemia, szívántalmak, diabetes és neurasthenia jelenléte esetében. Az *adonis aestivalis* adagolásától *Kessler* látott jelentékeny testsúlycsökkenést.

A *hydrotherapiás* eljárások közül azok, melyek a szervezettől hőt vonnak el (hideg fürdők, ledörzsölések, folyó fürdők stb.), kivált ha azután a bőr edényeit tágító izgalmak alkalmaztatnak, szintén alkalmas gyógyhatányok a soványítás elősegítésére. Szerepet játszik itt az izmokra gyakorolt hatás is, a mennyiben tonusuk fokozódik. Intensiv soványító hatás ezen beavatkozások révén azonban alig érhető el.

Az *izzasztó fürdők* (gőz, forró levegő, fényfürdők) után mutatkozó sokszor igen jelentékeny súlyveszteség első sorban a vízkiválasztás eredménye, azonban a magasabb hőfoknak az oxydatios folyamatokra gyakorolt élénkítő hatását sem akarom teljesen tagadni. *Hydraemiás, oedemás* egyének a szív *erőbeli* állapotának pontos figyelembe vételével néha feltűnően jó eredménnyel használhatják ez eljárásokat. A fényfürdők s helyileg alkalmazott más forró légfürdők könnyebben türetnek magasabb hőfoknál is, mint az egész gőz- vagy forró levegőfürdők.

A *langyos szénsavas sós* fürdők hatását a zsirelhasználás fokozása szempontjából nem tartom sokra. Alkalmazásuk a fogyasztási eljárások segítőjeképpen azonban annyiban igen fontos, a mennyiben bizonyos esetekben a szívűködésre és a vérkeringésre igen jelentékeny előnyös befolyást gyakorolnak. Erre azonban ezúttal nem kívánok bővebben kiterjeszkedni.

Az *izommunka* által a zsír fogyasztására gyakorolható nagy befolyást a soványító kúrák folyamán annyival is kevésbé szabad elhanyagolni, mivel a szervezet mindenkor munkaképességéhez mért testmozgás által nemcsak a zsirelégést fokozhatjuk, hanem eleget teszünk a szív- és izomerősítés fontos követelményének is. Bár kívánatos, hogy a rendelkezésre álló izomerő lehetőleg jól kihasználtsék testmozgás végzésére, a túlzásoktól tartózkodnunk kell, mert különben kellemetlen kimerültségi tünetek jelentkezhetnek. Épen a mozgás és az izommunka előírásánál kell mindig különös tekintettel lenni a szívizom ellenállási és működési képességére. S itt bevallom, hogy míg a fehérjeegyenleg pontos meghatározásának szükségét a soványítási gyakorlatban nem igen érzem, felette kívánatosnak tartom valamely oly eljárás alkalmazását, mely a szívizom működésének már csekély zavarai felől korábban útbaigazít, mint a klinikai tünetek és a sphygmograph vagy a sphygmanometer. Remélem, hogy ilyennek fogom megismerni az általam is alkalmazásba veendő *Korányi Sándor*-féle kryoskopiat.

Az izomműködés kihasználása legkényelmesebben emelkedő séták alakjában történik. Szívelzsírosodás tüneteinel szigorúan individualizálva az *Oertel*-féle elveket követjük vagy a pontosabban adagolható *mechanotherapiás* eljárásokat ajánljuk. A különböző *sportok*, melyek erős izommunkát kívánnak, kiválóan alkalmasak a



fogyasztás elősegítésére, azonban könnyen csábítanak ártalmas túlzásokra.

Kétségtelen, hogy a reductio gyógy módok izommunkával egybekötve jobban és könnyebben türetnék. S ha *Noorden* azt vérszegény és izomgyenge egyénekre nézve saját tapasztalattal is egybehangzóan kiemeli, úgy azt hiszem, hogy e ténynek magyarázata a működésben levő izomnak a táplálékban foglalt fehérje iránt tanúsított *ecclectiv* tulajdonságában keresendő. Fel kell tennünk, hogy a *caloriadeficit*ben levő szervezet izomzata is ha működésben van, inkább képes tápfehérjét magához ragadni és megtartani, mint nyugalmi állapotban. E magatartás objectiv jele az izmok működési hypertrophiája által gyakran megállapítható.

Ha már most végül arra akarok felelni, hogy a jelzett eljárások által miképen érhető el a szervezet ártalma nélkül legjobban a soványítás, úgy bár nem vagyok barátja a polypragmasiának, azt kell felelnem, hogy erre legalkalmasabb módszer a különböző gyógybeavatkozásoknak *célszerű és az esethez mért módon való együttes alkalmazása*, mert nyilvánvaló, hogy a diaetotheraia egymagában nem képes a gyakran oly szükséges szív- és izomerősítést kellőleg előmozdítani vagy az alhasi pangás tüneteit gyorsan enyhíteni, az ásványvizes ivókúrák egymagukban nem alkalmasak jelentékenyen fokozni a szervezet hőszükségletét s az izommunka fokozása és a fürdőgyógy módok pedig egymagukban nem lesznek képesek a többi tényezőt nélkülözhetővé tenni.

A különböző gyógyhatásoknak helyes módon való egyidejű összeegyvetésével a legtöbb esetben könnyen sikerül nem csak jelentékeny testsúlycsökkenést, hanem a sok esetben legyengült izomerőnek, izomműködésnek és hiányos vérképzésnek jelentékeny javulását is elősegíteni. Vannak oly esetek is, hol egy céltudatos soványítási eljárás révén elért súlyvesztés utólag is aránylag könnyen megtartható, úgy hogy ilyenkor nem lehet azon benyomás elől elzárkózni, miszerint a szervezet anyagcsereviszonyai is megjavultak.

Természetes, hogy ily eredmények leginkább ott érhetőek el, hol az illető gyógyhatások leginkább csoportosíthatók. Innen a marienbadi kúra nagy híre.

A rövid tartamú erélyes kúrák után természetesen nem szabad elhanyagolni az élet- és étrend utólagos ellenőrzését, melynek legelső feladata az elért súlyvesztés megtartásában áll. Sokszor könnyen sikerül ez, ha esékély, de állandóan ható ártalmat sikerül kiküszöbölnünk. Adjunk előnyt rendszeresen ismétlődő enyhébb beavatkozásoknak a túlságba vitt rohamos fogyasztás felett s ne alkalmazzuk a sablonos soványítási előírásokat, hanem gyógyítsuk az egyéneket. A tapasztalat azt mutatja, hogy a néhány hét alatt elért súlyvesztések rendszerint csak akkor türetnék jól, ha azok a testsúly 8—10%-át meg nem haladják. Ezen nagyon is durva empirikus szabály alól azonban igen gyakori a kivétel mindkét irányban. Ugy *Hochhalt*, mint *Hirschler* és *Terray* bizonyára a helyeset találják el, midőn az egyéni viszonyok figyelembe vételére nyomatékkal utalnak. A szervezet ellenállási képességének helyes megítélése sokszor nehéz s szorgos és folytonos megfigyelést tesz elkerülhetővé. A *Kraus* és *Martins* értelmében vett *constitutionalis* diagnostikával sajnos még távol állunk ugyan, de az óvatosan alkalmazott behatásokra észlelhető *reactio* fokának méltatásával e téren is sikerül nemcsak az ártalmakat kikérülni, hanem egyúttal a beteg szervezetnek használni is.

## Közlemény a II. kórboneztani s kórszöveti intézetből. (Igazgató: Pertik Ottó dr. egyetemi tanár.)

### A köszvényről.

A XI. balneologiai congressuson előadta *Weisz Ede* dr., pöstyéni fürdőorvos.

(Folytatás.)

Hová is jutna az emberi test, ha a nedveiben keringő oldott anyagok egymás után könnyű szerrel kiválthatnának s életfontos elemek körül lerakódnának. Akkor igazán a szó legszorosabb értelmében kővé kellene az embernek változnia. Ereinkben konyhasó, vas, mész stb. kering. A szervezetnek tehát kétségkívül óvintézkedési s védezközei vannak, a melyek segítségével ezen fenyegető veszélyek ellen folyton sikerrel tud védekezni.

Ilyen védelmi eszköze a testnek pl. a mozgás. A régi tétel: „a hol mozgás, ott az élet“ a tudomány legújabb vívmányainak fényénél válik csak igazán megdönthetlenné. A vérkeringés, a nyirkkeringés, minden egyes sejtnak osmotikus nedvkeringése örökös áramlásban tartják a szervezet oldott anyagait; a felületes s mély szervek különböző fokú hőmérséklete és a hőmérsékletnek oly gyakori ingadozása, valamint a tápfelvétellel s a test kiadásával járó folytonosan változó vegyi áramlatok annyi mindennemű forrását képviselik a mozgásnak, hogy a halál perczéig abszolút nyugalom sehol a testben egyetlen pillanatra sem jön létre.

Ott van továbbá azon bőséges vízmennyiség a testben, mely az anyagokat oldva tartja. S miféle óvintézkedésekkel bír a szervezet erre nézve? Jóformán minden vegyi átalakulásnak mellékterméke a víz.

S vajjon miféle védezközzel bír a szervezet az iránt, hogy az igen nehezen s a vízben alig oldódó anyagok, pl. a nehéz fémek, a vas, stb. ki ne váljanak s le ne rakódjanak? Ott van uraim az egész testben mindenütt a fehérje, mely az ilyen nehezen oldódó anyagokat felvéve, úgyszólván asszimilálva, folyékony vagy szilárd folyékony alakjában a lehető legszorosabb egyesülés által megvédi a kiválástól s megszilárdulástól.

Érdekes pl. a fehérjének a konyhasóval való ellentétes viselkedése. A konyhasó rendkívül könnyen oldódó anyag lévén, a fehérjéhez oly lazán van kötve, hogy egyszerű dialisator segítségével különválasztható. A konyhasó lerakódásának veszélye nem is forog fenn.

Aránylag könnyen válik ki a mész, a mint azt a csontok fejlődése körül mint rendes folyamatot ismerjük. S ha valahol a szervezetben elhalás van s alkalom nyílik lerakódásra, első sorban a mész az, a mely ott letelepszik. A méznek könnyű lerakódhatását a szervezet a csontképződés szempontjából nem kerülhette el, még azon veszélyek árán sem, hogy esetleg máskor — értem az endoarteritist — oly helyeken is ülepedhetik meg a mész, a hol kárt tehet.

Ezeket a viszonyokat is kell mérlegelnünk, uraim, ha a húgysavas lerakódások keletkezésével foglalkozunk. A húgysav tényleg nehezen, 1:10,000-hez való arányban oldó anyag, úgy hogy ha szabad volna ezen arányokat az emberre egyszerűen átvenni, egy 70 kilogramm nehéz ember teste tulajdonképen alig 5—6 gramm húgysavat tarthatna oldatban.

Méltán kérhetjük, tekintve a köszvényes lerakódások igen ritka voltát, miben áll rendszeren a szervezetnek védekezése a húgysav lerakódásával szemben? Vajjon a fehérjében? Bizonyára nem. A húgysav elvégre csak bomlási termék s a fehérjével való szoros egyesülés retrograd, természetellenes viszony lenne. A húgysav egyformán, mintegy gazdátlanul kering a testben, a fehérje nem védi meg a kicsapódástól és azért adott alkalommal a húgysav mint nehezen oldódó anyag ki is fog csapódni. Ha ez ritkán történik, mint valóban igen ritkán is történik, úgy ez háromféle dolgot jelenthetne: Vagy a szövetnedvek sokkal nagyobb mérvben képesek a húgysavat oldani, mint a közönséges víz, vagy pedig a testben rendes viszonyok között minimalis húgysav kering, vagy pedig mindkét eshetőségnek együttes jelenléte forog fenn.

Hogy a szövetnedvek több húgysavat tarthatnak oldva, mint a víz, esetleg lehetséges, mert látjuk, hogy a vizeletben is pl. körülbelül 1:1000-hez való arányban van a húgysav oldva, dacára annak, hogy a vizeletben más anyagok is vannak. Úgy látszik, egyik-másik anyag jelenléte kedvező befolyást gyakorolhat a húgysav oldására; és ez a szövetnedvekben is lehet így.

A másik eshetőség, hogy a szervezetben egyáltalán minimalis húgysav kering, nemcsak lehetséges, hanem valószínű, mert eddig ép ember vérében húgysavat kimutatni alig sikerült.

S így azután a harmadik eshetőség, azaz fokozott oldékony-ság mellett minimalis quantum szintén lehetséges.

Állapodjunk meg egy pillanatra azon feltevésnél, hogy a testben a húgysav mennyisége tényleg minimalis. Normális vérben eddig húgysavat kimutatni nem is sikerült. Azt kérhetik joggal uraim, hogyan van az mégis, hogy a vizelettel 24 órán belül  $\frac{3}{4}$ , usque  $1\frac{1}{2}$  gramm húgysav szokott távozni? Nyilván azt hihetné az ember, hogy e szerint a húgysavnak legkiválóbb termelő helye a vese. Ámde kísérletek mutatják, hogy vesekiirtás



után a testben levő húgysav mennyisége fokozódik. Tehát mikép lehet a testben keringő minimális húgysav mennyiségét azon aránylag nagy húgysav-adaggal összeegyeztetni, mely naponta a vizelet útján távozik? Igen egyszerűen. Fel kell tennünk, hogy a testben minden pillanatban csak minimális húgysav képződik s hogy a vesének meg van azon képessége, hogy minden pillanatban jóformán a vérben foglalt összes húgysavat kivinni képes. Ezen felvétel pedig nem ütközik nehézségekbe, ha meggondoljuk, hogy a hajszárendszeres vesék kis térfogatuk mellett is milyen óriási szűrőfelülettel rendelkeznek s ha másfelől szem előtt tartjuk, hogy a vér körfutása az egész testben egy fél percet vesz igénybe, úgy hogy az összes vér majdnem 3000-szer megy át 24 órán belül a vese szűrőjén. Hasonló viszonyt találunk különben más bomlási terméket, pl. a húgyant illetőleg is. A vizeletben a húgyant három usque öt százalékos arányban lehet meg, ellenben a vérsavóban egy százaléknak is csak századrészeben van jelen, úgy hogy a vizeletben 4-500-szoros húgyanymennyiség van a megfelelő mennyiségű vérsavóhoz képest.

De ha, tisztelt uraim, a húgysav rendes viszonyok között testünk analysisében ily elenyésző töredéket képez, pathologikus viszonyok között — azaz köszvény esetén — sem ölthet excessiv mérveket. Úgy hogy szerény nézetem szerint ilyen kis arányokkal szemben húgysavas diathesisről beszélni szintén nem helyes, túlzott dolog.

A test anyagcseréjében általában nagyon is túlbecsülték — épen a szemmel látható köszvényes lerakódásokból kiindulól — a húgysav arányait. Sőt azon párhuzammal fogva, melyet a diabetes s köszvény között annyira szeretnek vonni, lévén a cukor *szén*-vegyület, a húgysav pedig *légeny*-vegyület, a köszvényben a diabetesnek olynemű analogiáját szeretik keresni, hogy valamint diabetesnél tökéletlen oxydatio folytán a szén nem tud a szénsav fokáig elégni, hanem a cukor intermediaer fokozatán megáll, köszvénynél a légeny tökéletlen decompositioja folytán a húgysav öltene nagyobb arányokat. Ha diabetesnél a szénhidratok körül van hiba, a köszvénynél a N-vegyületek, nevezetesen a húgysav körül lehetne hiba. S ismét csak azon túlzásba estek a szerencsétlen analogia folytán, hogy köszvényről úgy beszéltek, mint a N-vegyületeknek szervi tökéletlenségen alapuló schematikus diathesiséről.

Eltételezve az adatoktól, melyek szerint a köszvényesek anyagcseréje a légeny dolgában, a N mérlegében tényleg nem is mutat lényeges vagy pláne jellegző eltéréseket, hiba volt a priori a légeny anyagcserének mértékéül épen a húgysavat tekinteni. Miért nem a húgyant? Hiszen a húgyant a húgysavnak majdnem 50-szeres quotáját képezi. Egyébiránt az összlégeny anyagcseréje sincs köszvénynél lényegesen alterálva. Nem lehet tehát semmiképen, ha diabetesről mint széndiathesisről szólunk, a köszvényről is mint légenydiathesisről szólni.

Az imént a húgyantról említettük, hogy a húgysavhoz viszonyítva sokkal nagyobb arányban fordul elő. A mennyiben a húgyant is könnyen képez jegeceket, azt kérdelem: miért nem találunk soha a testben húgyantrakerakódásokat?

A válasz magától értetődik. A húgyant nagyon könnyen oldódik a vízben, tehát lerakódásra sem kerülhet. De ebből is méltóztatnak látni, hogy a húgysavas lerakódásokban inkább a húgysav egyéni tulajdonságainak érvényesülését kell keresnünk, mintsem valami specifikus általános diathesist.

Végleges magyarázatot a köszvényes lerakódásokról — talán adatok s tények alapján —, tisztelt uraim, én sem adhatok. De úgy képzelem, hogy bizonyos veleszületett vagy szerzett hajlamról s utóbb szervi kényszernél fogva, talán a test bizonyos helyein a hajszáledények kóros functioja következtében, de talán az ottani szövetelemek rendellenes anyagcseréje, osmosisa s attractioja folytán egy bizonyos *biologiai olynemű error loci* fejlődhetik, hogy a húgysav a vérpályát nemcsak a vese útján tudja elhagyni, hanem bizonyos körülmények között esetleg más szerv, pl. izületek útján is, a hol előbb-utóbb — kifelé vezető csatorna nem lévén — ki is jegecedhetne. Képünkét pl. az endoarteritishez hasonló folyamathoz lehetne kötni. Az endoarteritisről tudjuk, hogy öröklékeny baj; a köszvény is öröklékeny. Az endoarteritis-

ről tudjuk, hogy csak a későbbi korban szokott fellépni; a köszvény is a férfikor betegsége. Az endoarteritisről tudjuk, hogy néha épen a végtagok ütereire szorítkozhatik, épúgy mint a köszvény stb.

(Folytatása következik.)

## A rendszeres hallási gyakorlatokról és ezek therapeutikus értékéről süketnémáknál és süketeknél.

Kritikai tanulmány Sugár K. Márton dr.-tól Budapesten.<sup>1</sup>

(Vége.)

Bezold kiemeli, hogy ha a számos és tekintélyes hallásmaradványokat áttekintjük, miket a folytatólago hangsor felderített süketnémáknál, nagyon is könnyen értelmezhetjük ama kedvező eredményeket, melyeket Urbantschitsch rendszeres hallási gyakorlatai által elért, a nélkül, hogy azon felvételre volna szükségünk, hogy befolyásuk által a hallóidegkészülék ereje nagyobodott volna.

Sokszor a növendéket csak igen csekély beszédhangok kiése teszi képtelenné arra, hogy a beszédet önmagától megtanulja és hogy a népiskolában a rendes oktatásban részt vegyen. Ily esetben a beszédre való rendszeres oktatás sikert mutathat fel, a nélkül, hogy a hallási képességnek javulnia kellene. A süketnémák terjedelmes hallási területei felnőtt és későbbben megsikettült egyéneknek, kiknek már a beszéd hangképéről és értelméről sejtésük van, teljesen kielégítőek volnának a társadalmi beszéd megértésére.

Az összes tapasztalatok ama lehetőség ellen szólnak, hogy a hallókészüléket tiszta hallási gyakorlatok által munkaképesebbé tehessek; a hallási gyakorlatoknak ezen balsikere előre is várható volt, tekintve a süketnémanövendékeknek többnyire a tömkelegben már régen lezajlott pusztító folyamatokat.

A fülgyógyász dolga maradt a folytatólago hangsorral való vizsgálat által ama növendékeket, a kik alkalmasak a fülön át történő beszéd általi oktatásra, kikeresni; hogy mikép rendezhető be egyenként az oktatás, erről első sorban a tanítók határoznak.

Bezold fejtegetéseit támogatta Koller felügyelő, a müncheni központi süketnéma-intézet tanítója, ki 13 süketnéma gyermekben a Bezold-féle folytatólago hangsorral elért hallási gyakorlatok sikerét meggyőzőleg bemutatta. Denker Hagenben felemlíti, hogy a soest-i süketnéma-intézetnek növendékei között 25% alkalmas a fülön át történő oktatásra.

Passow szerint Heidelbergben a meersburgi süketnéma-intézetben 58% és a gerlachsteini intézetben 37% alkalmas, Luscher Bernben a waberni magánintézetben 50%-ot talált és Schwendt Baselben a riecheni süketnéma-intézetben Basel mellett hasonló eredményhez jutott.

Látszik tehát, hogy a jól halló növendékeknek a teljesen süketektől vagy majdnem hallásnélküliektől való elkülönítése feltétlenül szükséges, és hogy új intézeteknek vagy iskoláknak alapítására, melyek süketnéma-intézetek és népiskolák között összekötő kapesot képeznek, sürgősen van szükség.

A müncheni süketnéma-intézetben a gyermekek előbb egy éven át süketnéma-oktatást nyernek és csak azután, miután a hallási vizsgálat kiderítette, hogy ki képes a hallásra, kezdik a beszéd általi oktatást a fül közvetítésével, míg az alkalmatlanokat nem veszik tekintetbe. A magánhangzókat a gyermekek többnyire 4-5 perc alatt megtanulják, mire a tanító szavakat és mondatokat a táblára ír, melyeket utánabeszélnék, mialatt a tanító ezeket a fülükbe kiáltja. Ily módon az oktatás gyorsan halad, mert a gyermekek a szavakból a nekik ismeretes magánhangzókat hallják meg, a mássalhangzókat pedig kombinálják.

A mint ebből kitetszik, Bezold folytatólago hangsorát csak a még hallóképes gyermekek kiválasztására használják és a főszólyt arra fektetik, hogy a vizsgált növendékek ne téveszszék össze a tactilis érzetet a hallás benyomásával, mi az Urbantschitsch harmonikájával való vizsgálat alkalmával biztosan nem kerülhető ki.

Bezold legújabb művében (Das Hörvermögen der Taubstummen, für Aerzte und Taubstummenlehrer. Wiesbaden, 1900, bei J. F. Bergmann) kimerítően nyilatkozik módszeréről. Melegen ajánlja a filorvosi felügyeletet süketnéma-intézetekben, a mely eltekintve a még esetleg meglévő és kipuhatólni való hallási maradványoktól,



mindenekelőtt az összes vizsgálók által constatált, a fül mélységében továbbjártó genyedési folyamatok miatt válik szükségessé. Ez utóbbi idült genyedések a süketnéma gyermekeknél sokkal nagyobb százalékban találhatók, mint rendes hallással bíró iskolás gyermekek fülorvos általi megvizsgálásánál. A növendékek nagyobb hallásmaradványokkal bíró tekintélyes száma, mely a csupán beszéd által történő vizsgálat alkalmával figyelmen kívül maradt volna, a mellett szól, hogy a megvizsgálás rendszeres ismétlése a folytatólagos hangszorral, főképp ezen vizsgálatok megejtése iskolázott fülorvos által, oly követelménynek tekintendő, melyet jövőben általánosan keresztül kell vinni, nehogy a még meglevő hallási maradványok nagy része az oktatás számára parlagon heverjen és a beszéd megtanulására veszendőben menjen.

A Bezold-féle folytatólagos hangszor, melyet feltalálója újabban lényegtelenül javított, a német császári egészségügyi hivatal egy az iskolaköteles süketnémáknak kilátásba vett statistikája számára alapján fogadta el.

És ha most én, ki Bezold módszerét tanulmányoztam, feladatomban tekintem, arról bírálatot készíteni, mennyiben hivatottak a rendszeres hallási gyakorlatok a süketnéma-intézetekben való oktatás emelésére, illetve a későbbkori sükettség gyógykezelésére, be kell vallanom, hogy ez időben érett és minden irányban végleges ítéletet nem lehet hozni.

Kétségtelen, hogy gyermekeknél, kik elegendő hallási maradványokkal bírnak, mind a kiejtés, mind pedig a mondott szó megértése egy bizonyos fokig előmozdítható. Danzinger Fritz lelkesedése azonban például, ki ama merész állításra ragadtatta magát, hogy Bezold folytatólagos hangszora hivatva van arra, hogy az otiatriában hasonló szerepet játszszen, mint a szemtükör a szemészetben, egyelőre sehogysen osztható. (Entstehung und Ursache der Taubstummheit. Frankfurt, 1900, bei Joh. Alt.)

A Passow által Heidelbergben, Bezold által Münchenben és főképp Urbantschitsch által Bécsben megpendített javaslat, hogy süketnéma-intézetekben fülorvosok állandó alkalmazást nyerjenek, elismeréssel kiemelhető mint a süketnémák érdekében emelt üdvös indítvány és joggal várható, hogy ez által korszerű szakorvosi felügyelet és a hallószerv szükséges gyógykezelése az összes süketnéma-intézetekben be fog hozatni.

Hecht August dr. Beuthenben, a ratibori süketnéma-intézetben megejtett vizsgálatainak eredményeiről beszámolván (Archiv für Ohrenheilkunde 47. kötet 57. old.), egyetértőleg az összes süketnéma-intézeti tanítók tapasztalataival, oda nyilatkozik, hogy a növendékek oktatását beszédjük nasalis timbre-je nagyon megnehezíti. Magam is a vácsi süketnéma-intézetben már két év előtt ugyanazt hallottam és az összes értelmes süketnéma-intézeti tanítók oda nyilatkoznak, hogy kétszer oly nagy sikerre tehetnének szert, ha a felső légutak szakorvosilag nagyobb figyelemben részesülének. Hecht A. dr. határozottan követeli, hogy az összes süketnéma-intézetekben a paedagogiai igazgatón kívül orvosi vezetőt kell alkalmazni, mert a valóban szolgadíjért az intézetet felülvizsgáló gyakorló orvos tevékenysége a fertőző betegségek által az intézetben van lekötve, míg a süketnéma-intézet szakavatott fülorvost igényel.

Nem lehet immár kétség arról, hogy egy fülorvosnak, illetőleg orvosi igazgatónak alkalmazása szükséges minden süketnéma-intézetben. Positív benyomásom, hogy ama gyermekek, kiknek teljesen kielégítő hanghallásuk és elegendő hallási tartósságuk van, kik azonban a rendes életben a süketnéma-intézetbe való felvételük előtt mindazonáltal maguktól nem tanulhatták meg a beszéd megértését, illetőleg a szavak utána mondását (tehát Bezold említett hatodik csoportja), határozottan nem fülbetegek, hanem inkább centralis eredetű bántalmakban szenvednek. Itt-ott ezen esetek között sensorikus aphasia lehet, mások pszichikailag süketek vagy eretnek.

E gyermekek nagy tömegénél nem annyira egyes hallási gyakorlatokra van szükség, mint arra, hogy figyelmüket a beszéd meghallására tereljük, mi által többször rövid idő alatt meglepő eredményeket érhetünk el. Helyén van itt a hasonlat apoplectikusokkal, kiknek a lezajlott insultus után a fogalmakat kell ismét betanítanunk.

A hol azonban irreparabilis viszonyok léteznek a tömkelegben, mint ezeket Holger Mygind leírja, ott természetesen nem várhatunk semmit a hallási gyakorlatoktól. Már pedig az eddig

bonzolt süketnémáknál leggyakrabban esontszövetet találtak, mely a tömkeleg rendes üregét kitölti, főképp pedig a félkör alakú csatornákat, a hallóideg consecutiv sorvadásával és elfajulásával. Különben Bezold is rideg tárgyilagossággal szösz szerint ekként nyilatkozik: „Urbantschitsch sikerei abban találnak magyarázatot, hogy a már meglevő hallási maradványok helyes alkalmazást nyernek az oktatás számára. Nem új beszédhangokra, melyek nekik hiányoztak, lehet a süketnémákat fogékonyakká tenni, hanem csak arra lehet tanítani őket, hogy a hallott beszédben lévő hézagokat kiegészítsék, részben egyidejűleg a szájról való leolvasás által, részben pszichikai combinatio által.“

Ha meggondoljuk az újabban Frankenberger által (Monatschrift für Ohrenheilkunde 1896, 10. sz.) a prágai süketnéma-intézetben megejtett vizsgálataival beigazolást nyert tényt, hogy a növendékek 60%-a adenoid vegetatiókban szenved, újabb bonczatani magyarázatot találtunk a pszichikai sükettség fogalmának megállapítására, egyúttal strict jogosultságot a fülorvosnak süketnéma-intézetekben való működésére.

Hogy hány pont homályos még a süketnémák boncztanában, ez kitészik Danzinger Fritz dr.-nak fent idézett kissé túlzó, de szorgalmas munkájából.

A veleszületett süketnéma-nél, melynél a bonczolat alkalmával a hangperciáló készüléknek sértetlen voltát találták, Danzinger koponyamérések által ama következtetésre jutott, hogy a koponyabasisra elváltozásai süketnémáknál általánosan csak a koponyabasisra szorítkoznak. Danzinger Virchownak a koponyabasis fejlődéséről szóló vizsgálataira egészséges és beteg állapotban és ennek befolyására a koponya alakjára, az arezképződésre és az agy fejlődésére hivatkozik. Süketnémáknál az agybasis akként van elváltozva, hogy a hosszátmérő aránytva a szélességi átmérőhöz rövidebb lett. Ez által a sziklacsont alakja is elváltozást szenved, a hallócsontocskák számára való tér felette szűkül, a dobhártya állása változik, a tömkelegnek ívjáratái szűkítettnek, sőt obliterálnak és az előcsarnok belső nyomása fokozódik, mely utóbbinak nagy szerepe van a süketnémaság keletkezésére, úgy hogy a kengyel talpa kívülről és belülről rögzítve lesz és mozdatatlanná válik. Epen így szenved elváltozást a csiga basisa is, sőt a csiga teljesen elpusztulhat, mi által veleszületett complet sükettség támad.

És mindezen koponya-, illetve sziklacsontelváltozásoknak physiologikus oka az anya hypothyreoidosisa, azaz a pajzsmirigynek csökkent functioja a graviditas alatt, mi által a foetus agya a fejlődésben visszamarad és hydrocephalus támad, mely ismét a csontokat deformálja, főképp pedig azokat a részeket, melyek a basison fekszenek, de különösen a esontszövevtől teljesen körülzárt belső hallószervet. Danzinger Hecht A. dr. társaságában a ratibori süketnéma-intézetben congenitalis süketnémáknál sok úgynevezett degeneratio jeleket talált, különösen az esetek 14%-ában a szemek astigmatismusát, gyakran deformitásokat a kemény szájpardon és az ínyiveken.

A törekvés, az összes süketnéma-intézetekben fülorvosi vizsgálatot és szakorvosi felügyeletet létesíteni, sok problema megoldásának reményével kecsegtet.

Ezen kérdés sürgős megoldásának szükségét, mely elől kormányunk sem térhet ki, legújabbán a porosz kormány is érezte, a midőn a berlini kir. süketnéma-intézetben tanfolyamot létesített azon szándékkal, hogy a süketnéma-intézetekben működő orvosoknak alkalmat nyújtson a süketnémák gyógykezelésére használt szakmák (otologia, rhino-pharyngologia, laryngologia, ophthalmologia) elsajátítására. Minthogy ezen többheti cursusok nem képesíthetik az orvost a behatóbb szakorvosi gyógykezelésre, feltétlenül szükséges követelmény marad a szakorvosnak consultatioja és pedig legalább hónaponként egyszer. (Schmidtman „Erster Ärztecursus an der königl. Taubstummen-Anstalt in Berlin vom 14. Mai bis 12. Juni 1900.“ stb. Lásd irodalom.)

A rendszeres hallási gyakorlatok jogosultságáról többek között a kitünő bécsi neurologus Benedict tanár már a „Berliner klin. Wochenschrift“-ben (1894. 31. sz.) a következő melegen átértett szavakkal nyilatkozik: „A legesekélyebb fénysugár a vak-ság kétségbeejtő állapotától őriz meg és a legesekélyebb hallóképesség tudata nagyobbítja az élet boldogságát, mert az illető egyén nem a süketekhez, hanem a hallással bíró emberekhez



számítja magát és nem érzi magát az anyatermészet mostoha-gyermekének.“

*Irodalom.* 1. Itard: Traité de maladie de l'oreille 1821. II. 474—492. I. — 2. Valade-Gabel: Deuxième circulaire de l'Institut de sourds-muets de Paris, 1829. — 3. Toynbee's Ohrenheilkunde übersetzt von Moos. 1863. 416. I. — 4. Urbantschitsch: Über Hörübungen bei Taubstummheit u. bei Ertaubung im späteren Lebensalter. Wien, Urban und Schwarzenberg, 1895. — 5. Holger Mygind: Taubstummheit. Schwartz's Handbuch, 1893. 644. I. — 6. Beschluss des niederösterreich. Landesausschusses. Wiener klin. Woch. 1900. 50. sz. — 7. Bezold: Statistischer Bericht über die Untersuchungsergebnisse von Taubstummen. Zeitschrift f. Ohrenheilk. 1899. 36. sz. — 8. Denker: Die Taubstummen der Westfälischen Provinzial-Taubstummenanstalt zu Soest. Zeitschr. f. Ohrenh. 1899. 78—134. — 9. F. Bezold: Das Hörvermögen der Taubstummen. Wiesbaden. 1876. — 10. F. Bezold: Ergebnisse der functionellen Gehörprüfung mit der kontinuierlichen Tonreihe, insbesondere am Taubstummenohr. Münch. m. Woch. 1900. 19—20. sz., és Über die functionelle Prüfung des menschlichen Gehörorgans. Wiesbaden. Verlag Bergmann. — 11. F. Bezold: Verhandlung deutscher Ohrenärzte u. Taubstummenlehrer zu München am 16. Sept. 1899. Arch. f. Ohrenh. 1899. XVIII., 189. — 12. F. Bezold: Das Hörvermögen der Taubstummen für Ärzte u. Taubstummenlehrer. Wiesbaden, 1900. J. F. Bergmann. — 13. Urbantschitsch: Methodische Hörübungen und deren Bedeutung für Schwerhörige. Wiener klin. Woch. 1899. febr. 17. — 14. Urbantschitsch: Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien, 27. April, 1899. Wiener klin. Woch. 1899. majus. — 15. Hermann Gutzmann: Neues über Taubstummheit u. Taubstummenbildung. Berliner Klinik. 142. füzet. — 16. A. Schwendt, Privatdocent Basel und F. Wagner, Basel bei Schwabe: Untersuchungen an Taubstummen. 1899. — 17. Hartmann: Taubstummheit und Taubstummenbildung. Stuttgart, 1880. — 18. Walthar: Taubstummenbildung. Berlin, 1895. — 19. Kickhöfel: Die Untersuchung der Zöglinge der städtischen Taubstummenschule zu Danzig. Zeitschr. f. Ohrenh. XXXV. — 20. Barth: Arch. f. die ges. Physiologie. 1898. — 21. Treitel: Über das Wesen und den Werth der Hörübungen bei Taubstummen. Jena, 1898. — 22. Wolff: Ohr und Sprache. Braunschweig, 1871. — 23. Urbantschitsch: Über Hördefecte bei Taubstummen. Zeitschrift für Ohrenh. XXXIII. — 24. Bezold: Nachprüfung der im Jahre 1893 untersuchten Taubstummen. Zeitschrift f. Ohrenh. XXXIII. — 25. Fritz Danzinger: Entstehung und Ursache der Taubstummheit. Frankfurt, 1900. Joh. Alt. — 26. J. Lauff: Über die Erfolge ohrenärztlicher Behandlung bei Taubstummen. Württembergisches ärztl. Correspondenzblatt, 1899, 40—43. sz. — 27. Lemecke: Die Taubstummheit im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin. Leipzig, 1892. — 28. Geheimer Obermedizinalrath Schmidtman: Erster Arztecurus an der kön. Taubstummenanstalt in Berlin vom 14. Mai bis 12. Juni 1900. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin und öffentliches Sanitätswesen. 3. Folge, XXI.

## Válasz Neubauer Adolf dr. fül- és gégeorvosnak „A csecsemőkori adenoid vegetatiók“ című közleményemre tett megjegyzéseire.

Bauer Lajos dr. egyetemi tanársegédétől.

Az „Orvosi Hetilap“ f. évi 21. számában fenti cím alatt megjelent cikkemre különösen három irányban tesz megjegyzést Neubauer dr. Első sorban panaszkodik a miatt, hogy én megvádoltam a „szakköröket“, mert nem fordítanak kellő figyelmet a csecsemőkori adenoid vegetatiókra és erre azon megjegyzést teszi, hogy „ha szakkörökről beszélünk, akkor tudniuk kell, hogy az adenoid vegetatiók az orr- és fülgyógyászattal foglalkozó orvosok szakkörébe tartoznak“. Ezt a nézetet nem osztom. Az orvostudomány egyik részét sem lehet monopolizálni. A gyakorló orvos épen olyan kitűnően kiírhatja az adenoid vegetatiót, mint egy fül- és gégeorvos, ha abban jártas. A midőn szakkörökről beszéltem, azalatt a nagy orvosi közönséget értettem és hogy a csecsemőkori adenoid vegetatiók elég gyakori előjövetele nem nagyon közismert dolog, arról nap nap után meggyőződést szereztem a „Stefánia“-gyermekórház ambulans betegeinél. Felfogásom alapján tehát nem volt felesleges a csecsemőkori adenoid vegetatiókra az orvosi közönség figyelmét felhívni. Igaz, hogy sajnálatomra arról nem volt tudomásom, miszerint Neubauer dr. is foglalkozott a csecsemőkori adenoid vegetatiókkal, de még talán a tárgy fontossága miatt azon esetben is megtettem volna ezt, sőt hivatkoztam volna is Neubauer dr. közleményére, ha abban érdemlegest találok; bár a „Stefánia“-gyermekórházi felfogásból kifolyólag csak a közvetlen általunk tapasztalt és észlelt megfigyelésekből szoktunk kiindulni.

Sajnálom, mondok, hogy nem ismertem Neubauer dr.-nak idevágó közleményét, mert első sorban, ha lehet, hazai szerzőkre szeretek hivatkozni, annyival is inkább, miután idevonatkozólag úgy sem rendelkezünk bő irodalommal. Mert osztom ugyan Neubauer dr.-nak azon nézetét, hogy az adenoid vegetatiókról már sokan írtak, talán többen is, mint szükséges lett volna — a mint arra közleményemben hivatkoztam is —, de tagadom, hogy a csecsemőkori adenoid vegetatiók olyan figyelemben részesülnek a szerzők részéről, a mint különben azt a tárgy nagy fontossága megérdemelné. Hiszen, ha a külföldi irodalmat tekintjük, akkor csak néhány szerzőt (Cuvillier, Fränkel és Balme) említhetünk, a kik a csecsemőkori adenoid vegetatiókkal érdemlegesen foglalkoztak.

Másodsorban azon állításom lepi meg Neubauer dr.-t, hogy míg

én a csecsemőkori adenoid vegetatióknál a légzési nehézséget mint legfőbb tünetet szerepeltetem, addig a gyermekkori adenoid vegetatióknál a légzési nehézségeknek csak másodlagos szerepet juttatok. Az időm rövid arra, hogy a „Stefánia“-gyermekórházban eddig töltött kilencz esztendőmnek ambulans jegyzőkönyveiből az adenoid vegetatiókat és azoknak a tüneteit kijegyezsem — hiszen azóta megfordult nálunk mintegy 130,000—140,000 beteg —, hanem a mennyire vissza tudok emlékezni az általam látott gyermekkori adenoid vegetatiókra és a szülők által említett panaszra: elenyésző kis százalékban hangzott az úgy, hogy a gyermek nehezen tud az orrán át légni, hanem a panaszt vagy a huzamos coryza, vagy nehéz hallás, vagy a gyakori fejfájás vagy éjjeli feljéledés stb. képezte; míg a csecsemőkori adenoid vegetatióknál a szülőknek a főpanaszát a nehéz, kínos légzés képezte, a mikor látjuk is, hogy a csecsemő szinte küzd a levegőért. A csecsemőkori adenoid vegetatióknál tehát *dominálnak* a légzési nehézségek. Bizonyára már Neubauer dr. is látott olyan eseteket, a midőn a gyermekkorban nehezített orrlégzés nélkül nehéz hallás állott fenn, vagy minden kezeléssel daczó fulgnyedés, vagy éjjeli feljéledések képeztek a főtünetet, a nélkül, hogy stenosiszt észlelt volna, holott mindezen tünetek visszafélődtek a felfedezett adenoid vegetatiók extirpálása után; kövte hiszem azonban, hogy a csecsemőkori adenoid vegetatiókra nem minden esetben a nehezített légzés képezte volna. Miután tehát a gyermekkori adenoid vegetatióknál *nem minden* esetben a nehezített légzés a legfőbb tünet, másrészt, mivel a csecsemőkori adenoid vegetatióknál *minden* esetben praevaleál a nehezített légzés: szerepeltetem a nehezített orrlégzést elsődleges tünet gyanánt a csecsemőkori adenoid vegetatióknál.

Vége a műtétem módjával sincs megelégedve Neubauer dr., mert szerinte a metszés pillanatában „a gyermek fejét nem kell lefelé hajlítani, sőt ellenkezőleg a segéd a gyermeknek kissé hátraahajtott fejét a saját melléhez szorítja“. Valamely műtétnek a végrehajtása szerint mindig individualis. Még a tipikus műtétet sem úgy végzi minden pontjában egyik műtő, mint a másik. A műtétnek az egyes phasisait könyvbe le lehet írni, de hogy ezen phasisokat miképpen módosítja a műtő, az természetesen a műtőnek a belátásától függ. Mindenesre olyan irányban, a melylyel tapasztalata szerint a czélt legkönnyebben elérheti. Vannak, a kik az adenoid vegetatiók kiirtását Hartmann-féle curettel, vannak, a kik Gottstein-féle késsel végzik, vagy éles kanállal, de olyanok is vannak, a kik a vegetatiókat egyszerűen ujjuk körmével (!) kaparják ki. Van, a ki a Gottstein-féle késsel az invitorlát előrehúzza és csak azután metszi át az adenoid vegetatiót, mint Schmidt M. tanár, van, a ki ezen fogás nélkül egyszerűen több metszésben egymás után irtja ki a vegetatiót, a nélkül, hogy közben a Gottstein-féle kést az orrgarat-üregből kivenné, mint Fränkel. Abeles G. viszont ajánlja, hogy a metszés pillanatában hajlitsuk előre bal kezünkkel a betegnek a fejét.

Hogy én ezen többféle ajánlott mód közül épen az Abeles G. által cultivált módszer szerint irtom ki az adenoid vegetatiókat, ez onnan van, mert tapasztalatom szerint ezen módszerrel lehet azokat a legalaposabban extirpálni. És bár nem végeztem adenotomiát ezerszámmra, mint Neubauer dr., még ilyen imponáló esettömeg daczára sem szándékozom módszeremen változtatni és Neubauer dr. ajánlatát követni, miután az általam eddig mintegy 100 végzett esetben teljes eredményt értem el. Hogy pedig a csecsemőkori adenoid vegetatiók extirpálásánál azt ajánlottam, hogy a metszés pillanatában a fejet még inkább hajlitsuk mellfelé, mint a gyermekkori adenotomiánál, ez magyarázatát leli a csecsemőkori orrgarat-üreg térbeli viszonyaiban, miután ez által a szűk téren csak alig mozgatható késnek iszerű mozgását mintegy pótoljuk, vagyis a műtétet lényegesen megkönnyítjük.

## T Á R C Z A.

### Párisi levél.

Páris, 1901. április 10.

(Még egyszer a melléküregekről. Egy homloküreg empyema műtéte.)

Ha már Berlinben feltűnt, hogy a melléküreggyenedések kórismézése alkalmával mily ritkán veszik igénybe a sondát, még inkább feltűnt ez Párisban, hol a vizsgálatot oly alakban, a mint azt Hayek oly szépen ismertette, sehol nem végzik. A párisi nagy gégeklínikákon eddigelé különben is ama tapasztalatot merítettem, hogy a figyelem rendszerint csak akkor irányul valamelyik melléküregre, ha az empyema főtünetei igen kifejezettek, nevezetesen, ha a betegek a jellegző pontokra localizálható heves fejfájalmakról, avagy egyik oldali orrüreg bő gyenedéséről panaszkodnak.

Hogy ily körülmények között hány empyema marad kórisme nélkül, csakis úgy volnánk képesek megállapítani, ha az összes betegre alapos utánvizsgálatot eszközölhetnénk, azonban így, az ambulantiának egyszerű figyelemmel kísérése mellett is feltűnik, hogy a betegek nagy számával épen fordított arányban állanak a kórismézett sinuitisisek és viszont ez utóbbiak között aránylag nagy számban találhatók az igen előrehaladt, súlyos esetek. Az egyik párisi klinikán pl. csupán egy hó leforgása alatt, körülbelül tíz empyema közül, háromnál a folyamat már a szemüregre is áterjedt, még pedig két ízben a homlok-, egy esetben a Highmor-üregből kiindulólag. Ez utóbbinak a műtétese alkalmával az üregnek a fossa caninán át történt széles megnyitása után könnyen kitapinthatuk az orbitalis fal nagy defectusát, a melyen át a gyenedés utat tört magának a szemüregbe és a szem teljes elpusztulását vonta maga után. A megfelelő oldali homloküregről



a műtét alkalmával derült ki, hogy ment minden bántalomtól. Bár távol áll tőlem, hogy hozzá még ily rövid időn belül ítéletet mondjak, annyi minden esetre szembeszökő, hogy sem nálunk odahaza, sem Berlinben ennyire előrehaladt és elhanyagolt sinus empyemákat soha nem láttam. Annyi tény, hogy a homloküregi empyemáknak sokszor igen heveny a lefolyása, a Highmor-üreg egyszerű genyedeiséinél azonban úgyszólván kivétel nélkül igen hosszú időnek kell elteltetni, míg ily nagymérvű elváltozások jönnek létre.

Lermoyez professor a Highmor-empyemák kórisméjének a megkönnyítésére a következő világos szabályokat állította fel:

a) Ha a Heryng-féle tünet pozitív és a Highmor-empyema többi jelei is (féloldali orrüreggenyedés, fájdalomérzet a szemüreg alatti tájon, geny jelenléte a középső orrkagylón, avagy polypok a hiatus semilunaris környékén stb.) feltalálhatók (+ +), akkor az empyema jelenléte bizonyos.

b) Ha a Heryng pozitív, de egyéb jelek hiányzanak (+ -), ily esetekben próbapunctio végezendő, miután az empyema jelenléte kétes.

c) A második pont fordítottja (- -). A teendő hasonlóképen az előbbivel megegyezik.

A próbapunctio megtételére viszont a következő három szabály volna az irányadó.

a) Ha az empyema fentebb említett tünetei, azonkívül a Heryng-és Fränkel-féle symptomata feltalálható (+ +), a próbapunctio megtétele szükségtelen és egyenesen a műtétet foghatunk.

b) Ha a jelek egymásnak ellentmondók (+ -), (- +), úgy a próbapunctio vagy a próbakimosis a természetes nyílásokon át indicált.

c) Ha jelek nincsenek (- -), az empyema kórisméje elesik.

A próbakimosisok alkalmával, a canule bevezetését megkönnyítendő, a Lermoyez klinikán attól sem idegenkednek, hogy a középső orrkagyló túltengett részletét a galvanocauter segítségével pusztítsák el, holott az autorok nagy része, közöttük Hayek is óva int ily esetekben mindenféle égetéstől. Nemcsak, hogy a csatorna bemenetét megsérthetjük az égetővel, de e műtétet követő duzzadás, valamint a képződött seb is a canule bevezetését hosszabb időre lehetetlenné teszi.

A műtét eljárások közül Lermoyez professor legcélszerűbbnek tartja a Coopert, míg a fossa canina megnyitása szerinte csak akkor indicált, ha az alveoluson át eszközölt és hónapokra terjedő kimosás, majd a három hónapig tartó jodoformgaze tamponálás és ezt követőleg az edző folyadékok befecskendezése sem hozza meg a várva várt gyógyulást. A Krause-féle methodust egy általam látogatott klinikán (Lermoyez, Gougenheim, Luc) sem alkalmazzák, miután véleményük szerint a fal áttörése nehezen kivihető, fájdalmas, veszedelmes vérzést okozhat. Az utókezelés alkalmával nehéz a készített nyílást megtalálni, a canule bevezetése fájdalmat okoz és a kezelést csupán az orvos végezheti.

Ez ellentmondások közül csupán a legutolsó fogadható el ellen-érv gyanánt, miután, mint annak idején már említettem, pontos cocaínozás után e műtét alig okoz nagyobb kellemetlenséget, mint egy próbapunctio, a canule utólagos bevezetése sem ütközik semmi nehézségbe, számot tehető fájdalmat sem okoz, ha a kellő elővigyázattal és minden erőszak kikerülésével történik.

A frontalis empyemák műtéteinél Párisban sokkal nagyobb súlyt fektetnek a canalis naso-frontalis szabaddá tételére, mint Berlinben. Míg ez utóbbi helyen megelőgszenek annyival, hogy a megnyitott homloküreget át az orra vezető csatornácskát megsondazzák, addig a Lermoyez és a Luc-féle klinikákon, ha csatornának nincs meg a kellő tágasága, a homloküreg alsó falának lehetőleg legbenső részletét (elkerülő a szemüreg) véső segítségével egy széles nyílást készítenek. E nyílásba azután egy kacsuk draint helyeznek, mely csak akkor kerül eltávolításra, ha az utókezelésben a genyedés legalább egy hét előtt már kimaradt.

Az eljárásnak az előnye magától következik. Kevésbé vagyunk kitéve azon eshetőségnek, hogy egy recidiva a műtét megismétlését vonja maga után, miután a geny lefolyása biztosított, a gyógyulás menetét szabályozhatjuk, siettetjük, szóval a beteg homloküreg nemcsak az operatio pillanatában, hanem az egész utókezelésben keresztül a befolyásunk alatt marad.

Párisban a homloküreg-műtéteket különben is sokkal radikálisabban végezik, mint Berlinben. Nézetük szerint az esetek nagy többségében nem elégséges egy szűk nyílás készítése, a mely nem engedi meg a curette korlátlan alkalmazását és végeredményben gyakorta egy fronto-orbitalis fistula lesz a következménye. Ha azonban a sinus egész elülső falát elveszszük, ezzel egyszerűsödik az üreget is megsemmisítjük, a mivel a recidiva lehetőség is elesik. E radikális műtét után visszamaradó heg, mint azt a már gyógyult betegeknek láttam, bár szorosan a szemöldök mentén vezet, mindig eléggé feltűnő, annyival is inkább, miután belső része egész a homlok közepéig felkanyarodik.

A napokban Luc professornál volt alkalmam egy frontalis empyema műtétét végig nézni, a mely már abban a tekintetben is érdekel bir, hogy recidiva következtében végeztetett. Luc professor szerint a recidiva okát az képezte, hogy a tünetek alapján az első műtét alkalmával csupán a jobboldali homloküreget nyitották meg és csak később tünt ki, hogy a bal is beteg.

A megismételt műtétnél Luc professor a bal homloküreg egész elülső és a jobboldali üreg még megmaradt falát szintén eltávolította és a nyákhártya kikaparása után a mindkét oldalon készített széles nyíláson keresztül egy a felezési pontján két ablakkal bíró kacsuk draint vezetett az orrüregbe. A műtét befejeztével a beteg homloka korántsem volt úgy elégtelenítve, mint azt gondoltam volna, mindössze

a domborodását vesztette el. A hosszú metszés következtében azonban a képződő hegek szépeknek, úgy vélem, épen nem lesznek nevezhetők.

Az utókezelésben általában a zinkchloridot alkalmazzák; hogy a befecskendezett folyadék azonnal vissza ne térjen, e művelet alatt a beteg üregnek megfelelő oldalra kell a beteg fejét fektetni.

Tóvölgyi Elemér dr.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

Orvosi haladás az 1900. évben az ipari megbetegedés terén.

Közlő: Friedrich Vilmos dr. egyet. m.-tanár, a budapesti kerületi beteg-segélyező pénztár főorvosa.

(Vége.)

A nagy fáradsággal végzett rendszeres makroszkopi és nagy kitarásról tanuskodó mikroszkopi vizsgálatok, melyeket Nissl, Marchi, Held és mások legújabb módszerei szerint CS<sub>2</sub>-vel megmérgezett állatoknak központi idegrendszerén eszközöltek, a mely állatok egészen négy hónapig maradtak életben, annál becsebbeknek tekintendők, miután ilyenül kísérletek eddigelő egyáltalában nem léteztek, a mint CS<sub>2</sub>-vel megmérgezett emberekről sem birtak leletekkel. Koester véleménye szerint a CS<sub>2</sub>-mérge az idegrendszer minden részébe elvitte egyaránt hat a sejtekre és idegrostokra. Véleménye szerint a CS<sub>2</sub>-mérgezésre nézve fölülte jellegzetes a dűzsejteknek zsíros degeneratioja, a megbetegedésnek gyakran a sejtestnek egy részén való kezdete, a magnak gyakran csak később való megbetegedése, a sejtek körüli üröknek tágulása, valamint a velős hüvelynek sajátságos szétesése.

A központi szervben való morphologiai változásokból joggal lehet következtetni azt, hogy a CS<sub>2</sub>, mely mint illékony mérge a tüdőbe, innen a vérpályákba jut, súlyos somatikus, valamint psychikus ideg-bajokat okoz, közvetlenül megtámadja az idegrendszert és annak normális működését egy mindeddig ismeretlen módon zavarja.

Ismeretes ténynek tekinthető, hogy a gáznemű termékek közül a szénnoxid (CO) a munkások egészségére rendkívül nagy hatást gyakorolhat. Bár 15 év óta számos, ezen szélesen elterjedt ipari betegségre vonatkozó közlemény jelent meg, mégis a különböző ezen tárgyra tartozó adatokat csak a Sachs-fele monographiában<sup>26</sup> találjuk egyesítve. Sachs munkájának nagyobb részében leírja a heveny szénnoxid-mérgezőknek vizsgálatait és csak egy nagyobb szakaszban foglalkozik azon ipari szakmákkal, melyekben ezen mérgezés fellépni szokott, valamint az azzal járó tünetekkel is. Idült szénnoxid-mérgezés vasalónők, szakácsnők, olvasztó kohók mellett alkalmazott munkások között szokott előfordulni, hasonlóképen rongyszédők, világítógázyári munkások között, szikviz- és vegyészeti gyárakban, téglakemenczéknel és bányákban szerencsétlenségek alkalmával. E betegség tüneteit Sachs következőképp foglalja össze: a bőrnek feltűnő halvány volta, könnyebb vagy súlyosabb természetű vérszegénység, gyakrabbi fejfájás, szédülés, hányás, lassított pulsus és légzés kíséretében, bevont nyelv, emésztési zavarok és szívdobogás; némely ritkább esetekben, midőn a szénnoxidnek belégzése hosszú ideig tartott, szellemi működési zavarok is léphetnek fel. Kísérletek hiányában Sachs összeállította az egész irodalmat, a melyből kitűnik, hogy szénnoxid-mérgezésre vonatkozó bonczleletek csak igen szörványosan léteznek. A korbonzetani tüneteknek középpontját a sejt-degeneratio képezi, mely úgy hyalin, mint pedig zsíros alakjában a szivizomra, a véredényfalakra, esetleg a testnek valamennyi szervére kiterjedhet.

Az üveg munkások foglalkozásának veszélyes volta nemcsak a forróságtól és a hőmérsékletnek gyakori változásától, hanem a pornak hatásától, hanem azon veszélyektől is függ, melyet az üvegfűvés magában rejt. Jóllehet a fűvőcsőnek közös használatából eredő megbetegedések, első sorban a syphilis, számban jelentékenyen csökkennének, ha az üvegfűvésnek Appert<sup>27</sup> által feltalált, mechanikus módon való eszközölését alkalmaznák, mégis még mindig használatban van a pipaszzerű fűvőcső és ennél fogva az ily módon támadt megbetegedések is igen különbözők.

Scheele<sup>27</sup> a berlini orvosegyesületben mutatott be több üvegfűvőt, a kik közül különösen egynél az arcban a fültömrigy tájékán egy terimenagyobbodás volt jelen, mely mindkét oldalon — és pedig jobboldalt erősebben, baloldalt kevésbé — a fültől a szájszögletig terjedő, kötegszerűen kidomborodó arcbőről eredett. Ezen kidomborodások hat cm. hosszúak, a jobboldali három, a baloldali két cm.-nyi szélességű voltak és a járomívvel párhuzamosan haladtak, körülbelül alatta egy cm.-rel és megterheléskor légpárnaszerűen telődtek meg. Erősebb nyomásra eltűnt. Szájkutatáskor érezhető volt, mint töltődik meg a ductus Stenonianus levegővel. A szájnyalakhártya bizonyos redőzöttséget mutatott; szájkutatáskor a pofanyálkahártya elsímolt és látszólag nem volt rajta semmi feltűnő. A pofanyálkahártyán körülbelül forintnyi terjedelemben fehéres terület volt megvastagodott epithellel; ezen rész barázdászerű és főtthússzerű volt és a széle azt a benyomást tette, mint egy leukoplakia buccalis syphilitica. Ezen legelőször Guinaud által leírt változás a „plaque opaline” nem áll összefüggésben a dohányélvezettel, szivarzással. Háromban a bemutatott esetek közül sérvszerű

\* Appert Frères, Le soufflage mécanique de verre. Revue de Bordeaux, 1887. S. Sommerfeld, Handbuch der Gewerbekrankheiten. S. 291.



kidomborodások voltak jelen az arcizmokon, a mi ép úgy, mint *Guinaud*-nak plaque-jai, a szájrégben létező abnormalis légnyomásból ered, a mennyiben az üvegfüvőknél a manometrikus nyomás *Renaud* szerint 90–110 mm. higanynyomásnak felel meg, a melynek az üvegfüvő arcizomzata naponként 6–700-szor tétetik ki. A légnyomásbeli ingadozások némely esetében tömkelegmegbetegedést vontak maguk után. *Scheele* nem tartja kizártnak, hogy embolia következtében is görcszerű, epileptiformis betegségek lépnek fel. Két esetben az ipari munkásokra jellemző kézalak, az úgynevezett „main en crochet” volt jelen. A száj alaktalanságának elhárítására egy új készülék, „Piston Lobinet” szolgál, mely összeszorított levegőnek az üvegfüvő üzemében való használatát lehetővé teszi. Ezen, valamint más hasonló, többnyire angol készüléket az üvegfüvők azért nem veszik igénybe, mert annak használata mellett nem képesek oly nagyszámú darabot elkészíteni, mint a nélkül. Tekintettel arra, hogy az utolsó évtizedben az üvegfüvőknak speciális betegségét tárgyaló munka alig jelent meg ötnél több, ezen irodalmi adatokat tartalmazó közlemények igen értékeseknek tekintendők.

A foglalkozásból eredő bőrbetegségek, főképen eczemák a legkülönbözőbb ipari munkások között előfordulnak, melyeknek eredete a munkaközben támadt porra, piszokra, vegyileg tisztátalan anyagokra, valamint a feldolgozandó anyagnak étető hatására vezethető vissza. Hogy azonban az ilyen megbetegedések éveig eltarthatnak és a veszélyes munkától hónapokon át való tartózkodás esetében is visszatérhetnek, azt élénken bizonyítja a *Schulze*<sup>28</sup> által leirt eset.

Egy chlorsókat feldolgozó vegyészeti gyárban alkalmazott munkánál előbb az arcra, majd az egész testre kiterjedő kiütés lépett fel. Hét hónap múltán, mikor az illető munkás katonai szolgálatra bevonult, egy mérsékelt acné-kiütés volt észlelhető rajta, mely azonban megerősítő és izzadságot okozó munka után oly erős mértékben recidivált, hogy egy év múlva — mely idő alatt több ízben volt orvosi kezelés alatt — a katonai szolgálat alól mint alkalmatlant felmentették. Ekkor felbőre sötéten szürkés-barnás volt. Ezen színeződés itt, valamint az arcon számtalan, a törzsön és végtagokon eloszlott kisebb-nagyobb területű sötétbarna színekből eredt. A felbőrnek feketés színét sok ezer meg ezer apró feketé pontocskák okozta, melyek eltömesztelt mirigyek kivetési csöveinek feleltek meg és csak az alsó végtagokon, a nyakon és kézen hiányoztak. A mellen, valamint az egész háttájékon nagy mennyiségű acné vulgaris és acné abscedens volt jelen. Ezen bőrbetegség okát *Schulze* szabad chlor — eddig kevésbé ismert — hatásának következtében előállt változásoknak a bőrön tudja be, hasonlóan a jobban ismert jod- és brom-acnéhoz.

*Winternitz*<sup>29</sup> egy sajátserű és fölötté ritka bőrkiütést ír le, mely szintén ipari megbetegedésnek tekintendő. Ugyanis két tehenet fejő leánynál a karon és kézen, sőt az arcon is sebek, illetve bőr alatti kötszövetgyulladások, 1 1/2 cm.-nyi átmérőben és 8 mm.-nyi magasságban léptek fel, melyek bőrkenőcsös kötés alatt néhány hét alatt eltűntek. *Winternitz* ez esetben a megejtett bakteriologiai vizsgálat után sem volt képes eldönteni, vajjon itt száj- és körömfájás, vagy pedig egy új természetű megbetegedés volt-e jelen.

*Haarlem*<sup>35</sup> az ipari bőrbetegedéseknek egy újabb nemére vélt akadni. Ugyanis jáczint-hagymának tisztogatásával és rendezésével foglalkozó munkásoknál augusztus és szeptember hónapokban súlyos conjunctivitisig fokozódó conjunctiva-irritációk, valamint erős viszketéssel járó, kézen és arcon mutatókó erythema lépett fel. Míg azelőtt a megbetegedés okozóját az ezen művelet közben keletkező porban vélték tudni, szerző a hagymán ezen hónapokban végzett görcsövi vizsgálatok alkalmával e porban élő kukacokat, lárvákat és petéket talált, úgy hogy azon nézetben van, hogy ezen viszketésgépi tüneteket a kukacok okozzák, a nélkül, hogy az emberre átragadnának, mert befurakodva a bőrbe, ott elhalnak. A kukacok sajtkukacok nagyságával bir, mely valószínűleg a fű- vagy veteménykukacok közé tartozik és alighanem rokon a leptus autumnalis-szal. Szerző ezen véleménye azonban még nincsen bebizonyítva, miután eddigelé sem lárvákat, sem lárvarészeket az emberi kötőhártyákon kimutatni nem sikerült.

A hallószervnek ipari foglalkozásból származó és egyes szakmáknál ismételtén visszatérő megbetegedéseit utóbbi időben részint az új hygienikus vívmányok, részint pedig a betegség elleni biztosítás és baleset-törvény folytán nagyobb figyelemmel kísérik. Az e téren való nagy haladást bizonyítja *Winckler*-nek<sup>30</sup> munkája, mely a legújabb irodalomnak és a Kahn-féle<sup>\*</sup> értekezésnek felhasználásával a fülnek ipari megbetegedéseit tárgyalja ép úgy, a mint azt egy régebbi, a felső légutak<sup>\*\*</sup> ipari betegségeiről szóló értekezésben megtette. Eltekintve az aetiologiai momentumoktól, mint időjárás-változások, por behatása, gázoknak és gőzöknek állandó belélegzése, hirtelen erős, ha nem is túl magas, de hosszabb ideig tartó hangbehatások, a légnyomás változása, vagy pedig hosszabb ideig való tartózkodás magasabb légnyomásban, *Winckler* a fülnek belső és külső megbetegedéseivel és főképen azon alakjaival foglalkozik, melyek az egyes szakmáknál előfordulni és jellegzetes tüneteket mutatni szoktak.

*Dowling*<sup>30</sup> a cincinnati dohánygyárakban végzett vizsgálataiból kifolyólag foglalkozott azzal a kérdéssel, vajjon a dohánygyárakban folytatott hosszabb ideig tartó foglalkozás a már ismert mérgezésen kívül, melynek tünetei — étvágytalanság, székrekedés, álmatlanság, szívdobogás, tremor a felső végtagokban, hörghurut stb. — arra engednek következtetni, hogy ezen megbetegedés az egész szervezetet, főképen

az idegrendszeret megtámadja, a szemre, illetve a látóképességre is behatással lehet. Ismeretes dolog, hogy erős dohányosoknál amblyopia léphet fel; ezen színvakság dohánygyári munkásoknál sokkal nagyobb mértékben van jelen mint más foglalkozásúknál. *Dowling* 153 férfit és 50 nőt vizsgált meg, a kik közül 23-nál illetve kettőnél talált amblyopiát; a megbetegedettek közül kettő csak 15 és 19 éves volt, jöllehet *Forster* szerint a dohányzás okozta amblyopia csak 30–65 életkorban szokott jelentkezni. Míg a betegek, a kiknél a kezdődő szakban mindkét látónak contractioja észlelhető volt, a színeket a látókör környi részében jól meg tudták különböztetni, addig azokat a látókör központi részében összezavarták. Az amblyopiában szenvedők egy része állítólag gyenge ivó és dohányzó, másrésze teljesen tartózkodó volt mindennemű alkoholos italtól. A mennyiben a későbbi vizsgálatok ezen tünetet a szemem — melyről *Schellenberg*<sup>\*</sup> monographiájában említést nem tesz — beigazolnák és a mennyiben az amblyopiát dohánynyal és szeszszel vissza nem élő dohánygyári munkásoknál is találják, *Dowling* munkájának fontossága tudomány szempontból sokat nyerne.

*Frischmann*<sup>32</sup> egy kisebb munkájában a lúdtalppal és neurastheniával mint a kereskedői alkalmazottaknak saját ipari betegségével foglalkozik. *Frischmann* körtörténetei szerint főképen a neurasthenia sexualis a női divat-üzletek alkalmazottai között van nagy mértékben elterjedve; 451 neurasthenikus közül, kik három év folyamán kezelése alatt állottak, 200 = 45% szenvedett neurasthenia sexualisban. Ezen idegbajnokát *Frischmann* azon erotikus izgalmaiból származtatja, melyeknek a fiatalabb 18–24 éves alkalmazottak hivatásuk közben ki vannak téve. A pes planusnak három év alatt tapasztalt 48 többé-kevésbé súlyos esetéből *Frischmann* azt következteti, hogy a lúdtalp főképen a fűszeresegedek és a férfidivat-üzletek alkalmazottainál fordul elő és hogy ezen a pubertasi korra eső megbetegedést a sok álldogálás és járás okozza.

Bár jöllehet, hogy *Frischmann* sok körültekintéssel gyűjtött adatait *Varga*<sup>33</sup> jogosan csak relativ értékeknek mondja s noha *Varga* a *Frischmann* ajánlotta prophylaxissal (mely szerint női divat-üzletekben 18–24 éves fiatal emberek egyáltalában ne, vagy csak úgy alkalmaztassanak, hogy a női nemmel nem jutnak érintkezésbe) nem ért egyet és a kereskedelmi alkalmazottak neurastheniáját nem akarja hivatásos betegségnek elismerni, az említett munka, mint részben novum, sokkal komolyabbnak veendő, mert legalább is arra inti figyelmünket, hogy azon igazán fontos és érdekes kérdést, vajjon a kereskedői alkalmazottak megbetegedése tényleg hivatásból eredőnek tekintendő-e, újabb és alapos vizsgálat tárgyává tegyük.

### Könyvismertetés.

**August Hoffmann: Pathologie und Therapie der Herzneurosen und der functionellen Kreislaufstörungen.** Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1901.

Az ideges vagy helyesebben functionalis vérkeringési zavarok gyakorlati fontosságuk dacára mindeddig nem részesültek a szerzők részéről megfelelő méltatásban, a minek oka szerző szerint részben abban rejlik, hogy az ide tartozó megbetegedések ritkán képezik klinikai megfigyelés tárgyát; de másrészt abban is, hogy a szívbetegségek tana az utóbbi évtizedekben inkább az anatomiai elváltozásokon alapuló vérkeringési zavarok tanulmányozása felé hajlott.

Szerző tehát, kinek a paroxysmalis tachycardiáról nemrég megjelent munkáján nagy elismeréssel fogadták, nagyon hasznos munkát végzett, a mikor az előttünk fekvő terjedelmes könyvet megírta, mely — a mint előszavában mondja — a gyakorlatból a gyakorlat számára készült és a szív-, illetve idegbetegségekkel foglalkozó közikönyvek kiégszítője óhajt lenni.

A munka általános és részletes részre oszlik. Az általános rész rövid történeti bevezetés után a tárgy könnyebb megértését elősegítő anatomiai és physiologiai tudnivalókkal ismerteti meg az olvasót, majd a vizsgáló módszerek tárgyalása után a tünettant, a szív functionalis megbetegedéseinek viszonyát az organikus szívbetegségekhez, továbbá a prognoszt és az általános terapiát adja, az egyes fejezetekhez — úgy mint a részletes részben is — meglehetősen kimerítő bibliographiát csatolva.

A részletes rész főfejezeteinek címei a következők: functionalis zavarok a szívizom részéről és acut szívtágulás; szívzavarok mérgezőseknél (dohány, kávé és thea, morphiom, cocain, alkohol); szív és vérkeringés lázas bajoknál; vérkeringési zavarok constitutionalis betegségeknel (anaemia és chlorosis, elhajasodás, diabetes, köszvény); a szív működés zavarai az idegrendszer organikus megbetegedéseivel; a szív functionalis neurosisoknál; a szív működés reflectorius zavarai (az emésztő szervek, a bőr és a nemi részek felől kiindulva); szívzavarok a máj, a vesék és a tüdő megbetegedéseivel; külön körülhatárolt tünetcsoportok (Adams-Stokes-féle betegség, paroxysmalis tachycardia, Basedow-kór); véredényneurosisok (a véredények paroxysmalis pulsatioja és dilatatioja, erythrophobia, heveny körülírt bőrvizenyő, hydrops articulorum intermittens, erythromelalgia, Reynaud-féle betegség, acroparaesthesiák, intermittáló bizzegés).

A mint látható, a munka nagyon érdekes és a gyakorló orvosra nézve fontos kérdéseket tárgyal, még pedig nagy tudással, könnyen érthető modorban, nagyon jól áttekinthető beosztással és az okszerű

\* *Schellenberg*: Hygiene der Tabakarbeiter. Handbuch der Hygiene von Th. Wyl. 1895.

\* M. Kahn: Die Gewerbe- und Berufskrankheiten des Ohres. Jena, 1898.

\*\* Ernst Winckler: Über Gewerbekrankheiten der oberen Luftwege. Halle, 1896.



gyógyítás kellő fejtegetésével. Beható tanulmányozását orvostársainknak nagyon ajánlhatjuk.

**Új könyvek.** *Baer*: Der Selbstmord im kindlichen Lebensalter. Leipzig, G. Thieme. — *Oberländer*: Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre. Theil I. Leipzig, G. Thieme. — *Israel*: Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten. Berlin, A. Hirschwald. — *Grünfeld*: Die Lepra im Dongebiete. Berlin, A. Hirschwald. — *Vorstädter*: Synoptische Tafeln zur Diagnostik der Herzklappenfehler. — *Wolff*: Über frühzeitige Operation der angeborenen Gaumenspalten. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Gregor*: Der Fettgehalt der Frauenmilch und die Bedeutung der physiologischen Schwankungen desselben in Bezug auf das Gedeihen des Kindes. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Stubenrauch*: Die Lehre von der Phosphornekrose. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Dohrn*: Über Entbindungen in der Agone. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Ruge*: Einführung in das Studium der Malariakrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Technik. Jena, G. Fischer. — *Skutsch*: Geburtshilfliche Operationslehre. Jena, G. Fischer. — *Broca*: Anatomie chirurgicale et médecine opératoire de l'oreille moyenne. Paris, Masson et comp. — *Dubois*: De l'influence de l'esprit sur le corps. Paris, Masson et comp. — *C. M. Moullin*: When to operate in inflammation of the appendix. Second edition. London, J. Bale Sons and Danielsson. — *M. Foster*: Lectures on the history of physiology during the 16—18. centuries. Cambridge, University press. — *Crockett*: Gynecology. London, H. Kimpton. — *Cohen*: A system of physiologic therapeutics. Vol. I. Electrotherapy, by G. W. Jacoby. London, Rebman. — *Sturgis*: The students manual of venereal diseases. Seventh edition. London, Rebman.

## Lapszemle.

### Gyógyszertan és méregtan.

A lithium chinicum, melyet Zimmer és társa frankfurti chinin-gyára 0.5 grammos tabletták alakjában *urosin* név alatt hoz forgalomba, *Sternfeld* szerint nagyon jó hatású köszvénynél, a mint az különben összetétele alapján várható is volt, mert megfelel mindazon követelményeknek, melyekkel egy köszvény ellenes szernek bírnia kell: chinin-savtartalma folytán megakadályozza a húgysavképződést, lithium tartalma folytán pedig a már képződött húgysav távozását a vizelettel elősegíti. Szerző a köszvényroham alatt 10 tablettát is ad, mire a tünetek gyorsan csökkennek és a roham tartama tetemesen megrövidül; utána még néhány héten át naponként 6 tablettát használtat. A szer még meglehetősen drága: 10 tablettá ára 1 márka 50 német fillér. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1901. 7. szám.)

Fersannal elért gyógyeredményeiről számol be *Schenk*, sok esete közül 12-nek rövid körtörténetét is leírva. Eredményei alapján arra a következtetésre érzi magát feljogosítva, hogy a fersan a legjobb vas-és phosphortartalmú gyógyszerek egyike és e mellett fehérjetartalma miatt nagyon értékes tápláló készítmény is. A fersan a legtöbb beteg szívesen veszi, csak némely hysteriásnak van ize ellen kifogása. Ezen hátrányon segítendő, újabb 10% fersant tartalmazó maláta-kivonatot is készítenek, mely kitűnő ízű, úgy hogy a legkényesebb betegek is szívesen veszik. Különböző fersan a legkülönbözőbb marmelade-ekkel is igen jó ízű keverékeket képez. Minthogy a fersan magasabb hőmérsékék mellett sem változik, különböző sütemények (kenyér, zsemlye, caces) is készíthetők egészen 15% fersan-tartalommal. (Arztliche Central-Zeitung, 1901. 16. szám.) *Königstein* szintén nagyon dicséri a fersant és különösen kiemeli étvágygerjesztő hatását, valamint emészthetőségét, úgy hogy még súlyos emésztési zavarok esetén is bátran adható. (Wiener medicinische Presse, 1901. 13—15. szám.) *Brunner* fersannal fagyaltot készít következő módon: 15 gramm fersant 15 gramm tejbe habart tojássárgával és 10 gramm cukorral jól összekever és az elegyet fagyaltgéphez teszi. Esetleg corrigens gyanánt még vaniliát is adhatunk hozzá, noha ize e nélkül is kitűnő. (Wiener klinische Rundschau, 1901. 7. szám.)

### Szülészet és nőgyógyászat.

Az inoperabilis méhrák kezeléséről értekezik *Stapler* (Bécs). A vizsgálati leleten kívül főleg a rák mineműsége által határozza meg, vajjon az még operabilis-e vagy sem. Esetek, a melyek lassú növekedéssel járnak, kemények, nem nagy hajlammal bírnak a szételésre, csekély érintésre nem véreznek, szerinte még azon esetben is operálhatók, ha a rák nagy rombolásokat okozott a környező szervekben, míg a nagyon gyorsan növekedő, lágy, vérezékeny, sötét kékes-vörös rák már nagyon korán inoperabilisnak tekintendő. S ha a két teljesen hasonló eset közül az egyikben operálunk, akkor jó eredményeink lesznek, míg a másik esetben csak ártunk a nőnek. Ez esetekben szerinte csak palliatív eljárásról lehet szó. De ezen eljárásoknak is enyhéeknek kell lenniök s különösen elvetendőnek tartja a *Jonesen* által ajánlott eljárást, a mely abban áll, hogy laparotomia útján leküti a méhet szolgáló összes vérereket, hogy ez által a méh atrophiját elérje. Ezen eljárás súlyossága mellett sem járhat mással, mint hogy vagy necrotizálódik a méh vagy collateralis pályák képződése által lesz haszon nélküli az eljárás. Szerző eljárása inoperabilis méhrák esetében abban áll, hogy a rákos helynek kanalizása vagy curettézése után azt tömény salétromsavval edzi s az ezzel elért eredményekkel meg van elégedve. (Wiener med. Woch. 1901. 4. sz.)  
Kern Géza dr.

Kétszeri inversio uteri szülés után ugyanazon nőnél. *Gilbert* háromszor szült nöbetegéhez a negyedik szülés után érkezve, annál teljes méhinversiot talált úgy, hogy a méh egy nagy tumor alakjában a szeméremrés előtt feküdt. Enyhe nyomásra sikerült azt reponálnia és

a méh elfoglalván rendes helyét, azt meg is tartotta. Láztalan gyermek-ágy. Két évre rá ugyanazon nőhöz hivatván, azt a szülés után teljesen kivérezve s a méhet kifordulva ismét a hüvelybemenet előtt találta. Vérzés nem lévén, első sorban élesztési kísérleteket tett, de sikertelenül, a nő meghalt. Ezen esete s gyakorlatában tett többi tapasztalatai alapján a méhkifordulásoknak klinikai megbeszélését fűzi hozzá, a melynek végeredményeként arra jut, hogy ezen kifordulásoknak oka nem a köldökzsinórnak húzása, hanem a méhnek céltalan nyomkodása. Elősegítetik ez a méh atoniája és a méhszáj teljes tágassága által. (St. Petersburger medicinische Wochenschr. 1901. 4. sz.)  
Kern Géza dr.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A szülés utáni fájások általában jóindulatúak, sőt hasznosak, a mennyiben petemaráadványoknak, vérnek, stb. a méhből kiürülését elősegítik. Ezért velük szemben csak akkor kell beavatkozni, ha erősségük miatt álmatlanságot, izgalmi állapotokat, sőt deliriumokat okoznak. Ilyenkor rendszeren opium-készítményeket használnak, ezeknek azonban az a hátrányuk, hogy egyrészt a méh izomösszehúzóereit bénítják, másrészt pedig, főleg hosszabb használat mellett, székszorulást okoznak. Ezért szívesebben chloralklymákat, tinctura viburni prunifolii-t és antipyrin használnak. Mindezeknél jobban hat azonban *Audebert* szerint a salophen átlag egy grammos adagban, mint a mely csak az összehúzóereket fájdalomosságát szünteti meg. A fájdalmak rendszeren már 1/2 óra múlva tetemesen csökkennek; szükség esetén az adag két óra múlva ismételhető. (Archives médicales de Toulouse, 1901. 3. szám.)

Venereás fekélyek, herpes progeneralis, balanitis eseteiben jó eredménnyel használja *Hiram Williams* a protargolt. Eleinte szárazon, poralakban használta, ez azonban izgalmi tüneteket okozván, 1%-os oldatra tért át. Szerző szerint a protargollal elérhető eredmények sokkal jobbak mint a jodoformmal vagy calomellel elérhetőek. (The medical bulletin, 1900. 10. szám.)

### Folyóiratok átnézete.

**Gyógyászat**, 1901. 23. szám. *Sassy János*: Perversio sexualis. *Mohr Mihály*: Az újszülöttek szemgyulladásának megelőzése.

**Wiener klinische Wochenschrift**, 1901. 23. szám. *Schlagenhauser*: A bronchialis nyirokmirigyek megbetegedéseinek ismeretéhez. *Weiss*: A gyomor-bélmunka physio-pathológiájának ismeretéhez. *Ghillini és Canavazzi*: Az emberi csontváz statikai viszonyai.

**Wiener medicinische Presse**, 1901. 23. szám. *Braun*: A mozgékony szív. *Ebberson*: Adat a subpleuralis ecchymosisok (Tardieu-féle foltok) keletkezés módjához megfultaknál.

**Wiener medicinische Wochenschrift**, 1901. 23. szám. *Englisch*: A corpora cavernosa penis plastikus megkeményítése. *Degré*: A lues recidivája és késői alakjai, valamint kezelésük jodsóolfürdővel. *Hrach*: Vérhártyás okozta nagyfokú vérszegénységnek fersannal kezelt esete. *Drasche*: Compensatorius folyamatok aortaéltelenségénél. *Hamburger*: A trachoma és gyógyítása.

**Prager medicinische Wochenschrift**, 1901. 19. szám. *Pichler*: A diabeteses hályog keletkezése. *Reichl*: Az egeri „Friedrich“-forrás.

**Berliner klinische Wochenschrift**, 1901. 23. szám. *Bálint*: Az epilepsia diaetikus kezelése. *Heine*: Cholesteatoma okozta vérzés a carotis internából. *Adamkiewicz*: Gyógyítható-e a rák? *Karewski*: Az appendicitis semiotikájához és terapiájához. *Rodari*: Új elektromos gyógmód.

**Deutsche medicinische Wochenschrift**, 1901. 23. szám. *Gottstein*: Idegen test a gyomor cardia részében; gastrotomia, gyógyulás. *Hermes*: Vékonybélkaes leszorítása a gyűrűszerűen összenőtt teregyújtvány által. *Kruse*: Dysenteria-bacillus. *Schott*: A vérnyomás viselkedése idült szív-bajok kezelésénél. *Fonck és Praum*: A szív halálos szűrt sérülése a fegyver makroszkopice vértelen volta mellett. *Czarnecki*: Idegen test mint szülési akadály. *Geissler*: Inversio uteri completa puerperalis. *Bünting*: Menstruatio vicaria. *Marx*: Új bromkészítmény (bromokoll).

**Centralblatt für Chirurgie**, 1901. 22. szám. *Becker*: Aether-narcosis. *Kausch*: A scapulának cucullaris-defectus okozta veleszületett magas állása. *Kellner*: Trichosis lumbalis esete spina bifida occultaival.

**Centralblatt für Gynäkologie**, 1901. 23. szám. *Engelmann*: Adat a typhusbacillus kimutatásához elgenyedt ovarium cystákban. *Siebourg*: Uterus biforus subseptus unicorporeus. *Schumacher*: A puerperalis uterus-inversio casuistikájához. *Alexandroff*: Veleszületett méhanteflexionál előforduló dysmenorrhoea műtéti kezelésének új módja.

**Journal médical de Bruxelles**, 1901. 22. szám. *Lentz*: A szegénysorsú tüdővészések sanatoriumi és kórházi ellátása Belgiumban. *Foguet*: Verméreg-e az alkohol? *Slosse*: A glycozen mennyileges meghatározása. 23. szám. *Diets*: A mindennapi gyakorlatból. *Van Campenhout és Dryepont*: Acclimatisatio.

**La semaine médicale**, 1901. 23. szám. *Boissard*: A puerperalis phlebitis, különös tekintettel különböző alakjaira és korai jeleire.

**La presse médicale**, 1901. 44. szám. *Pozzi*: Megnyitó előadás. *Vincent*: A syphilis és a bacillus fusiformis. *Martinet*: A phosphorral kezelés jelen állása.

**Le bulletin médical**, 1901. 44. szám. *Chantemesse*: Vizvizsgálat typhus-bacillusra. *Carra*: Idegen testek eltávolítása a szem belsejéből elektromágnessel. 45. szám. *Besnier*: Az eczema belső kezelése.



**Progrès médical**, 1901. 22. szám. *Leudet*: Tüdőgümőkór. 23. szám. *Bourneville és Laurens*: Myxoedematosus idiotia kezelése thyreoidéával.

**Bulletin général de thérapeutique**, 1901. 17. füzet. *Emery-Desbrousses*: Tetanus és chinin bőr alá fecskendezése. *Bourget*: A perityphlitis belgyógyászati kezelése. 18. füzet. *Laval*: A sebészeti analgesia módszerei. *Guyenot*: A sugárzó és világitó meleg gyógyászati alkalmazása. A Dowsing-féle készülékek. *Thomas*: Calomel intramuscularis befecskendezése kankós izületlobnál. *Schmitt*: Gümőkóros has-hártyalob egy esetének kezelése cacodylsavas natrium befecskendezésekkel és 1%-os sulfur carbon. klysmákkal. *Robin*: Hyperchlorhydriás hypersthenikus dyspepsia diaetotherapiája. 19. füzet. *Bolognesi*: Hontin. *Hérard de Bessé*: A rák kezelése osmiumsavval. *Deschamps*: Szívátmasztó készülék. *Barlet*: A simarouba hatása. *Télan*: A tüdőgümőkór kora felismerése.

**British medical journal**, 1901. június 8. *E. Owen*: A vesék bizonyos anatómiai associációi sebészeti szempontból. *C. H. Golding-Bird*: Megjegyzések a skiagraphiáról és a törésekről, főleg orvos-törvényszéki szempontból. *B. Duke*: A tibia és fibula haránt törése. *J. Duncan Thomson*: A chinai nők lábának eltorzulása. *T. E. Gordon*: Cervicalis borda esete. *A. Clark*: A Röntgen-sugarak hatása idült emlőrák egy esetében. *J. Herbert Parsons*: A toxikus amblyopia kóránához. *Purvis Stewart*: A nyaki sympathicus hűdése. *D'Arcy Power*: Colo-colicus intussusceptio műtéttel gyógyított két esete. *A. Hall*: Arsenes-alkoholos neuritis a has nagyfokú pigmentatiojával.

**The lancet**, 1901. I. 22. szám. *E. Owen*: A vesék egyes anatómiai associációi sebészeti szempontból. *Christopher Heath*: Húgyretentio. *W. T. Gairdner*: A jódalkalium gyógyító hatása asthmaticus bajoknál. *A. Edington*: Patkánypestis. *E. Farquhar Buzzard*: Alkohol és arsen az alkoholos neuritis aetiologiájában. *E. H. Colbeck és E. Pritchard*: Tüdőgümőkórnál a tüdőcsicsók vulnerabilitásának magyarázata. *C. B. Keetley*: Nagyfokú haemorrhagiával szövődött gyomorfekélyek sebészi kezelése. *W. H. Clayton Greene*: Vitalitás nagyfokú erőművi behatás után. *C. C. Gibbs*: A szívesűcs felett hallható különböző praesystolikus zörejek eredete és kórbonczta. *G. E. Herman*: Sectio caesarea két esete. *W. H. Horrocks*: A gyomorfalzat rákjának részleges gastrectomia után gyógyult esete.

### Hetiszemle és vegyések.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 22. hetében (1901. május 26-diktól június 1-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1901-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 728,235, katona 16,484, összesen 744,719. Elveszületett 420 gyermek, elhalt 273 egyén, a születések tehát 147-el múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 29.3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 19.1, az egy éven felüli lakosságnál: 14.7, az öt éven felüli lakosságnál: 11.9. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 1, pertussis 1, morbilli 14, scarlatina 8, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 12, apoplexia 9, eclampsia 8, szervi szívbaj 14, pneumonia 22, pleuritis 0, pneum. catarrh. 2, bronchitis 11, tuberculosis pulmonum 45, enteritis 11, carcinoma 11, ezek közül méhrák 1, egyéb újképletek 0, morbus Brightii et nephritis 7, veszületett gyengeség 24, paedatrophia 1, marasmus senilis 9, erőszakos haláloset 9, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 6, bal eset 3, kétséges 0 (—). **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi közkórházakban. A múlt hét végén volt 2713 beteg, szaporodás e héten 804, csökkenés 802, maradt e hét végén 2715 beteg. B) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi május 28-ától június 3-dikáig terjedő 22. héten a tisztai főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera (—), himlő (variola) (—), scarlatina 44 (40), diphtheria, croup 19 (15) hagymáz (typhus) 1 (1), kanyaró (morbilli) 144 (132), trachoma 6 (7), vérhas (dysenteria) 0 (1), influenza (—), hőkhurut (pertussis) 19 (26), orbáncz (erysipelas) 11 (19), gyermekági láz (febr. puerp.) 1 (1), ezenfelül varicella 32 (17).

— A Stefánia-szegénygyermekórház egyesület 62-dik évi rendes közgyűlését 1901. évi június hó 9-dikén tartotta *Morlin Imre* elnöke alatt.

Az évi jelentésből következő főbb adatokat soroljuk fel. Az elmúlt évben a Stefánia-gyermekórház nyilvános rendeléseit 16,125 beteg látogatta s az intézet ágyain 792 ingyenes és 430 fizetési beteg részesült orvosi segélyben.

Az egyesület fennállása óta, 1839-től az elmúlt 1900. év végéig összesen 449,660 bejáró beteg nyert kezelést, míg a kórház ágyain 31,561 ingyenes és 9189 fizetési beteg ápolatott; s így 62 év alatt 490,410 beteg gyermek részesült orvosi segélyben.

Védhímlőoltást az elmúlt év folyamán 792 gyermekben végeztek a kórházzal kapcsolatos országos központi védhímlő-oltóintézetben, miáltal a kórházban végzett védhímlőoltások száma 26 év alatt 31,406-ra emelkedett.

A 16,125 ambulans beteg látogatásának összes száma az egész éven át 49,434-et tett ki, mely számból 36,611 látogatás a 14,310 orvos-sebészeti esetre, 10,301 látogatás az 1340 szembetegre, 2522 látogatás a 475 fülbetegre esett és így átlag egy napra 135 ambulans beteg jutott. Nemre nézve volt 8308 fiú és 7817 leány; korra nézve: 5276 egy éven alóli, 4361 egy évtől háromig, 3714 három és hét év között és 2774

hétől tizenévig. Születési helyre nézve volt 12,098 budapesti, 3949 az ország különféle részeiből és 78 külföldi.

Az 1222 kórházi beteg 33,307 ápolási napot töltött az intézetben, melyből egy betegre átlag 27.2 nap esik. A kórházilag kezelt betegek közül gyógyultan elbocsátott 696, javultan 193, nem gyógyult 84, meghalt 158 (kik közül nyolcz haldokolva hozatott be felvételre).

A 158 haláloset közül elhalt torokdiphtheritisben és állhártyás gégelebban 27, gümőkóros megbetegedésekben pedig 43.

A diphtheriaellenes savókezelés a lefolyt évben is zavartalanul folytatott s miután 1900-ban 165 gyógyászattal kezelt beteg feküdt a kórházban, a serum-esetek száma 1894. október havától 1901. január 1-ig 1485-re emelkedett. Az intubált esetek száma a lefolyt év végéig 1193-at tett ki. Az intubatioval elért gyógyulási százaléka a múlt évben 64.92% volt; míg az operatiót nem igénylő diphtherias esetek gyógyulási százaléka 93.50% volt savókezelés mellett.

A közgyűlés sajnálatlaltal vette tudomásul, hogy az év végén a szemészeti osztály főorvosa *Vidor Zsigmond* dr. 32 évi buzgó s odaadó működés után a kórház kötelékéből megvált s jegyzőkönyvileg fejezte ki köszönetét. Utódjául *Leitner Vilmos* dr. választott meg. Az év folyamán *Böke* tanár is lemondott fülgyógyászati rendelőorvosi állásáról, kinek három évtizedes buzgó munkásságáért a közgyűlés szintén hálás köszönetét fejezte ki; a fülgyógyászati rendelés vezetésével az igazgató-választmány ifj. *Klug Nándor* dr.-t bízta meg.

A kórházi kiadások a pénztári kimutatás szerint 58,499 korona 32 fillért tesznek ki, ebből 20%, vagyis 11,699 korona 86 fillér a 16,125 ambulans betegre s 46,799 kor. 46 f. a kórházban 33,307 napon ápolott 1222 beteg gyermek gyógykezelésére és ellátására fordított. Ezek szerint egy beteg ellátása és gyógykezelése átlag 38 kor. 29.2 fillért igényelt, melyből egy ápolási napra 1 kor. 40.2 fillér esik.

— Az „Orvostanhallgatók segítő és önképző egyesületének önképző alosztálya” múlt héten tartotta záróülését, melyen az az évi pályadíjakat osztották ki. Anatómiai pályamunkájáért díjat nyert *Herczeg Ferencz* IV. é. o. h.; a legszebb szövettani készítményekért *Mansfeld Géza*, *Paulikovits Elemér*, *Kund Árpád* és *Halmy István* I. é. o. h. nyerték a Bókay Árpád, Lenhossék és Thanoffer tanárok által felajánlott aranyakat. Az ez évben tartott legjobb felolvasásokra *Navrati* tanártól felajánlott aranyakat *Breitner Gyula* és *Steiner Pál* IV. é. o. h. nyerték el. Végül *Lichtenberg* elnök beszámolt az egyesület ideai működéséről s köszönetet mondott a tanároknak az egyesület támogatásáért.

— **Kitüntetés.** Ő Felsője *Herczel Manó* dr. egyetemi magántanár valamint törvényes utódainak, a gyógyászat terén szerzett érdemeinek elismerésül a magyar nemességet a „puszta-péteri” előnévvel díjmentesen adományozta.

— **Kovács Aladár** dr.-t a budapesti önkéntes mentőegyesület a közlebről elhunyt *Kresz Géza* dr. utódjául választotta. Kovács dr. másfél évtizede működik az egyesület vezetésében és abban mindig igen tevékeny részt vett, úgy hogy e választás biztosítani fogja e jótékony egyesület működésének további sikerét is. Kovács Aladár helyébe főparancsnokká *Aczél Károly* dr.-t, parancsnokká pedig *Virostek Győző* dr.-t választotta.

— **Horovitz Géza** dr.-t a *Ferencz József-kereskedelmi kórház* igazgatósága a kereskedelmi betegsegélyző pénztár VIII. kerületi rendelő orvosává választotta meg.

— A budapesti általános poliklinikán május hóban 3221 új betegnek 11,325 rendelés történt.

— **Megjelent: Vizaknai Antal** dr.: A prostitutióról. Kny. Ára 1 k. Budapest. — *Nagy kénes világtörténet* 117. és 118. füzetek. Ára egy füzetnek 60 f. — *Dreiszer József* dr.: *Vizgyógyintézeteink és Kőszeg város és környékének leírása*. 1901. Kőszeg, Feigl Gyula. — *Mosse Rudolf* kiadásában: *Bäder-Almanach*. VIII. kiadás, 1901.

\*\*\*

Mai számunk valamennyi példányához Dr. Schreiber, császári tanácsos Aussee-i (Stájerország) „Alpenheim”-vizgyógyintézetét tárgyaló prospectus van csatolva.

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



### Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 m<sup>2</sup>-méter nagyságú természetes forrásmedencében az ásványvíz naponta négyszer megújul, **loccális iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és ádító-fürdők. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospectust ingyen küld az igazgatóság.

**A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.**



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (X. bemutató ülés 1901. május 8-dikán.) 405. lap. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (II. rendes ülés 1901. február 21-dikén.) 406. lap.

## Közkórházi orvostársulat.

(X. bemutató ülés 1891. május 8-dikán.)

Elnök: Hochhalt Károly. Jegyző: Terray Pál.

(Vége.)

## Atrophia idiopathica progressiva cutis esete.

Huber Alfréd: B. J.-né 45 éves, cipész neje f. é. április 15-dikén vétetett fel Róna tanár osztályára a genitáliákon levő baja miatt. A beteg megvizsgálásakor genitális baján kívül, a mely ugyancsak ritkább megbetegedésnek — ulcus vulvae chronicumnak — bizonyult, felső végtagjain olyan elváltozást vettek észre, a melyet a nő nem is tartott különösebb betegségnek. Ezen bajára nézve kihallgatván őt csak annyit említett, hogy alkarjainak és kezeinek feszítő oldala csak mintegy két év óta kezd feltűnő módon ráncosodni.

Ezen bőrelváltozást onnan származtatja, hogy kertjében sokat kénytelen napon és szélben dolgozni. Felső végtagjainak a ráncosodással egyidejűleg jelentkezett és folyton progrediáló gyengülésén kívül, valamint azon panaszán kívül, hogy kezei napon való dolgozásnál meg szoktak püffedni, semminemű subjectiv panaszai nincsenek.

Status praesens: Mindkét alkarok és kéznek feszítő oldalán proximál felé majdnem a könyökhajlatig terjedőleg a bőr jelentékenyen megvékonyodott, cigarettapapírszerűen ránczolható, a ráncok eleresztésénél azok nem simulnak. A beteg területen időnként kifejezettebb cyanosis is látható. A köztakaró többi részén nincsenek hasonló elváltozások. Az idiopathikus bóratrophia diagnózisát a praedilectionált helyeken, vagyis az alkarok és a kezek feszítő oldalán való fellépés, a lappangva fejlődés, a progressio, a cyanosis és első sorban a nagyfokú, bőr összes rétegeire kiterjedő athrophia teszi kétségtelenné.

A betegség ilyen kezdeti stádiumban csak ritkán kerül észlelés alá; diagnózis azonban, mint látható, ilyenkor is elég könnyű, feltéve, hogy a beteg életkora nem olyan előrehaladott, hogy a senilis bóratrophia kizárásának nehézségei is előtérbe nyomulnának.

Beteg mindössze csak 45 éves és bőrének egyéb részei nem mutatnak semmi olyan elváltozást, a mely az idiopathikus bóratrophia diagnózisát kétségessé tehetné. A bántalom aetiologiáját illetőleg mult évben e tárgyról megjelent kimerítő dolgozatában előadó akként nyilatkozott, hogy trophoneurotikus eredetűnek fogandó fel. Ezen feltevéshez azóta *Jarisch* is hozzájárult. Ugyanezen dolgozatában előadó kimutatta azt is, hogy ezen bántalom és a senilis bóratrophia között lényeges különbségek vannak, a melyek még akkor is kifejezettek, midőn e baj a senilis bóratrophia maximalisának tekinthető.

## Lupus conjunctivae tarsi et bulbi.

Steiner Gyula: Kántor Erzsé 11 éves gyengén fejlett leány tenegéleti szervei eltérést nem mutatnak. Nyakon és tarkón számtalan kis diónyi mirigy; az orr elülső részén exulcerált lupus, mely a jobb orrszárnyat a porczos sővényt  $1\frac{1}{2}$  cm.-nyi nagyságban tönkre tette. Az orr bal oldalán az os zygomaticum felett két fillérnyi területen hasonló folyamat.

Bal szemén dacryocystitis, a conjunctiva erősebben belövelt. Jobb alsó tarsalis conjunctiva megvastagodott, élénk vörös színű, diffuse beszűremkedett, gombaszerű, lágy consistentiájú gübbökkel fedett, közepén szennyes alapú fürtszerű fekély, mely helyenként hegesedett. Felső tarsalis conjunctiván a domború szél alatt kakastaréjszerű kinövés. A bulbaris conjunctiván egészen a limbusig számtalan gombostű nagyságú göbese, melyek kívül a limbusra is reáterjednek.

A diagnózis a kötőhártya jellemző göbescsi, a fekélyedés és hegedés, valamint a bőr lupusa biztosítja.

A detritusban tuberculosis bacillus nem találtott. Az arez lupusa a szokásos kezelésben: cauterizálásban részesült, ugyanígy fog a conjunctiva lupusa is kezelteni.

Megjegyzendő még, hogy a conjunctiva lupus ily alakban, vagyis midőn nem per continuitatem terjed át, hanem mint önálló gócz lép fel, elég ritka, a mennyiben három év alatt, mióta Róna Sámuel főorvos vezetése alatt áll a szt. István-kórház bórbeteg osztálya, ez csak a harmadik eset.

Hasonló esetet Feuer Náthán tanár 1894-ben mutatott be.

Feuer Náthán: Lupusnál a kötőhártya beszűrődik, szétbomlik, majd túlteng.

Szólo esetében a felső szembéjről mint egy dupla draperia lógott le a kakastaréjszerű kinövés. A bőrön ezt nem szokás látni. A kötőhártyán valódi sarjadzás jön létre, mely egész hárttyákat képez, minden esetre csak másodlagosan.

Róna Sámuel: A lupusnál egész közönséges a bőrön is, hogy papillaris hypertrophiaik vannak. A szájrúbea és gingiván meg gyakori a papillaris hypertrophia.

## Gastro-enterostomiával combinált gastrostomia.

Fischer Aladár: L. P. 34 éves földmives mult évi december hó 3-dikán tévedésből marólgót ivott. Kezdetben egy vidéki kórházban ápolatott, a hol kísérletek tettek a kifejlődött bázingszűkület ki-

tágítására, azonban siker nélkül, miért is beteg f. é. március 21-dikén a szt. Rókus-kórház Navratil tanár vezetése alatt álló II. seb. osztályára vétette fel magát. A magas termetű férfi-beteg felvételekor a legnagyobb mértékben lesoványodott; bőre száraz, pikkelyező, hangja tompa, fátyolozott, a nagy gyengeség miatt járni nem tud. Sondával megejtett vizsgálatnál kiderül, hogy átjárhatatlan bázingszűkület van jelen. Tekintettel beteg rendkívül elesett és kimerült állapotára, mely késedelmezést nem engedett meg, bemutató Navratil tanár megbízásából betegem gastrostomia készítése céljából f. é. március hó 22-dikén laparotomiát végzett, mikor is kiderült, hogy a gyomor is jelentékenyen szenvedett a maró-folyadék bevitelétől. Nevezetesen a pylorus tájon kemény, zsugorodott, a pylorust összeszorító heg foglal helyet. Ily körülmények között maga a gastrostomia természetesen nem lehet elégséges és bemutatónak választani kellett a között, hogy jejunostomiát végez vagy pedig gastro-enterostomia készítése után gastrostomiát csinál és így teszi lehetővé a beteg táplálkozását. Bemutató tekintettel arra, hogy a jejunostomia mellett a bázingszűkület kitágítására alig lehet kilátás és a pylorus szűkület megszüntetése épséggel lehetetlen, szóval, hogy a betegnek a készített sipolyt mindvégig kellene hordani, a gastro-enterostomiával kombinált gastrostomia végzésére határozta el magát és pedig tekintettel a gyomor kicsi, zsugorodott voltára, mely a gyomor hátsó felületének kifordítását lehetetlenné tette, bemutató a Wöller-féle gastro-enterostomia antecolica anteriorit végezte a Braun-Kocher-féle varrási methodus alkalmazásával. Ezután bemutató a Hacker-Marwedel-féle methodus szerint gyomorsipolyt készített és a hasfalat bevarrta.

A mi a további lefolyást illeti, első nap beteg két ízben kapott hypodermoklysiszt, azután a sipolyon keresztül kiadóan tápláltatott. A primára gyógyult hassebből a fonalak a nyolczadik napon távolítottak el. A sipolyon át történő táplálással sikerült elérni, hogy beteg ismét megerősödött, jelentékenyen hizott úgy, hogy állapota annyira jutott, hogy a Hacker-féle retrograd sondázáshoz foghatunk már betegnél a bázingszűkület kitágítása céljából.

## Amputatio recti prolapsus miatt.

Fischer Aladár: G. J. 26 éves földmives állítólag két év óta szenvedett végbélelőlesésben, melyet egy dysenteria alkalmával acquirált. Minthogy végbéle nem csak székelésnél, hanem munka közben, sőt járásnál és állásnál is előesett, bajától szabadulandó, a szt. Rókus-kórház II. sebészeti osztályára vétette fel magát. Jól fejlett csont és izomrendszerű férfibeteg. Erőlködésnél az analis nyíláson át az egész végbél a szoros értelmében előesik úgy, hogy mintegy férfialkarvastagságú 25—30 cm. hosszú prolapsus van jelen. A gyakori nagy tömegű előesés miatt a sphincter teljesen elvesztette tonusát úgy, hogy az analis nyílás négy ujját kényelmesen befogad.

Ily esetben, mikor ily óriási prolapsus van jelen, természetes, hogy úgy az edzések, mint pedig az égetések célra nem vezetnek: ép úgy céltalanok az ékkimetszések is, melyeket már Dieffenbach is alkalmazott. Ez okból bemutató az előesett rész amputatitóját végezte betegnél: miután megfelelő gyógymód által beteg bélhuzama alaposan kiürített, bemutató narkosisban a prolapsust előhúzta és azután a prolapsust rétegenként előlről hátra felé haladva resecálta.

Tudvalevő, hogy nagyobb prolapsusok amputálásánál meg szokott nyilni a Douglas-féle üreg alulról és ez által a műtét egy coeliotomia rectalissá válik. Így volt ez jelen esetben is. A prolapsus elülső külső falának átmetszése után a Douglas megnyílt; ezt bemutató rögtön zárta, azután ezen varratsor alatt a prolapsus elülső belső falát is átvágván, még két varratsorral a bél elülső részét egyesítette.

Ezek után a prolapsus hátsó fele metszetett le és a bélfal hátsó fele ugyancsak három varrattal egyesített.

A mi a lefolyást illeti, eltekintve az első napokban mutatkozó hőemelkedéstől, mely a mesterségesen hat napon át fentartott székretentiora volt visszavezethető, a gyógyulást mi sem zavarta meg és a bél egyesülése az egész circumferentiában zavartalanul bekövetkezett.

## Bélresectio gyógyult esete.

Fischer Aladár: H. T. 30 éves, lakatos neje, 15 év óta sérvben szenved, mely azonban mindig vissza volt helyezhető. Felvétele előtt három nappal sérve kirekedt és nem volt többé visszahelyezhető.

Beteg f. é. április 17-dikén a szt. Rókus-kórház II. sebészeti osztályára felvételén, nála kis tyúktojásnyi kizárt jobb oldali ezombsérv találtatik. E mellett meteorismus, bélsárhányás, erőlkés 100-on felül, kicsiny. Bemutató betegem felvétele után rögtön sérvmetszést végzett és a sérv feltárása és a kiszorult bélkaes előhúzása után kiderült, hogy a bél az egyik befűződési barázdának megfelelőleg el van halva. Itt a bélfal elvékonyodott, összeesett, a bélperistalticában nem vett részt.

Ez okból bemutató a belet jobban előhúzáva, a bélkaesokat a Murphy-féle gyűrűvel egyesítette, a fölé még egy biztosító sero-serosus varratot alkalmazva.

Ezután a belet visszahelyezte, a sérvkaput zárta és a scrotális sérvnyílást a Fabritius-féle módszer szerint zárta.

Seblefolyás és gyógyulás zavartalan. A Murphy féle gomb a 12-dik napon távozott el.



### Gumma a parotisban. Bujakóros gégeszűkület. Izomgummák.

Feldmann Ignác: A múlt év április havában egy 15 éves fiú vétetett fel a szt. István-kórházba egyfelől légzési nehézségek miatt, melyeket állítólag két évvel ezelőtt rekedtség vezetett be, másfelől a bal fültő alatt és a bal pofán még félév előtt támadt daganatok miatt, melyek a betegnek különösen az utóbbi időben rágási és nyelési nehézségeket okoztak.

Mielőtt a gégestenosisra utaló tünetek miatt szándékolt tracheotomia végrehajtatót volna, a beteg fuladási roham előremenetele nélkül hirtelen meghalt.

Az április 12-dikén megoltatott boncolásnál talált főbb eltérések következők: A nyak és sternum bal oldalán több ovalis és kerekded, barnán színezett udvarral bíró bőrhög. Gége ürtere szűkült, csak 12 es katheterrel átjárható; a bal ary-epiglottikus redő belső felületén babnyi tömött, szürkés-fehér nyákhártya dagály domborodik a gégeürbe; hangszalagok zsugorodottak. A gége mellső falán háromszög alakú, basisával lefelé tekintő, meredek szélű fehér heg; a jobb hangszalag hátsó vége alatt 3 mm-re, 17 mm. magas, 8 mm. széles, felülről hátra- és lefelé haladó, ovalis, általában lekerekített, de néhol kissé kivágott, meredek szélű fekély, melynek szürkés alapja hátra és aláfelé bemélyed és itt a gyűrűporoz részben csupasz lemezében borsónyi hiány van (perichondritis cricoidea).

A fekély alsó tasakszerű zúgában fehéres geny és 1-2 apró porcztörmelék található. Mindkét musc. sterno-hyoideus szakasontí vége elkérgesedett, fehéres. A jobb nervus recurrens vagi alul ellapult és szürkés; a musc. crico-arytenoideus posticus vékonyabb és halványabb.

A bal fültőmirigy táján a bőrt diónyi, a mirigyállományból ki nem vājolható, tömött daganat domborítja elő, melynek legnagyobb részét kérges szövetebe ágyazott, a metszleten mappaszerű határokkal bíró, fehéres fakó, egyszerű tömeg képezi; a csomó peripheriáján a parotis mirigylebenykéi ugyan megkülönböztethetők, de nagyon halványak, apró zsírlebenyekre emlékeztetők. Közvetlenül az előbbi daganat mellett és az állszöglet előtt egy másik kis diónyi, a megvékonyodott és szederjes bőrrel némileg összefüggő csomó (praeauricularis nyirkmirigy) fekszik, melyben kérges szövetből körülveve, olasz mogorónyi, mappaszerű határokat mutató, tömött, fakó-sárga gőcz fészkel. A bal masseter hátsó mélyebb részében a járomhídnál való tapadásánál babnyi fehéres elkérgesedés mutatkozik.

**Szövettani lelet:** A bal fültőmirigybeli csomóból származó metszetek peripheriáján a mirigylebenyek közti széles rostok kötőszöveti sővényeiben megvastagodott adventitiájú véredek és a kivezető csövek körül sejtes infiltratio látható, mely a centrum felé mind sürűbb hálózatot alkotó kötegek, majd diffúz beszűrődés képében mutatkozik. A sejtű részeket a peripherián túlnyomóan apró lymphocytákból, a centrum felé inkább nagyobb (kevés plasma- és hízó, de többnyire fibroblast) sejtekből állanak; köztük néhány részben Langhans típusú (magkoszorúval bíró) óriási sejt. A képlet centruma elhalt szövet által képezetetik. A praeauricularis nyirkmirigy legnagyobb része, valamint az izombeli fehéres részeket szintén elhalt tömegből állanak, mely körül különösen a perivascularis elrendeződésű gömbsejtes infiltratio mutatkozik.

Ugy a gégefekély és heg, valamint a perichondritis laryngea kétségkívül lueses eredetű; a bal parotisban, a praeauricularis nyirkmirigyben és az izomban talált változások tipikus gummáknak felelnek meg. A bőrhögek is a lueses változások közé sorozhatók.

Gyakorlati jelentőség tekintetében első helyen a gégeszűkület áll, mely a bronchialis huruttal, a fültő alatti és az állszöglet előtt levő, serophulás mirigyek benyomását keltő daganatokkal és a bőrhögekkel kapcsolatban gégetuberculosisisra való összetévesztésre adhat és adott alkalmat.

Azonban ritkaságánál fogva a parotis gumma bir legnagyobb érdekességgel, mert boncolás és szövettani vizsgálat tárgyát még nem igen képezte, hanem csak klinikailag észleltetett. (Kaposi 1, Lang 3, Neumann 5 esetében.)

**Paunz Márk:** Az esetek ilyen fiatal korban ritkán járnak ilyen fokú ronesolásokkal, mégis gyakrabban, mint tuberculosisnál, mely 15-18 éven felül szokott jelentkezni.

Emlékszik szóló egy 16-17 éves fiúra, ki kifejezett lues tarda-tünetekkel fuldoklás miatt tracheotomizáltatott és tumoros masszák szűkítették a légcsövet. Nephritisben halt meg és a boncolat a lues tarda-tünetek mellett a larynxban tipikus lupus képet mutatott. A lupus is gyakoribb mint a tuberculosis.

**Feldmann Ignác:** Gégetuberculosisis gyermekeknél ritkább, mint felnőtteknél.

### Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(II. rendes ülés 1901. február 21-dikén.)

Elnök: Navratil Imre; titkár: Zwillinger Hugó.

Elnök az ülést megnyitja, a múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti.

Elnök konstatálván a határozatképességet, előterjeszti, hogy Irsai ajánlatára Pollacsek Elemér dr. be akar lépni az egyesületbe. A tagok Pollacsek Elemért egyhangúlag megválasztják rendes tagnak.

#### Gégeszűkület operált esete.

**Navratil Imre:** 24 éves cseléd, 1900. december 29-dikén vétetett fel. Öt hó előtt kezdett köhögni és rekedt lenni, utóbbi időben nehézlégzés társult bajához.

A baloldali hangszalag s az az alatti részlet nagy fokban infiltrált, valamint a megfelelő kannaporez rögzített. Az infiltratum átterjed a jobb oldalra is, a nélkül azonban, hogy annak gyűrűkanna izületét teljesen megkötné. A megfelelő hangszalag keskeny csikban látható; a hangrös tetemesen szűkített.

A tüdő felett elszórtan apróhólyagú száraz, részben nedves szörtyözörejeket hallani, sokat köhög, hőemelkedés 37.6-37.8° C. Alkalmazott lobellenes kezelésre a bántalom nem enged, az infiltratio nőttön nő és a beállott suffocatio miatt a felvételt követő 5-dik napon mély tracheotomia végeztetett.

A légcső sebéből kiköhhögött köpet megvizsgálatván, az csekély mennyiségben tuberculosis bacillusokat tartalmazott.

Tracheotomia után az alkalmazott szerelésre köhögés és köpés gyérül, a hő rendessé vált.

A gégeben a műtét utáni második héten jelentékeny javulás áll be, két hét múlva a jobboldali kannaporez egészen felszabadul, négy hét múlva a baloldali infiltratum is visszafejlődött annyira, hogy két hét előtt normalisokká válván az izületek functioi, a canule eltávolíthatott. A köpetben most tuberculosis bacillus nem volt található.

Bemutató a stenosisnak gyors visszafejlődését a következő okokra vezeti vissza: 1. a betegnél a tüdőbántalom nem nagyfokú, 2. mély tracheotomia végeztetett távol a szenvedés helyétől, mi által a beteg részek semmikép sem irritáltatván, azok mintegy abszolút nyugalomba jutottak, melynek jótékony befolyása következtében a bántalom teljesen visszafejlődhetett.

#### Strumectomia után gégehűdés.

**Navratil Imre:** 38 éves nő, 10 év előtt nyaka jobb oldalán ökölnagyságú strumája fejlődött, melyet hosszmetéssel hét évvel ezelőtt légzési nehézségek miatt megoperáltunk. A pajzsmirigy enyhén duzzadt középső és bal lebenyét behagytuk. Műtét után a jobb hangszalagon semmi eltérés nem észleltetett. Beteg öt éven át jól érezte magát, az utolsó néhány hónapban a középső és a bal lebeny nőni kezdett s elég gyorsan majdnem két ökölnagyságúra fejlődött, a géget és főleg a légcsövet jobb oldalra tolvá, a légzést meglehetősen fokban nehezítette.

F. év január 2-dikén e miatt jelentkezett osztályomra a beteg, a hol ugyanazon hó 12-dikén a struma, mely a pajzsporez felső szélének magasságától egész a jugulumig terjedt, sőt alsó polusa a sternum alá terjedt, a Kocher-féle metéssel kiirtatott. A substernalis részlet kiirtásánál az arteria thyreoidea ima leköttetett, ezután a baloldali art. thyreoidea inf. leköttése után a daganat eltávolított aképpen, hogy a felső pajzsmirigy verő érrel összefüggésben mintegy diónyi darab behagytatott. A borseb nagy része varratokkal zárattott, a sebüreget steril gaze-zel tamponáltatott. Sebelfolyás zavartalan, beteg jelenleg — február 21-dikén — gyógyult.

A légzés szabad, a hang jelentéktelen árnyalattal fátyolozott. A baloldali hangszalag és megfelelő izület hűdött. Megjegyzendő, hogy valamint a műtét közben, a daganat kicseparálása közben, nem került elő a nervus laryng. infer., úgy a kiirtott struma legszorgosabb megvizsgálása ellenére sem akadtunk sehol nyomára idegszálaknak.

Az operált egészen jól érzi magát, nincs oedemának semmi nyoma. Bemutató ily beható műtét után, főleg mélyen behúzódó hegességgel gyógyuló sebfolymatok után mindig észlelt hangszalaghűdést; jelen esetben is ennek tulajdonítja annak létrejöttét.

Massagera és villamozásra, midőn a heg engedekevényebbé vált, a hűdés fokozatosan visszafejlődött, sőt egészen megszünt. Jelen esetben is az említett eljárásra a tágitó némi functioját észlelni lehet. Remélhetőleg a visszafejlődés itt is, miután az ideg épen maradt, rövid idő alatt be fog következni.

(Folyt. következik.)

### PÁLYÁZATOK.

2203/1901.

Borsodmegye egri járásában megüresedett **mezőkeresztesi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen körhöz az alábbi községek tartoznak: Mező-Keresztes mint székhely, Keresztes-Püspöki, Szentistván, Nagy-Mihály, Gelej, Tisza-Bábolna. A községeknek köthetentkénti látogatása saját fuvarján kötelező. Javadalmazása a következő:

Törzsfizetés . . . . . 1200 korona  
Fuvarátalány . . . . . 400 korona

mely összeg a vármegye házi pénztárából évnegyedenként utólagosan fizetetik. A látogatási díjak az eddig érvényben levő szokásoknak, melyek részletezése a szolgabírói hivatalnál, vagy az egyes községeknél tudható meg.

A székhelyen a halottkémlés és a hűsvágatási szemle az orvosi székhely látogatási díjak összege fejében teljesítendő.

A körorvos a törvényesen igazolt szegényeket gyógykezelné ingyen köteles. A kör székhelyén gyógytár van.

Felhívom tehát azon orvosokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1876. évi XIV. t.-cz. 43., illetve 143. §-a értelmében, úgyszintén a 93289/1898. évi belügyminiszteri rendeletnek megfelelően felszerelt kérvényeket hozzám f. évi július hó 1-ig terjesszék be, miután később érkező, vagy helytelenül felszerelt kérvények figyelembe nem vétetnek.

A választást f. évi július hó 3-dikán a kör székhelyén d. e. 10 órakor fogom megejteni.

A megválasztott körorvos állását f. évi július hó 7-dikén köteles elfoglalni. Mező-Kövesd, 1901. évi június hó 6-dikán.

Bónis Benedek, fősolgabíró.

35/1901. sz.

Az **abrudbánya-veerespataki „Nehézék-pénzalap“** választmánya halálozás következtében megüresedett **abrudbányai alorvosi állásra** pályázatot hirdet. Ezen alorvosi állással 1100 kor. fizetés, 240 kor. lótarás, 120 kor. szállás-pénz és 400 kor. drágasági pótlék van összekötve.



Az állás nyugdíjhoz van kötve.

Pályázati határidő 1901. évi június 28.

Felhívtnak a pályázni kívánók, hogy pályázati kérésüket orvostudori, erkölcsi és szolgálati bizonyítványokkal felszerelve a választmány elnökségéhez annál is inkább adják be, mivel az elkésetten beérkező pályázati kérések figyelembe nem fognak vétetni.

A brudbánya, 1901. évi május hó 28-dikán.

3-2

Ajtay Árpád m. p., v. elnök. Képes Ferencz m. p., v. jegyző.

A budapest-óbudai m. kir. dohánygyári betegsegélyző pénztárnál megüresedett orvosi állásra pályázat hirdettetik.

A közgyűlésen megválasztott orvos javadalmazása 1800 korona évi tiszteletdíj.

A megválasztott orvos a III-dik kerület, óbudai területen levő lakásra köteleztetik.

A pénztári orvosi szabályzatok a dohánygyári igazgatóságnál a hivatalos órák alatt megtekinthetők.

A pályázni kívánók bélyeggel ellátott és képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiknek június hó 19-dike, azaz a választást megelőző nap déli 12 óráig a dohánygyári igazgatóságnál leendő benyújtására felhívtnak.

Később beérkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Budapest - Ó-Buda, 1901. június 5-dikén.

M. kir. dohánygyári igazgatóság.

Milde József, kir. tanácsos, dohánygyári igazgató.

2-2

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárt június 20-dikán.

Kórházi másodorvos. Rozsnyói kórház. 1000 kor. Czim: Ruber József kh. igazgató, Rozsnyó.

Lejárt június 28-dikán:

Allami elmeorvos. Nagy-Szeben. 1200 kor. f., 420 kor. lak. és élelm. Czim: Belügyminister.

Lejárt június 30-dikán.

Körorvos. Udvarhelym. Etéd. 1000 k. f., 250 k. u. á. Czim: Gálffy Kálmán főszb., Székely-Keresztur.

Gyári orvos. N.-Boeskö. Klotild I. m. vegyi ipar r.-t. 1248 k. f. Czim: Részvénytársaság igazgatósága N.-Boeskö.

Lejárt június 1-én:

Kórházi főorvos. Sarajevo. 4800 k. f., 1400 k. pótlék és lakás. Czim: Bosznia-hercegovinai orsz. kormány, Sarajevo.

Bányaorvosi állás. M. asphalt r.-t. felsődernai és bodonosi bánya. 2400 kor. f. és lakás. Czim: M. Asphalt r.-t. igazgatósága. Budapest, VI., Andrassy-út 30.

## HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

# Salvator

kitűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag, húgydara és kösvénybántalmak ellen, vizeleti nehézségeknél, továbbá a légző és emésztési szervek hurutos bántalmainál.

**Húgyhajtó hatása!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

## Bártfa Dr. Hasenfeld Oszkár

### Fürdő

nőorvos május 25-dikén kezdte meg ez idén is, mint az előző években, fürdőorvosi működését Bártfán és szívesen szolgál e fürdőt illető bármely felvilágosítással. Lakás: Bártfa, Divald-villa.

## Rajeczfürdő gyógyhely.

Rendkívül szép fekvés 420 m. a tenger színe felett a magas Kárpátokban, Zsolna mellett (Trencsén vármegye). Vasuti állomás közvetlenül a fürdőtelepen. Állandó posta és távirat. Gyógyeszközök: Vasas, timsós héviz, 33 C° szénsavas vasas ivóforrás. Vasas lápfürdők.

Modern hidegvizgyógyintézet. — Évad tartama szeptember végéig.

Dr. Gara Géza hiv. fürdőorvos (téli át Meránban) június 1-én kezdi meg orvosi működését. Prospektussal és felvilágosítással készségesen szolgál a fürdőgondnokság.

## Dr. Brehmer Tüdőbeteg-Gyógyintézete

Görbersdorf Sziléziában.

Téli és nyári kurák ugyanolyan sikerrel.

Főorvos: Dr. Petri, titkos tanácsos, dr. Brehmer volt segédje.

Prospektusokat díjmentesen küld a gondnokság.

# Diabetes mellitus

Hygienikus étrendi präparatumok, diabetikus sütemények külön osztálya.

**Kevés szénhidratum, nagyfokú tápláló érték!**

Orvos uraknak minták díjmentesen küldetnek.

**Prospectus ingyen. — Orvosi felügyelet és ellenőrzés.**

Műszaki vezetőség: EM. GOLDSCHIEDER.

Gyártás és szétküldés: **Wien, JOSEF RITZ, IX., Spitalgasse 33.**

## KARLSBAD

világhírű források és forrástermékek a legjobb és leghatásosabb

természetes gyógyszerek

a gyomor, máj, lép, vese, húgyszervek és prostata betegségei, nemkülönben Diabetes mellitus (cukros hólyag), epe-, hólyag- és vesekövek, kösvény, idült esz. ellen.

**A természetes karlsbadi**

ásványvizek, jegeczes és poralakú sprudeló

ivó kúráknak otthon,

úgyszintén a karlsbadi sprudel-pastillák, sprudel-szappan, sprudel-lúg és sprudel-lúg

minden ásványvízkereskedésben, drogueriában és gyógyszerárban kaphatók.

Karlsbadi ásványvízforrás-kezelőség:

**Löbel Schottländer, Karlsbad (Csehország).**

## MARIENBAD

Világfürdő Csehországban.

A marienbadi Csehország forrásvíz szétküldése. Raktárak: minden gyógyszerár, ásványvíz- és drogueria-kereskedés.

**Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn:** Javalat: Általános elhízás, májelzsírosodás, szívvelhajasodás, obstitatio, plethona.

**Ambrosius-forrás:** Javalat: Anaemia, chlorosis.

**Rudolf-forrás:** Javalat: Húgyszervek idült hurutjai, vesekő, diabete, orthritis.

Kaphatók: **Budapest, ÉDESKUTY L.** cs. és kir. udvari szállítónál.

## 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 Thorapeut. 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 gyógyszerár Budapest, Dr. Egger Leo és J. Budapest, stb.

## Egy orvos állását

2200 korona fixummal elcserezné egy oly állással, honnan valamely középiskola naponta könnyen elérhető. Érdeklődők **Dr. H. J. Győr,** poste restante beküldött leveleikre bővebb felvilágosítást nyerhetnek.

## Fürdői tanulmány-utazás orvosok részére

Németországi sóforrások és sófürdői gyermekgyógyhelyek

**Professor Dr. A. BAGINSKY**

tudományos vezetése alatt.

Elutazás: augusztus 1-én. Tartama 14 nap. Ára 300 márka.

Prospektusokat ingyen és bérmentve küld

**Carl Stangen's Reisebureau** — BERLIN, W. — Friedrichstrasse 72.







# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Generstich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmarszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Aujeszky Aladár és Wenhardt János:** Közlemény a budapesti kir. tud. egyet. II. sz. belklinikájáról (igazgató Kétli Károly dr. tnr.) és a magy. kir. állami bakteriologiai intézetből (igazgató Preisz Hugó dr. tnr.). Adatok a pestis-bacillus agglutinatiojához. 407. l.

**Preisach Izidor:** Közlemény a szt. István-kórháznak Korányi Sándor dr. egyetemi tanár vezetése alatt álló osztályáról. A tüdőtuberculosis kezelése „igazol“-lal. 409. l.

**Rigler Gusztáv:** A teljes vér és a vérsavó lugosságának ingadozása különböző ép és kóros viszonyok között. 411. l.

**Neubauer Adolf:** Végső szó Bauer Lajos dr. egyetemi tanársegéd válaszára. 413. l.

**Tárcza, Torday Ferencz:** A párisi új gyermekkórházak. 413. l.

**Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Kollarits Jenő:** A verőrobliteratióból származó időszakos sántításról. 414. l. — *Könyvismertetés. Victor Urbantschitsch:* Lehrbuch der Ohrenheilkunde. (Sugár K. Márton.) 415 l. — *Lapszemle. Gyógyszertan és mérgegtan. Salkowski:* Triferrin. — *Belgyógyászat. Stadelmann:*

Vesegyulladásban szenvedő syphilitikusok gyógyítása. — *Dieulafoy:* Gyomorrák gyógyítása. — *Börkörtan. Carle:* Az erythema induratum és tuberculosis egy máshoz való viszonya. (Póór F.) — *Hallopeau:* Lupusnál 2%-os kalium hypermanganicum-borogatások alkalmazása. (Póór F.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Credé:* Az itrol és collargol. — *Savoire:* Idült torokhurut gyógyítása. — *Folyóiratok átnézete.* 416—417 l.

**Hetiszemle és vegyesek.** A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — A Budapesti Poliklinikai Egyesület. — A kolozsvári egyetem. — Réczey Imre. — Liebermann Leó. — Havas Adolf. — Antal János. — Krompecher Ödön. — Kitértetés. — Fördőorvos. — A Gárdos-féle nyílt pályázat. — A Gárdos-féle alap. — A Balogh Kálmán-féle alap. — Oklevél bemutatás. — Utaztató ösztöndíjak adományozása. — Az elmeorvosi tanszék. — Fördők látogatottsága. — Megjelent. — Elhunyt. — Herczel dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 417—418. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** Magyar tudományos akadémia. — Budapesti kir. orvosegyesület.

Melléklet. Szemészet, 3. szám.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti magy. kir. tud. egyet. II. sz. belklinikájáról (igazgató Kétli Károly dr. tnr.) és a magy. kir. állami bakteriologiai intézetből (igazgató Preisz Hugó dr. tnr.)

Adatok a pestis-bacillus agglutinatiojához.<sup>1</sup>

Irták: *Aujeszky Aladár* dr., főiskolai segédtanár és *Wenhardt János* dr., belklinikai tanársegéd.

Az agglutinatio a fertőző betegségek diagnosztizálásában nem játszik ugyan oly kiváló szerepet, mint a milyenre hivatottnak látszott *Widal* első közleménye után, mindazonáltal kétségtelen, hogy az agglutinatio úgy a fertőző bajok, mint bizonyos kevésbé karakterizált bakteriumok felismerése körül igen jó szolgálatot tehet. Hogy azonban e célra felhasználható legyen, kívánatos, hogy minden oldalról pontosan ismerjük.

Minthogy a pestis agglutinatiojának egyes pontjaira nézve a vélemények eltérők, más pontokra nézve pedig egyáltalában nem végeztek még vizsgálatokat: nem látszott fölöslegesnek, hogy a kérdést tanulmányozzuk.

E kísérletek indító oka egyikünknek az 1900. évi glasgowi pestisjárvány színhelyén tett azon észlelete volt, hogy ott a betegek legalább egy részének vérével csak a pestis elleni vérsavó befecskendezése után végeztek a pestis diagnosis megerősítése végett agglutinációs próbát. Tudva azt, hogy a pestis ellen használt lóvérsavó agglutináló képessége van, könnyen lehetett arra is gondolni, hogy a glasgowi agglutinációk pozitív voltában nemcsak a pestis megbetegedésnek, hanem a befecskendezett serumnak is volt szerepe. E kérdés nagy jelentősége kivüláglik a

<sup>1</sup> Előterjesztetett a M. T. Akadémia III. osztályának 1901. június 17-dikén tartott ülésén.

következőkből. A pestis-agglutinatioinak a mai alakjában alárendelt szerepe van és lesz a pestis acut szakának diagnosztizálásában, mert *Wyssokowicz*, *Zabolotny* és a *bombayi német bizottság* szerint a serum agglutináló képessége csak a betegség első hetének végén, vagy a második hét elején jelentkezik, míg a pestist más módon sokkal előbb lehet biztosabban felismerni.

Annál nagyobb jelentősége van az agglutinatioinak akkor, ha valamely gyógyult betegnek a közelmúltban átszenvedett *kérdéses* betegsége megállapításáról van szó (*Zabolotny*). A fent nevezett szerzők állítása szerint pestisen átesett ember vére még nyolcz hét mulva, de valószínűleg még tovább is adja az agglutinációs reactiót. Tegyük már most fel, hogy valaki pestises vidékről pestismentes helyre jön és itt kiderül, hogy az illető nem régiben közelebről nem ismert bajban szenvedett. Ily viszonyok között nem lehet kizárni azt az eshetőséget, hogy az illetőnek pestise volt. És hogy az ilyen lehetőséget épen járvány idejében mennyire (sokszor túlozva) az előtérbe tolják, azt legjobban az tudja, a ki pestisjárványt személyesen átélt és tapasztalta, hogy minden embernek nemesak a közelmúltban átszenvedett baját nézik gyanus szemmel, hanem minden meglevő, de a pestistől távol álló betegség esetében sem mulasztják el soha (és természetesen helyesen), hogy a differentialis diagnózisnál a pestis eshetőségére is gondoljanak. A közelmúltban átszenvedett pestis pontos megismerhetése rendkívül fontos, mert közöltek eseteket, melyek tanúsága szerint a pestis bacillusa gyógyult egyénekben még igen sokáig jelen lehet; így *Gotschlich* pestises tüdőgyulladásból felgyógyult egyének köpctében a bacillust még 33—76 nap mulva kimutatta és pedig fertőzőképes állapotban.

Kétségtelen tehát, hogy a pestis utólagos megállapításának adott alkalommal nagy jelentősége lehet. E célra az anamnesisen kívül legfeljebb bubonak vagy pustulának a nyomai állanak rendelkezésre; de ezekből lefolyt pestisre sokszor csakis nagyon bizonytalanul lehet következtetni. Ha tehát megdönthetetlen igaz-



ságnak volna tekinthető az, hogy csakis pestises fertőzést szenvedett szervezet vérsavója agglutinálja a pestis bakteriumát: akkor e jelenségben megbeesülhetetlen értékű semiotikai jel birtokába jutottunk volna. De éppen ezért nagyon fontos az a kérdés, hogy vajon a vérnek az említett agglutináló tulajdonsága nem jöhet-e létre más úton is, mint pestises fertőzés révén.

Minthogy eltérő eredmények nem egyszer különböző kísérleti eljárásra vezethetők vissza és az olvasó a következtetéseket csak akkor ítélheti meg jól, ha a kutatásokban használt módszert ismeri, azért néhány szóval ismertetjük az eljárást, melyet vizsgálataink alkalmával követtünk.

Kísérleteinkben olyan pestisbakteriumot használtunk, melyet *Wenhardt* Glasgoból hozott magával. A virulens bacillus két napos agar-tenyészetéből húsvesssel vagy physiologiai konyhasó-oldattal lehetőleg egyenletes emulsiót készítettünk. A vérsavót (vagy vizeletet) Pasteur-pipettával apró, keskeny, steril kémlőcsövekbe esepgettettük és ezután hasonló pipettával emulsiót esepgettettünk hozzá. A kémlőcsöveket, miután tartalmukat jól összezártuk, thermostatba tettük.

Mikroszkopos reakciót két okból nem végeztünk. Először is azért, mert a pestis bakteriumának önálló mozgása nincsen; tehát a mozgás megszűnése, mi a typhus-bacillus agglutinációjának oly jellegző tünete, itt nem jöhet szóba. Másodszor a pestis-bakterium már friss kulturában is minden tápláló talajon és talajban összeálló halmazokat alkot; ha tehát ilyen bakteriumcsoportokat látunk mikroszkopban, könnyen a savó agglutinációjának tulajdoníthatók azokat.

*Klein* szerint a pestis-bakteriumnak egyedül gelatinás tenyészetéből lehet (még pedig csakis physiologiai konyhasó-oldattal) oly emulsiót készíteni, a melyben összeálló bakterium-csoportok nincsenek. Az emulsió készítéséhez a physiologiai konyhasó-oldat helyett a húsvesselt *Klein* nem ajánlja, mert szerinte a bouillon maga is agglutinál. Midőn ugyanis húsvesselt adott a tenyészet sós emulsiójához (1:20), már 12–15 percz alatt agglutinatio következett be. Sőt még nagyobb hígításban is (1:40), bár valamivel később (15–30 percz múlva), összeálló csoportok képződtek.

Ismeretes, hogy a pestis bakteriuma minden tápláló talajon, de főleg húsvessben összeálló halmazokat alkot. Ezért a húsvess-tenyészet legkevésbé alkalmas agglutinációs kísérletekre. De, hogy a bouillon maga agglutinálja a pestis bakteriumát, annyira meglepő adat, hogy *Klein*-nek e en kísérletét megisméltük. Bouillont adtunk pestis-bakteriumnak sós vizet emulsiójához 1:10, 1:25 és 1:50 arányban, de agglutinatio a nyoma még 22 óra múlva sem mutatkozott egyetlen egy esetben sem. Ezen okból, mint mások, úgy mi is kísérleteink egy részében minden aggodalom nélkül húsvesselt használtunk az emulsió készítésére. Hogy helyesen jártunk el, abban megerősített bennünket még azon körülmény is, hogy a controlnak eltett húsvess-tenyészetben sohasem mutatkozott agglutinatio, legalább makroszkoposan észrevehető nem.

A pestis-bakterium ferde agaron nőtt tenyészetéből kis türelemmel húsvessben épűgy, mint physiologiai konyhasó-oldatban mindig sikerült egyenletes emulsiót készíteni. Megengedjük, hogy ebben még voltak egyes bakteriumhalmazok, de ezek a makroszkopos reakciót egyáltalában nem zavarták.

Néhány tapasztalatunkat, a mely az egész kísérletsorozat alatt egyforma volt, ismétlések elkerülése végett összefoglalva, mindjárt itt közöljük.

Mi sem természetesebb, mint hogy a control kémlőcsövekben is képződött minden alkalommal üledék, mely compact, kerek, jól körülírt, felfelé is éles határu volt. A mennyisége mindig jóval kisebb volt, mint azon kémlőcsövekben, a melyeknek eredményét negatívnak vettük. Az agglutinatio legkifejezettebb eseteiben az említett összeálló üledék felett laza, felhőszerű, elmosódott határu üledék képződött, a mely felett a folyadékoszlop egészen feltisztult. Megtörtént azonban, hogy a kétféle üledék felett a folyadékoszlopnak csak a felső része tisztult fel, sőt néha egészen zavaros maradt.

Mi csak azon eseteket vettük pozitívnak, a melyekben feltisztulás is létrejött. Tekintve azonban, hogy a laza üledék csakis serummal való kezelés után jelentkezett (azon esetekben is, a

melyekben feltisztulás nem mutatkozott), azért ezen laza, felhőszerű üledéket jellegzőnek tartjuk, mely megérdemli, hogy a jövőben nagyobb figyelemre méltassák. Lehetségesnek tartjuk, hogy pozitív eredmények kimondására további vizsgálatok elegendőnek fogják nyilvánítani ezen laza üledék képződését minden feltisztulás nélkül is.

E felhőszerű üledék sokszor egyenesen álló csonka kúphoz hasonlít. Rendkívül könnyen szétesik és főleg ennek tulajdonítjuk, hogy eddig a vizsgálok figyelmét elkerülte.

Ha feltisztult és kétféle üledékkel bíró kémlőcső foglatat összeráztuk, akkor az zavarosabb lett, mint a control. Azonban a feltisztulás újra helyreállott.

Meg kell még jegyeznünk, hogy mi 1:5 aránynál concentráltabb agglutinációs kísérletet nem végeztünk, mert tapasztalataink szerint ily esetekben a pestis elleni serum több másfajta mikrobát is agglutinál.

#### Agglutinációs kísérlet lóvérsavóval.

Mindenekelőtt arról kellett meggyőződnünk, hogy az egészséges, normalis vagy a nem pestis, hanem más vírus ellen immunizált ló vérsavója nem agglutinálja-e a pestis bacillusát? Másodszor, hogy a rendelkezésünkre álló pestis elleni serum tényleg agglutinálja-e a pestis bakteriumát? Harmadszor és főleg arról akartunk saját tapasztalatokat szerezni, hogy ezen serum mily hígításban agglutinál?

Hogy e kérdésekre a feleletet megadhassuk, a következőképen jártunk el. 1:10, 1:25, 1:50 és 1:100 való arányban normalis ló, azután diphtheria és pestis ellen immunizált ló vérsavójával végeztünk agglutinációs kísérleteket. A Preisz-féle diphtheria elleni savó minden hígításban negatív eredményt adott. A normalis ló vérsavója 1:10 arányban pozitív eredményhez vezetett, a többi hígításban az agglutinatio negatív volt. A pestis elleni serummal végzett agglutinációs vizsgálatok 1:10, 1:25 és 1:50 való arányban pozitívek voltak, 1:100 negatív maradt. *Zabolotny* Párisból származó pestis elleni vérsavóval csak 1:12 és 1:25 arányban kapott pozitív eredményt, 1:50 már negatív volt, *Yersin*-féle savóval pedig csak 1:6 és 1:12 arányban volt pozitív, 1:25 pedig negatív maradt.

Bár az eddigi tapasztalatok szerint a vér agglutináló képessége nem jár parallel az immunossággal, mégis lehetséges, hogy mi azért kaptunk még nagyobb hígításban is pozitív eredményt, mert újabbban a lovakat erősebben immunizálják; de nem szabad figyelmen kívül hagyni azt sem, hogy a pestis-bacillus különböző származása és mesterséges tenyésztésének rövidebb vagy hosszabb tartama is lehet oka az eltérő agglutinatioinak egy és ugyanazon serummal szemben.

Végül annak az eldöntésére, hogy az újabb és régebbi keleti pestis elleni serum egyformán agglutinál-e, teljesen ugyanazon körülmények között agglutinációs kísérleteket végeztünk Párisból egy hónap és másfél év előtt kapott serummal. Mind a kettő csaknem egyenlő fokban agglutinált. Hat óra múlva egyik sem mutatott még agglutinációt. Húsz óra múlva 1:10 és 1:25 arányban a néhány hónapos serum erősen agglutinált, a másfél éves savó adta agglutinatio szintén jól kifejezett volt, de valamivel gyengébb, mint az előbbi. 1:50 arányban mind a kettő gyengén agglutinált, 1:100 arányban pedig mindegyik az agglutinatioinak éppen csak nyomát mutatta.

#### Agglutinációs kísérletek egészséges ember vérével.

Mielőtt a tulajdonképeni vizsgálatainkra áttértünk, még arról akartunk meggyőződni, hogy az egészséges, illetőleg nem fertőző bajban szenvedő ember vérsavója agglutinatio tekintetében miként viselkedik a pestis-bacillusal szemben. Erre nézve csak *Zabolotny* munkáiban és a *német pestisbizottság* jelentésében találtunk feljegyzést. E búvárok szerint egészséges ember vérsavója soha, a legkisebb mértékben sem adta az agglutinációs reakciót. Mi négy láztalan egyén vérsavójával kísérleteztünk; a hígítás aránya 1:10, 1:25 és 1:50 volt. Az eredmény minden esetben, még 22 óra múlva is teljesen negatív maradt.

#### Agglutinációs kísérletek tuberculosisos beteg vérével.

Az irodalomban nem találtunk adatokat arra nézve, hogy nem pestisben, hanem más fertőző betegségben szenvedők vére



agglutinálja-e a pestis mikrobáját, azért megemlítjük, hogy egy tuberculosis pulmonumban és egy tuberculosis peritonei-ben sínylődő beteg vérével kísérleteztünk. Mindkét betegnek huzamos idő óta közép-magasságú láza volt. Az agglutinatio (1:5, 1:10 és 1:25 arányban) minden esetben, 44 óra múlva is negatív maradt.

#### Agglutinációs kísérletek pestis elleni serummal kezelt emberek vérével.

Most áttérünk kísérletsorozatunknak leglényegesebb részére, a mely ezen vizsgálatok kiinduláspontját képezte, t. i. arra a kérdésre, vajon pestis elleni serummal beoltott emberek vére agglutinál-e? Miután e kérdésre az irodalomban sehol sem találtunk feleletet, czélszerűnek találtuk, hogy ezen irányban kísérleteket végezzünk. E vizsgálatokat a következő négy egyénen hajtottuk végre.

I. 20 éves; testsúlya 59·50 kilogramm. Ezen egyénnek az első alkalommal 10·0 kem. pestis elleni serumot fecskendeztünk a bőre alá. A vérsavójával 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> óra, öt és nyolcz nap múlva végeztünk (1:10, 1:25 és 1:50 arányban) agglutinációs kísérletet. Az eredmény minden alkalommal negatív volt. Az első befeeskendezés után nyolcz nappal újra 10·0 kem. savót kapott subcutan. A 23<sup>1</sup>/<sub>2</sub> óra múlva kibocsátott vér savójának semmi agglutináló hatása sem volt.

II. 35 éves; testsúlya 50 kilogramm. 1901. III/17. d. e. 11<sup>25</sup> órakor és d. u. 6<sup>00</sup> órakor 10·0—10·0 kem. pestis elleni savót kapott a bőre alá. E beteg vérsavója a befeeskendezés után 24<sup>15</sup> óra, illetve 17<sup>20</sup> óra, 9 és 17 nap múlva (1:10, 1:25 és 1:50 arányban) még 20 óra alatt sem agglutinált.

Ezen esetnek különös érdekességet és értéket ad azon körülmény, hogy a befeeskendezés utáni hatodik napon serumreactio jelentkezett, a mely a kilencedik napon érte el tetőfokát, a mennyiben a kiütés akkor csaknem az egész testet ellepte, de az ezen napon kibocsátott vérnek sem volt agglutináló tulajdonsága.

III. 23 éves; testsúlya 62 kilogramm. 10·0 kem. pestis elleni serumot kapott intravenosusan 5' alatt. A 23<sup>15</sup> óra múlva kibocsátott vér savója 1:10 és 1:25 arányban igen erősen agglutinált. Három és hat nap múlva a vérrel ugyanazon arányban végzett agglutinációs kísérletek egészen negatívek voltak.

IV. 21 éves; testsúlya 64·5 kgm. 1901. IV/18. d. u. 5<sup>00</sup> 10·0 kem. pestis elleni savót kapott 6' alatt intravenosusan és IV/19-dikén délben 12<sup>00</sup> órakor 10·0 kem.-t subcutan. Az első befeeskendezés után 42 óra, a második után 23 óra múlva kibocsátott vér savója 1:10, 1:25 és 1:50 arányban még 20 óra múlva sem adott agglutinációs reactiót.

Mit lehet már most ezen vizsgálatokból következtetni?

A pestis elleni serumnak az emberi szervezetbe való befeeskendezése után négy eset közül csak egyben (10·0 kem. intraven.) tett szert a vér agglutináló képességre. Ezen esetben is csak a 23<sup>15</sup> óra múlva kibocsátott vér agglutinált, ellenben 3 és 6 nap múlva a vizsgálat negatív eredménnyel járt. A többi három eset meg azt mutatja, hogy a vér sem az injectio után való első 24 órában, sem a serumreactio idején, sem pedig 8 és 17 nap múlva nem agglutinált. Látható tehát, hogy a fent említett módoktatokban és mennyiségben befeeskendezett serum csak kivételesen és akkor is csak rövid időre nyújt agglutináló képességet az emberi vérnek.

Hogy a III. esetben nem a 10·0 kem. serummal a szervezetbe vitt agglutinátionok okozták az agglutinációt, bizonyítja az a körülmény, hogy a pestis elleni serum 1:100 arányban már nem agglutinált. A szervezetben pedig azon 10·0 kem. savó sokkal többször hígított. Valószínűleg a savó az organismusban oly mélyreható változásokat idézett elő, hogy agglutinátionok is képződtek.

A mennyire négy esetből következtetni szabad, mondható, hogy az immunizálásra használatos 10·0—20·0 kem. pestis elleni savó csak kivételesen és akkor is csak rövid időre ruházza fel a vért agglutináló képességgel.

Másként viselkedhetik azonban olyan emberek vére, a kik gyógyítás czéljából 40·0—60·0 vagy még ennél is több pestis elleni serumot kaptak. Itt felmerülhet azon kérdés, hogy ily nagyobb mennyiségben befeeskendezett serum nem kölesönöz-e gyakrabban agglutináló hatást a vérnek. E kérdésnek azért van gyakorlati jelentősége, mert ha a nagyobb mennyiségben a szervezetbe juttatott

pestis-serum agglutináló hatással ruházza fel a vért, úgy tévútra vezethet az agglutinatio oly esetekben, mikor téves diagnosis esetében nem pestisben szenvedő emberbe fecskendeztek serumot a gyógyításra használt dózisban. Ezen kérdésre nem adhatunk feleletet, mert ily nagyobb adag serumot nem fecskendeztünk emberbe. Hogy azonban a tényállást némiképp megközelítsük, nagyobb mennyiségű savót nyulakba fecskendeztünk és vizsgáltuk a vérük agglutináló hatását az injectio előtt és után. Azonban mindjárt megjegyezzük, hogy ezen állatkísérletek végrehajtásakor tudatában voltunk annak, hogy az eredmény minden megszorítás nélkül nem viheto át az emberre.

#### Agglutinációs kísérletek nyúl vérével serum befeeskendezése előtt és után.

Három egészséges nyúl vérsavójával 1:5, 1:10 és 1:25 való arányban végeztünk agglutinációs kísérletet negatív eredménnyel. Ezután az egyiknek (2610 gm.) 1 kgm. testsúlyra számítva 2·0 kem. (összesen 5·2 kem.), egy másiknak (3345 gm.) pedig ugyanannyi testsúlyára számítva 5·0 kem. összesen (16·7 kem.) pestis elleni savót fecskendeztünk a bőre alá. Mindkét nyúl 18 óra és 12 nap múlva kibocsátott vérének agglutináló képessége a fentebbi arányban még 44 óra múlva is negatív volt.

A harmadik, 3005 kgm. súlyú nyúl egy kgm. testsúlyára számítva 2·0 kem. (összesen 6·0 kem.) pestis elleni serumot kapott, még pedig érbe.

A 17<sup>1</sup>/<sub>2</sub> óra elteltével kibocsátott vérével 1:5, 1:10 és 1:25 való arányban agglutinációs kísérletet végeztünk. 6 óra múlva még valamennyi negatív volt; 20 óra múlva az 1:5 és 1:10 arányú próba az agglutinationak némi nyomait mutatta; 44 óra múlva az 1:5 való arányban kétségtelen agglutinatio jött létre. A 12 nap múlva kibocsátott vér ugyanazon arányokban még 44 óra múlva is negatív eredményt adott.

Ezen három és még két másik egészséges nyúl vérének vizsgálatából mindenekelőtt kiderült, hogy az egészséges nyúl vérsavója még 1:5 való arányban sem agglutinálja a pestis mikrobáit.

Kiderült továbbá az, hogy ha nagy adag pestis elleni serumot fecskendezünk nyúl bőre alá, akkor úgy az első 24 órán belül kibocsátott vér, mint a 12 nap múlva vizsgált vér sem agglutinál. Mivel az ezen kísérletekben használt adagok kétszer, illetve ötször akkorák voltak, mint a mekkorákat ember gyógyítására szokás használni (60·0 kem.-t véve alapul, körülbelül 60·0 kgm.-os ember számára), valószínűnek kell tartanunk, hogy a gyógyítás czéljából az ember bőre alá fecskendezett serum az ember vérének sem ruházza fel agglutináló tulajdonsággal.

Végül a nyulakon tett tapasztalataink megerősítették emberen tett amaz észleletünket, hogy ugyanazon serumadag, mely subcutan alkalmazva nem ad a vérnek agglutináló képességet, a vérbe való bekebelezés után, legalább az első 24 órában a vért agglutináló tulajdonsággal láthatja el.

Ezen két kísérletsorozatból, a melyben emberekbe és házi-nyulakba pestis elleni serumot fecskendeztünk, következtethető, hogy a serumnak bőr alá injiciálása után sem az ember, sem a nyúl vére nem agglutinál. Ha ellenben a serum intravenás úton jut az említett kétféle szervezetbe, akkor a vér agglutináló képességet kaphat, de ez csak rövid időre, valószínűleg csak az első 24 órára szorítkozik. Gyakorlati szempontból ez utóbbi tapasztalat igen fontos, mert pozitív agglutinatio esetében jelenlevő vagy átszenvedett pestisre enged következtetni, ha az illető egyben az utolsó napokban nem fecskendeztek pestis elleni serumot. (Természetesen felteszszük, hogy más betegség nem ruházza fel a vért a pestismikrobát agglutináló képességgel. Ez irányban, mint említettük, még nem végeztek vizsgálatokat.)

(Folytatása következik.)

#### Közlemény a szt. István-kórháznak Korányi Sándor dr. egyetemi tanár vezetése alatt álló osztályáról.

##### A tüdőtuberculosis kezelése „igazol“-lal.

Irta: Preisach Izidor dr., a „Charité“ kórház-egyesület belgyógyászati osztályának vezetője.

Az 1899-diki berlini tuberculosis congressuson *Cervello* palermói orvostanár a tüdőgümőkórnak egy általa előállított új szerrel, az „igazol“-lal való gyógykezelését ajánlotta. Ajánlatát huzamo-



sabb időn át végzett kísérletek alapján tette meg, a mennyiben hónapokon át igazolással kezelt több betegénél a tüdők gümőkóros elváltozásának igen jelentékeny javulását észlelte.

A Cervello ajánlotta új szer: az *igazol*, egy formaldehyd-készítmény, mely jodot, terpint és chloralhydratot tartalmaz. Intensív szagú, fehéres por, mely hevítve elpárolog, elillan és a szoba levegőjét intensív szagú gőzökkel telíti. Az elpárologtatás egy, Cervello által egyenesen e célra konstruált készüléken történik. A készülék lényegében egy — vízzel megtöltendő — fémkazán lapos tetővel, melyre az igazolpor vékony rétegben elhelyezendő. A tüzet a kazán alatt borszeszlámpa hevíti és a forrpontnál kisebb hőmérsék mellett a por elillanása állandóan és egyenletesen megy végbe. A betegek az igazolgőzökkel telített levegőt órákon át belélegzik.

Egy oly roppant gyakoriságú és fontosságú betegségnél, mint a fűdőtuberculosis, még oly számos szomorú therapeutikus csalódás után is mindig meg van a jogosultsága az új szerekkel való kísérletezésnek, feltéve természetesen, hogy a kísérleti eredmények mindig a legszigorúbb objectivitással ítéltetnek meg.

A szigorúan objectív megfigyelést tüzve ki feladatul, szívesen vállalkoztam az igazolnak fűdőtuberculosisban szenvedőkön való kipróbálására.

Kísérleteimet a szt. István-kórházban Korányi Sándor dr. egyetemi tanár osztályán végeztem, kinek a beteganyag szíves átengedéséért és jóakaró támogatásáért ez úton is őszinte köszönetet mondok.

Kísérleteim 1900. április havában kezdődtek és azóta egy-két rövidebb megszakítással állandóan tartanak.

A kísérletek, illetve a betegek tartózkodási helyéül egy három ágyra berendezett, világos, kétablakos kórterem szolgált. A belélegzést a betegek mindig a délutáni órákban végezték, úgy hogy ennek folytán az éjjelt is igazolgőzökkel saturált levegőben töltötték. Napközben — a szigorú téli hónapokat kivéve — több órát töltöttek a kórház kertjében.

Az igazolgőzöket valamennyi beteg úgyszólván kivétel nélkül jól tűrte. Kezdetben, az első pár napon csaknem valamennyinél többé-kevésbé kellemetlen esipő, izgató érzés jelentkezett a szem kötőhártyáján, az orr, garat és gége nyákhártyáján. Némelyiknél a belélegzés kezdetén az első napokban erős köhögési inger lépett fel. Mindezen tünetek azonban pár nap múlva elmúltak s a betegek a belélegzést szívesen végezték.

Az elpárologtatásra szánt igazol napi adagja 4.0 gramm volt.

Hosszabb időn át 10 beteg állott igazol kezelés alatt. Az esetek közt voltak könnyebbek és súlyosabbak.

Eredményeiről a következőkben óhajtók beszámolni:

1. B. D.-né. 34 éves napszámosnő. Körülbelül négy év óta köhög. Hereditást nem említ.

Mindkét tüdőcsücs felett tompulat. Jobb tövis felett hörgihez közel álló légzés, bal csücs felett száraz szörtyzörejek. (Diagnosis: Infiltr. apicum.) Sokat köhög, mérsékelt mennyiségű, genyes-nyákos köpetet ürít. A köpetben Koch-féle bacillusok elég bőven. Éjjel nem izzad. Étvágy elég jó, láztalan.

Egy heti kezelés után a köhögés kevesbedik, két hét múlva még inkább, expectoratio könnyebb, szörtyzörejek száma folyton csökken. *Hat heti kezelés után igen jó közérzettel, 1 1/2 kilogramm testsúlygyarapodással távozik.* Szörtyzörejek igen gyérek. Kopogtatási viszonyok változatlanok.

2. D. I.-né, 40 éves, munkás neje. Anyja tüdőtuberculosisban halt meg. Ő maga évek óta köhög, pár év előtt vért köpött.

A bal csücs felett a szívtompulattal összefolyó intensív tompulat; hörgi légzés számos apró hólyagú, csengő szörtyzorejvel. (Diagnosis: Infiltr. apic. sin.) Igen sokat és hevesen köhög, bő sűrű, genyes köpetet ürít, melyben sok tuberculosis-bacillus van. Étvágy mérsékelt, láztalan.

Az első napokban a belélegzés alatt és közvetlen utána a beteg nehézlégzésről panaszkodott, de pár nap múlva e nehézségek megszűntek. A kezelés tartama alatt a köhögés úgy gyakoriságában, mint hevességében csökkent. Étvágy állandóan jó. Éjjel elég nyugodtan alszik. *Öt heti kezelés után sokkal jobb közérzettel, egy kilogramm testsúlygyarapodással távozik.* Tompulati viszonyok változatlanok, szörtyzörejek gyérebbek, köhögés keve-

sebb, expectoratio könnyű, Koch-féle bacillusok közvetlenül a távozás előtt is találtak.

3. K. M. 24 éves eseléd. Anyja tüdőbajos, ő maga két év óta köhög.

A jobb csücs felett rendes kopogtatási viszonyok mellett számos ropogó szörtyzorej, bal csücs felett tompulat hörgi légzéssel. (Diagnosis: Catarrh. apic. dextri, infiltr. apic. sin.) Beteg mérsékelt köhög, mérsékelt mennyiségben genyes-nyákos, gyér számban tuberculosis-bacillusokat tartalmazó köpetet ürít. Étvágy rossz. Éjjel időnként erősen izzad. Láztalan.

*Öt heti kezelés után a köhögés csekély, szörtyzorejek gyérek, köpet nyákosabb, kiköpés könnyű.* Étvágy határozottan javult. Egy kilogramm testsúlygyarapodás. Éjjeli izzadás ritkább és kevésbé intensív. Kopogtatási viszonyok változatlanok. Tuberculosis-bacillusok távozáskor is találtak.

4. Cs. S.-né 37 éves, munkás neje. Hereditást nem említ. Két hó előtt sok vért köpött, azóta köhög.

Jobb csücs felett tompulat, számos szörtyzorej. (Diagnosis: Infiltr. apic. dextri.) Elég sokat köhög, főleg reggel kínzó köhögése van; mérsékelt mennyiségű nyákos-genyes köpetet ürít nehezen. A köpetben gyér számban tuberculosis-bacillusok. Étvágy csekély; igen gyenge, láztalan.

*Tíz heti kezelés alatt közérzet és erőbeli állapot fokozatosan javul, expectoratio könnyebbé válik, a reggeli kínzó köhögés teljesen elmarad.* Étvágy javul. Szörtyzorejek száma — változatlan kopogtatási viszonyok mellett — jelentékenyen kevesebb. Súlyszaporodás körülbelül két kilogramm. Koch-féle bacillusok a köpetben állandóan találtak.

5. II. A. 27 éves eseléd. Atyja és két testvére tüdőbajban haltak el. Ő pár hónap óta köhög.

Kopogtatási eltérés a tüdők felett nincs, de mindkét csücs felett számos száraz szörtyzorej (Catarrh. apicum). Sokat köhög, bő genyes-nyákos köpetet ürít, melyben tuberculosis-bacillusok mérsékelt számban találtak. Éjjel izzad. Lázak (intermittens jelleggel, de 38.4—38.6°-nál magasabb hőemelkedés nincsen jelen).

*Három hétig tartó kezelés a betegnél semmiféle javulással nem járt.* Köhögés, izzadás, lázak fennállottak, a hurutos zörejek csökkenést alig mutattak.

6. G. L. 26 éves eseléd. Hereditást nem említ. Három hét óta köhög, hat nap előtt kevés vért köpött.

Mindkét csücs felett tompulat, hörgihez közel álló légzés, számos szörtyzorejvel. (Infiltr. apicum.) Sokat köhög, sok genyes-nyákos nem véres köpetet ürít, melyben Koch-féle bacillusok nem találtak. Éjjel erősen izzad. Láztalan.

A beteg (különben grávida a IV. hónapban) a belélegzések alatt és után is igen erősen köhög és nehéz légzése van. Két heti belélegzés után a köpet néhány véresikkal kevert. A belélegzéseket azért folytatja. A harmadik héten új, erősebb vérköpés jelentkezik, a mikor a belélegzések abbahagyattak.

7. I. G. 37 éves eseléd. Atyja tüdőbajban halt meg. Ő körülbelül egy év előtt vért köpött, mely két hó előtt ismétlődött.

Mindkét csücs felett mérsékelt tompulat, egyik oldalon határozatlan, a másikon hörgihez közel álló légzés számos csengő szörtyzorejvel. A bal alsó tüdőleány felett szintén tompulat hörgi légzéssel és csengő szörtyzorejekkel. (Infiltr. apicum, praecipue lat. d., pneumonia caseosa lobi infer. sin.)

Sokat köhög és bő genyes köpetet ürít nehezen. A köpetben sok tuberculosis-bacillus. Éjjel erősen izzad. Étvágy csekély. Naponta intermittens lázak (39°-ig).

Körülbelül két hét múlva a köhögés kevesebb, expectoratio valamivel könnyebb, az éjjeleket — a csökkent köhögés folytán — nyugodtabban tölti, időnként az éjjeli izzadás elmarad. Étvágy valamit javul. Lázak változatlanok. A physikalikus viszonyok csak a szörtyzorejek némi csökkenésében mutatnak változást. Az inhalatiókat több mint három hónapon át végezte, a nélkül azonban, hogy a javulás feltűnő és tartós jeleget mutatott volna. A harmadik hónap után erős haemoptoe jelentkezett, miért is a beteg más szobába tetetett át. Tizennégy napi vérköpés után a beteg táplálkozása mindinkább rosszabbodott, a láz naponta 40°-ig emelkedett, a bal oldal infiltratioja felfelé terjedt és pár hét múlva a beteg meghalt.



8. H. E. 43 éves napszámosnő. Hereditast nem említ. Körülbelül kilencz hó óta köhög, egy ízben vért köpött.

Mindkét esücs felett mérsékelt tompulat. A jobb tövis felett határozatlan légzés, a bal esücs felett gyér számban szörtyzörejek. (Infiltr. apicum.) Mérsékelt köhög, kevés genyes-nyákos köpetet ürít, benne gyér számban tuberculosis-bacillusok. Éjjel nem izzad. Étvágy csekély, láztalan.

A kezelés első heteiben a köhögés minimalis, köpet csaknem semmi. Étvágy javul. Éjjel jól alszik. A kezelés ötödik hetében ismét erősen kezd köhögni, úgy hogy néha köhögés közben hány. Pár nap múlva e tünetek ismét visszafejlődnek; szörtyzörejek nem hallhatók. A harmadik hó végén a betegnél délutáni hőemelkedések jelentkeznek (38.5°-ig), köhögés mérsékelt vagy semmi. Étvágy esökken. Pár hét múlva a lázak 39°-on felüliek, köhögés gyakoribbá válik, köpet bővebb, genyes-nyákos; tuberculosis-bacillusok nagyobb számban találhatók. A tompulat a jobb tüdőcsücs felett intensívebb, szörtyzörejek mindkét esücs felett nagyobb számban jelentkeznek. A következő hetekben hasmenések lépnek fel, melyek alig szüntethetők. Gyors legyengülés és lesoványodás kíséri e tüneteket. Négy és 1/2 havi kezelés után ily körülmények között a belégzések abbahagyattak, a beteg más szobába tétetett át, hol pár hét múlva kimerülésben meghalt.

9. M. L.-né 36 éves, hivatalnok neje. Hereditast nem említ. Körülbelül egy év óta köhög, három hó óta rekedt.

Mindkét esücs felett intenzív tompulat, hörgi légzés számos esengő szörtyzörejjel. (Infiltr. apicum; perichondritis arytaenoidea lat. utr.)

Sokat köhög, főleg éjjel, mérsékelt mennyiségű genyes köpetet ürít, a köpetben sok tuberculosis-bacillus. Étvágy minimalis. Gyenge. Intermittens lázak (39°-ig).

A belégzések kezdetben heves reactioval járnak: erős égető érzés a garatban és gégében, heves köhögési inger. Pár nap múlva e reactio szűnik, a beteg a belégzéseket jól tűri, éjjeli nyugodtabb. Közérzete az első hat héten át határozottan javul; kevesebbet köhög és köp, a szörtyzörejek a tüdők felett jóval gyérebbek, de a tompulati viszonyok változatlanok. Lázak naponta, de néha napokon át nem magasabbak 38°-nál (kezelés előtt állandóan 39° körül); étvágy sokkal jobb. A kannapozzok duzzanata pár heti kezelés után kifejezetten esökkent, de teljesen vissza nem fejlődött.

A kezelés harmadik havában a hőmérsék ismét emelkedni kezd, a köhögés gyakoribbá válik, a szörtyzörejek szaporodnak, étvágy esökken, erőbeli állapot rohamosan fogy. Három havi kezelés után a beteg más szobába tétetik át, hol rövid idő múlva kimerülésben meghal.

A 10. eset (K. E. 45 éves napszámosnő) egy 2 1/2 év óta fennálló bronchitis diffusa esete. A beteg ez idő óta állandóan igen sokat köhög és igen sok sűrű genyes-nyákos köpetet ürít nehezen. A köpetben Koch-féle bacillusok többszörös vizsgálatnál sem találtak.

Ezen beteg legtovább, több mint hat hónapon át állott kezelés alatt. Két-három heti kezelés után a köhögés kifejezetten esökkent, az expectoratio könnyebbé vált, az éjjeleket sokkal nyugodtabban töltötte (azelőtt egész éjjeleken át nem aludt). A jobb közérzettel lépést tartott a szörtyzörejek számának jelentékeny megkevesbbedése. De a pár heti javulást ismét rosszabbodás váltotta fel, a köhögés újból gyakori és kínzó lett, bár az expectoratio állandóan könnyebbnek mutatkozott. A hat hónapon át tartó kezelés alatt ekként váltakozó közérzet mellett a catarrhus objectiv jelei is váltakozva, hol javulást, hol rosszabbodást mutatnak.

Összegezve az igazol-belégzések alatt a betegeknek észlelt jelenségeket, tapasztalataim a következőkben említhetők fel:

1. A köhögés intenzitása és gyakorisága csaknem valamennyi esetben előnyösen befolyásoltatott. Ezen előnyös befolyás némely esetben huzamos, sőt állandó, más esetekben csak időleges, átmeneti volt. A tartós befolyás csaknem kivétel nélkül a könnyebb esetekben volt észlelhető.

2. A csökkent köhögéssel mindig lépést tartott az expectoratio könnyebbé válása, ezzel pedig a hurutos zörejek megkevesbbedése.

3. Az étvágyat a belégzések a legtöbb esetben igen előnyösen befolyásolták.

4. Az alvás a belégzések után nyugodt, üdítő. Különösen feltűnő volt ez némely betegnél, a kik azelőtt az éjjeleket a kínzó köhögés miatt nyugtalanul töltötték.

Nem lehetett azonban befolyást constataálni az észlelt esetekben: sem a tüdőkben jelenlevő tompulati viszonyokra, sem a lázra, sem pedig a Koch-féle bacillusokra.

E tapasztalatok alapján: az igazol köhögéscsillapító, nyákoldó és az expectoratiót előmozdító szernek tekinthető, mely egy-szersmind étvágyjavító s az alvást elősegítő hatással is bír és ezek folytán megérdemli, hogy a tüdők idült catarrhalis megbetegedéseinek, a tuberculosis elváltozásokat is ideértve, további és szélesebb körű kísérletek tárgyává tétessék.

\*\*\*

Az igazolkezelésről szóló irodalmi ismertetések eddigéig kis számúak. Cervello és tanítványainak ajánló munkáin kívül két dolgozatról óhajtok megemlékezni.

Az egyikben Ehrenfeld (Bécs)<sup>1</sup> számol be 34 hosszabb időn át igazollal kezelt tuberculosis-esetről.

A köhögés csillapodását, expectoratio könnyebbülését, szörtyzörejek megkevesbbedését, étvágy javulását ő is csaknem minden esetben észlelte. De ezeken kívül néhány esetben valószínűleg meglepő eredményekről is referál. Így pl. néhány esetben esücsstompulatok megszűnését, hörgi légzés eltűnését, továbbá a hőemelkedések elmaradását és a Koch-féle bacillusok eltűnését észlelte. Vannak persze az ő esetei közt is olyanok, melyek csak mérsékelt javulást mutatnak, továbbá olyanok, melyek egyáltalán nem javultak és a melyek rosszabbodtak.

Beerwald (Berlin)<sup>2</sup> igazollal kezelt 12 esetről referál. Ő is a köhögés esökkenését, expectoratio könnyebbülését, étvágy és álom javulását észlelte eseteiben. Baktericid hatását a szernek ő nem tapasztalta. Eredményei és következtetései nagyjából egyezők az enyéimmal.

Cervello az ő dolgozatában hangsúlyozza, hogy az igazolkezelés mellett nagy súly fektetendő a betegek hygiénés diaetikus kezelésére. Ez a mai felfogásunk szerint tüdőtuberculosisnál csakugyan fontos momentum, a melynek hiánya kétségkívül tekintetbe veendő az én eseteimben, a mennyiben a kórházi kezelésnél azon követelményeknek szigorúan a legjobb akarat mellett sem lehetett megfelelni.

## A teljes vér és a vérsavó lugosságának ingadozása különböző ép és kóros viszonyok között.

Közlő: Rigler Gusztáv dr., a közegészségtan ny. r. tanára Kolozsvárt. (Folytatás.)

III.

Ha a beteg állat vérenek és vérsavójának viszonyait, ingadozásait a valóságnak megfelelően tanulmányozni akarjuk, úgy munkánkat az ép állatok vérenek és vérsavójának vizsgálatával kell kezdenünk. Hogy az ilyenféle kutatásoknál csupán nagyszámú kísérletből szabad következtetést levonni, azt tudja mindenki, a ki ilyféle munkával foglalkozik. Az alábbiakban elég tekintélyes számú: 300 darab kísérleti állatról számolok be, de azért már itt megjegyzem, sem ezen 300 állatkísérlet, sem a végzett és 2000-et felülhaladó títrálással nem tartom a kérdést megoldottnak.

\*\*\*

Az ép állatok vérenek alkalicitását eddig tanulmányozó kutatók munkáiban rendszeresen megtalálhatjuk az úgynevezett átlagos számokat s ezek mellett adatokat arra, hogy a vér, illetve vérsavó lugossága miképpen változik kor, súly, állatfaj és nem stb. szerint.

Kísérleteimnél felhasznált nagy számú és 12 fajhoz tartozó állat súlyát, teljes vérenek és vérsavójának lugosságát a következő (4.) táblázat 2., 3., 4. oszlopa mutatja. Hozzájuk esatoltam még egy számításból nyert számoszlopot is, a melyből azt tudjuk meg,

<sup>1</sup> Wiener med. Wochenschrift. 1901. 3-5. sz.

<sup>2</sup> Therap. Monatshefte. 1901. 2. füzet.



hogy a vérsavó lugossága hány százaléka a teljes vér lugosságának. Érdekesekek tartottam e számokat, mert eddig ilyeneket részletesen közölve az irodalomban nem tatáltam és mert ezek bizonyítják a legjobban azon rendkívüli változatosságot, a mely az egyes individuumok vére között nem csupán a lugosságban, hanem az egész szövetvényes vegyi összetétel tekintetében is kétségen kívül fennáll, ha e változatosságot előidéző okokat mai tudásunk nem is fejt meg.

4. tábla.

*Ép állatok teljes vérének és vérsavójának lugossága.*

Sorszám	Az állat súlya	1 gm. = cm <sup>2</sup> $\frac{1}{100}$ H <sub>2</sub> SO <sub>4</sub> vérnél savónál	Savó lugossága %-a a vérének	Sorszám	Az állat súlya	1 gm. = cm <sup>2</sup> $\frac{1}{100}$ H <sub>2</sub> SO <sub>4</sub> vérnél savónál	Savó lugossága %-a a vérének		
n y ú l									
1	1500	3.00	1.50	50.0	63	2500	2.79	1.53	54.8
2	1950	3.63	1.50	41.2	64	3600	3.88	1.67	43.0
3	1650	3.41	1.78	52.2	n y ú l				
4	2100	3.81	1.36	35.7	65	1700	3.71	2.32	62.5
5	1870	3.01	1.15	38.2	66	1730	4.68	2.04	43.5
6	1580	2.75	1.90	69.3	67	2100	3.30	2.36	71.5
7	1852	3.04	2.10	69.0	68	2150	3.74	2.36	63.1
8	1950	4.05	2.10	51.9	69	1920	4.41	1.59	36.0
9	1670	3.63	2.125	58.6	70	2150	3.84	1.94	50.5
10	1850	3.45	2.25	65.5	71	1190	2.92	2.09	71.5
11	2010	3.59	2.55	71.0	72	2020	4.10	1.90	46.3
12	1850	3.48	2.30	66.0	73	2430	3.59	2.47	68.8
13	1650	3.73	2.325	62.3	e s i r k e				
14	1950	3.550	2.35	66.2	74	785	3.07	1.48	48.2
15	1750	3.055	2.20	72.0	75	850	3.07	2.50	81.4
16	1465	3.325	2.35	70.6	n y ú l				
17	1690	3.35	2.96	88.3	76	1240	3.32	1.95	58.7
18	1580	3.61	2.55	70.6	77	1300	3.54	2.55	72.0
19	1155	3.82	2.25	58.8	78	1460	3.47	2.35	67.7
20	1820	4.70	2.21	47.0	79	1260	3.61	2.17	60.1
21	1550	4.96	1.90	38.0	80	1700	3.81	2.41	63.2
22	2620	4.65	1.87	40.2	81	1410	3.78	2.59	68.5
23	1500	4.79	2.43	50.7	82	1490	3.44	2.31	67.1
24	1850	4.55	1.88	41.3	83	1260	3.47	1.99	54.1
25	1230	4.81	1.88	39.0	84	1220	3.28	2.32	70.7
26	1150	3.67	2.14	58.3	85	1560	3.51	1.85	52.7
27	1380	3.85	1.89	49.0	86	1540	4.59	2.13	46.4
28	1750	3.54	1.67	47.1	87	1290	3.43	2.62	76.3
29	750	5.13	2.16	42.1	88	1500	3.17	2.89	91.1
30	2000	3.26	1.92	58.8	89	1570	3.31	2.54	76.7
31	1570	4.47	2.36	52.8	90	1390	3.51	2.19	62.3
32	1470	3.89	1.98	50.9	91	1350	3.87	2.39	61.7
33	1350	4.22	2.15	50.9	92	1420	4.34	2.32	53.4
34	2120	3.88	2.10	54.1	93	1580	4.00	1.57	39.1
35	1550	4.38	1.70	38.8	94	1210	3.91	2.54	64.9
36	2650	2.40	—	—	95	1430	3.91	2.12	54.2
37	2000	3.72	1.90	51.0	96	1440	4.18	2.29	54.7
38	1550	3.09	2.19	70.9	97	1570	2.89	—	—
39	1700	3.05	2.16	70.7	98	1340	2.82	2.14	75.8
40	1800	3.52	—	—	99	1580	4.18	2.19	66.0
41	1650	3.58	1.81	50.5	100	1570	3.03	2.27	74.9
42	1280	3.88	1.95	50.2	101	1200	4.73	2.68	56.6
43	1320	5.44	2.53	55.6	102	1580	3.39	2.50	73.7
44	1370	4.55	2.14	47.0	103	1470	3.12	2.12	67.9
45	1490	5.10	2.62	51.3	104	1470	3.12	2.12	67.9
46	1350	4.13	2.62	63.4	105	1640	3.61	2.06	57.0
47	1450	4.88	2.23	45.7	106	1430	3.24	2.60	80.2
48	1570	4.55	2.50	54.9	107	1320	3.63	2.65	73.0
t e n g e r i m a l a c z									
49	98	2.56	1.74	67.9	108	1340	3.43	—	—
50	105	—	1.77	—	109	1400	3.10	2.60	83.8
51	350	2.17	1.77	81.5	110	1380	3.00	2.53	84.3
g a l a m b									
52	—	3.25	2.24	68.9	111	1620	3.03	2.85	94.0
53	—	3.19	2.25	70.5	112	1570	3.11	2.84	91.3
54	—	3.08	2.04	66.2	113	1720	3.19	2.15	67.4
e s i r k e									
55	950	3.55	—	—	114	1420	3.00	2.28	76.0
56	760	2.93	1.92	65.5	k u t y a				
57	850	2.75	1.54	56.0	115	7200	3.81	1.63	58.0
k á c s a									
58	1560	3.13	1.725	55.1	n y ú l				
f e h é r e g é r									
59	—	2.98	—	—	116	2280	2.36	2.12	89.0
60	—	2.63	—	—	117	1890	3.67	1.92	52.3
61	—	2.65	—	—	118	1640	3.47	1.87	53.9
62	—	3.16	—	—	119	2170	3.14	1.75	55.7
					120	2000	4.35	2.04	46.9
					121	1910	3.31	2.01	60.7
					122	1780	3.30	2.18	66.0
					123	1750	3.04	2.10	69.0
					124	1840	3.04	1.99	65.4

Sorszám	Az állat súlya	1 gm. = cm <sup>2</sup> $\frac{1}{100}$ H <sub>2</sub> SO <sub>4</sub> vérnél savónál	Savó lugossága %-a a vérének	Sorszám	Az állat súlya	1 gm. = cm <sup>2</sup> $\frac{1}{100}$ H <sub>2</sub> SO <sub>4</sub> vérnél savónál	Savó lugossága %-a a vérének		
u y ú l									
125	1640	3.05	2.07	67.8	194	1340	3.675	1.94	52.7
126	1780	3.12	2.27	72.7	195	1590	3.12	2.01	64.4
127	2180	3.19	2.33	73.0	196	1140	3.23	—	—
128	1870	2.95	1.94	65.5	197	1570	3.32	—	—
129	1950	3.53	2.13	60.3	198	2010	2.94	1.97	67.0
130	2140	2.90	2.13	73.4	199	1460	3.10	—	—
131	1910	2.98	1.94	65.1	200	1130	3.13	1.92	61.3
132	2160	3.11	2.17	69.7	201	1280	2.78	—	—
133	1760	3.00	2.17	72.3	202	1630	3.06	—	—
h á z i e g é r									
134	12	3.75	—	—	203	2050	3.22	—	—
135	13.5	3.33	—	—	204	1400	3.33	1.83	54.9
136	11.6	3.07	—	—	205	830	3.30	2.00	60.6
137	14.1	4.06	—	—	206	1120	3.46	2.01	58.1
v e r é b									
138	20	3.35	—	—	207	1180	3.43	2.07	60.3
139	18.5	4.00	—	—	208	1650	3.20	2.05	64.0
140	17	3.24	—	—	l ó				
141	17.8	3.73	—	—	209	—	2.79	1.81	64.8
142	20.5	3.48	—	—	n y ú l				
143	19.5	4.44	—	—	210	1830	2.56	1.82	71.1
144	17.5	3.40	—	—	211	880	2.51	2.05	81.3
p a c s i r t a									
145	29	2.67	—	—	212	1790	3.12	1.90	60.9
146	30.5	2.91	—	—	213	1290	2.97	2.00	67.3
h á z i e g é r									
147	11.5	3.55	—	—	214	1580	2.47	2.17	87.8
148	12.1	3.85	—	—	215	880	2.95	2.13	72.2
k u t y a									
149	9800	3.33	1.95	58.5	p a t k á n y				
m a c s k a									
150	3500	3.75	2.175	58.0	216	90	2.17	1.75	80.6
g a l a m b									
151	250	3.58	2.19	61.1	217	92	3.03	2.25	74.2
152	310	3.41	2.05	60.1	m a r h a				
153	296	3.71	2.15	57.9	218	—	3.08	1.88	61.0
n y ú l									
154	2000	2.79	2.07	74.2	219	—	3.03	1.77	58.4
155	1150	3.03	2.04	67.3	220	—	2.85	2.17	76.1
156	1350	3.03	2.21	72.9	221	—	3.17	2.26	71.3
157	1670	3.02	2.14	70.8	s z o p ó s b o r j ú				
158	850	2.94	2.06	70.0	222	—	2.93	2.11	72.0
159	1400	2.89	2.03	70.2	223	—	2.83	1.96	69.2
160	1750	2.95	2.07	70.1	224	—	2.91	2.05	70.4
161	1450	3.67	2.23	60.7	225	—	3.15	2.07	65.7
162	1520	3.06	1.95	63.7	226	—	3.10	2.15	69.3
163	1920	3.13	1.94	61.9	m a r h a				
164	1720	3.45	1.82	52.8	227	—	3.20	2.23	69.6
165	1290	3.30	2.05	62.1	228	—	3.13	2.03	64.8
166	1210	3.40	1.60	47.0	229	—	2.96	2.06	69.5
167	1200	3.16	2.00	63.2	b i r k a				
168	1550	3.28	2.09	63.7	230	—	3.26	2.26	69.3
169	1800	3.18	1.93	60.7	231	—	3.55	2.12	59.7
170	1100	3.49	2.14	61.3	232	—	3.68	1.95	52.9
171	1580	2.89	1.95	67.4	233	—	3.58	1.93	53.9
172	1300	3.45	2.03	60.2	234	—	3.33	2.00	60.0
173	1380	3.36	2.11	62.7	235	—	2.64	1.92	72.7
174	930	3.41	2.05	60.1	p a t k á n y				
175	1620	3.18	2.00	62.9	236	95	2.34	2.19	93.5
176	1200	3.50	2.23	63.7	n y ú l				
177	1200	3.25	2.06	63.3	237	1510	2.73	1.875	68.6
s á r m á n y									
178	29.0	3.08	—	—	238	880	3.2	1.91	59.6
179	29.5	2.78	—	—	239	1130	3.12	1.84	58.9
180	30.0	2.85	—	—	240	1250	2.61	1.96	75.1
181	30.5	2.47	—	—	241	1450	2.61	1.90	72.7
182	29.5	2.53	—	—	242	700	2.93	2.17	74.0
183	30.0	2.63	—	—	243	1170	3.00	1.90	63.3
184	30.6	2.77	—	—	244	870	3.13	1.92	61.3
185	20.5	2.12	—	—	245	1100	2.95	2.30	77.9
n y ú l									
186	1430	3.44	1.79	52.0	246	1500			



Sorszám	Az állat súlya	1 gm. = cm <sup>3</sup> 1/50 H <sub>2</sub> SO <sub>4</sub> vérnél savónál		Savó- lugos- sága %-a a vérenek	Sorszám	Az állat súlya	1 gm. = cm <sup>3</sup> 1/50 H <sub>2</sub> SO <sub>4</sub> vérnél savónál		Savó- lugos- sága %-a a vérenek
		n	y				ú	l	
265	900	2.90	2.01	69.3	283	1190	2.88	1.54	53.4
266	850	3.20	2.08	65.0	284	1000	3.24	1.90	58.6
267	690	2.70	1.70	62.9	285	1270	2.72	2.02	74.2
268	690	2.30	—	—	286	1080	2.82	1.85	65.6
269	1040	2.80	1.68	60.0	287	1170	3.04	1.90	62.5
270	1740	2.64	1.75	66.2	288	1100	2.94	1.71	58.1
271	550	3.12	—	—	289	1600	2.70	1.00	62.2
272	500	2.69	—	—	290	850	2.89	1.94	67.1
273	1420	2.81	1.88	61.8	291	1300	2.86	1.95	68.1
274	790	3.04	1.92	63.1	292	950	2.69	2.05	76.5
275	645	2.69	1.80	66.9	293	700	2.50	2.13	85.2
276	1410	2.66	1.92	72.1	294	1650	2.34	2.02	86.3
277	710	2.84	2.00	70.4	295	1320	2.43	2.05	84.3
278	820	2.71	1.64	60.5	296	900	2.85	1.87	65.6
279	1190	2.62	1.62	61.8	297	1490	2.92	1.80	61.6
280	1200	2.59	1.90	73.3	298	1800	2.54	1.95	76.7
281	620	2.87	1.74	60.6	299	830	2.61	2.15	82.3
282	1450	3.00	1.92	64.0	300	1870	2.58	2.00	77.5

Ezen táblázatból kitűnik első sorban az, hogy ugyanazon állatfajhoz tartozó egyedek teljes véreinek és vérsavójának lugossága is tág határok között változik. Az állatfajokra vonatkozólag nem lehet állítani, hogy — legalább is a vizsgált 12 közül — valamelyik az alkalicitás kiváló magasságával vagy alacsonyágával tűnnék ki a többi közül.

Sőt még azt sem mondhatom, hogy az én kísérleti állataimnál a súly (kor) és az alkalicitás között olynemű összefüggés volna kimutatható, hogy pl. a nagyobb súlyú állat teljes vére, avagy vérsavójának lugossága ceteris paribus nagyobb, mint a könnyebb (fiatalabb) állatoké.

Mert ha a táblázatban csupán a szám szerint túlnyomó nyulakról tájékoztató rovatokat is tekintjük át, azonnal feltűnik, hogy a teljes vérnél a maximális lugosságot: 5.44-et a közepes súlyú, 1320 gm.-os 43. számúnál, a minimumot pedig 2.30-dal egyszer a 690 gm.-os 268-as számúnál, máskor pedig 2.34-el az 1650 gm.-os 294-esnél találjuk. A vérsavó hasonlóan viselkedik, mert maximumát 2.96-dal a 17. számú 1690 gm.-os súlyú nyúl mutatja, a minimumot pedig 1.15-dal az 1870 gm.-os 5. számú nyúlnál észlelhetjük. Hiába való lesz a fáradságunk, ha az átlagokat is keressük. Azokban a súlylyal összefüggő szabályosságot kimutatni nem leszünk képesek.

Épen azért a magam részéről úgy az ép, mint a beteg állatoknál, valamint a beteg embereknél is az ilyen átlagszámok különös hangsúlyozását kerülni fogom, mert az irodalomban a beteg embereknél végzett 1—1 vérvizsgálatból olyan következtetéseket látok levezetve, a melyek, mert alapjuk nincsen, nem jogosak és csak félreértésekre adnak alkalmat.

Épen ilyen hibás volna, a mi legalább az én kísérleti állataimat illeti, a teljes vér nagy lugossági fokából akár abszolút, akár relatív értelemben magas vérsavó-lugosságra következtetni és viszont. Mindezek tudatában nem esodálkoztunk azon sem, hogy a teljes vér és a vérsavó alkalicitásának, az előbbi százalékában kifejezett legmagasabb és legalacsonyabb értékeit is máshol találjuk, mint a hol előre várjuk. Így a maximumot 91.1%-kal 1500 gm. súlyú olyan nyúlnál (88. számú) látjuk, a melynek teljes vére 3.17, vérsavója pedig 2.89 cm<sup>3</sup> 1/50 H<sub>2</sub> SO<sub>4</sub> vegyi alkalicitást mutat. A minimumot 35.7%-kal pedig olyannál (4. számú), a melynek súlya 2100 gm, a teljes vére alkalicitása 3.81, a vérsavónak pedig 1.36 1/50 n. H<sub>2</sub>SO<sub>4</sub>-nek felel meg. E rovatban is hiába keressünk valami szabályosságra mutató átlag-számokat; olyanokat itt sem találhatnánk.

Azt kell tehát hinnem és mondanom, hogy azon 300 állatnál, a melynek vérevel dolgoztam, a súly (kor) nem döntő befolyású arra, milyen magas a teljes vér és vérsavó alkalicitása s milyen a kettő egymás között való viszonya. Sőt az állatok faja sem mutat kísérleteimnél valami feltűnő befolyást a vér lugosságára, a mennyiben azon értékeket és ingadozásokat, a melyeket a nyulaknál láttunk, tapasztalhatjuk a többi 11 fajú állat véreénél is.

Csak egy bizonyos. És ez az, hogy minden ép állat teljes vére sokkal lugosabb, vagy helyesebben mondva, sokkal több savat képes megkötni, mint ugyanazon állat vérsavója.

\* \* \*

Említettem már fentebb, hogy hibásnak tartom azt, ha valaki egy állatnak (vagy egy embernek) egyszer végrehajtott vérvizsgálatából akar következtetést levonni.

Ez a véleményem magával hozta azt, hogy mielőtt a különféle betegségeket okozó és gyógyító anyagoknak a kísérleti állatok teljes vére és vérsavója lugosságára gyakorolt hatását vizsgáltam volna, előbb ép állatoknál figyeltem meg hosszabb időn át azt, vajjon a teljes vér és vérsavó lugossága mutat-e ingadozásokat s ha igen, mily fokúak ezek.

Mondanom sem kell talán, hogy az összes vérvételeket úgy ezeknél, mint a többi állatoknál, mindenkor a napnak azonos szakában, sőt órájában (d. e. 8—10-ig), az állatok első etetése után 1—2 órával végeztem. Az állatok ugyanazon ételt kapták az egész idő alatt.

(Folytatása következik.)

## Végső szó Bauer Lajos dr. egyetemi tanársegéd válaszára.

Neubauer Adolf dr. fül- és gégeorvostól.

Bauer dr.-nak az Orvosi Hetilap 24. számában megjelent válaszára, nehogy a „qui tacet consentire videtur“ reám vonatkozhassék, kénytelen vagyok a következtetéseket megjegyezni: Bauer dr.-nak közleményében használt „szakkörök“ elnevezés alatt magam, és mint volt alkalmam meggyőződni, mások is a szakterülettel foglalkozó orvosokat értették. Az O. H. 23. számában közölt megjegyzéseimmel ezen szakkörök ellen felhozott vádat akartam megdönteni. Bauer dr.-nak az O. H. 24. számában tett kijelentése után — hogy ő, midőn a szakkörökről beszélt, akkor nem az általam értelmezett szakköröket, hanem a nagy orvosi közönséget értette — tárgyalanná válik Bauer dr.-nak a szakkörök ellen felhozott vádjá. Megjegyzéseimben kifogásoltam, hogy Bauer dr. a gyermekkori vegetatióknál a nehezített orrlégzést másodlagos tünet gyanánt szerepeltette, holott tapasztalati tény, hogy ez elsődleges tünet és az összes fülészeti és orrgyógyászati tankönyvek is annak említik. Bauer dr. válaszában felhozott érveivel szemben, hogy egyrészt a „Stefánia“-gyermekkorházi felfogásból kifolyólag csak a közvetlen általuk tapasztalt és észlelt megfigyelésekből szoktak kiindulni, másrészt, a mennyire vissza tud emlékezni az általa látott gyermekkori vegetatiókra és a szülők által említett panaszra, csak kis százalékban volt a nehezített légzés a főpanasz: én a mások által tapasztalt és leírt tényeket a közvetlen általam tapasztalt és észlelt megfigyelésekkel egybevetve, Bauer dr. érvelése után is csak a már említett álláspontomat foglalom el: hogy a gyermekkori vegetatióknál a nehezített légzés, mint legfontosabb tünet az első helyet foglalja el. A mütét kivételét illetően is mások tapasztalatait a saját tapasztalataimmal egybevetve, fenn kell tartanom állításomat, hogy a mütétnél a gyermek fejét nem kell lefelé hajlítani, sőt ellenkezőleg, a segéd a gyermeknek kissé hátra hajlított fejét a saját melléhez szorítja. Szerény véleményem szerint a Bauer dr. által leírt ama eljárás „a metszés pillanatában bal kézzel a beteg fejét előrehajlítani és ezzel a késnek ivszerű mozgását mintegy pótolni“ minden sebészeti eljárással ellenkezik, mert a mütő kéznek kell az activ mozgásokat végezni, míg az operálandó testrészt fixálandó!

## T Á R C Z A.

### A párisi új gyermekkorházak.

A sors csapásai ritkán járnak egyedül. A szegénység, a nyomor, az elhagyatottság szomorú triasához leggyakrabban társul negyediknek a betegség. A modern társadalom, a közjótékonyosság, de első sorban az állami és törvényhatósági gondoskodás, ha a sorsüldözött beteg embernek segítséget nyújt, nemcsak bántalmát akarja meggyógyítani, de betegségének tartamára igyekszik megszerezni neki minden életszükségletet, kényelmet és némi jólétet. Ez eszmék végrehajtó közegei: a kórházat építő szakemberek, a hygiene minden legújabb vívmányát alkalmazásba veszik, értékesítik; a kórházi szolgálat, a betegápolás ügyét szervezők a lehetőség határain belül megteszik mindazon intézkedéseket, melyekkel a betegség és nem ritkán halál e szomorúnak, kietlennek tartott csarnokai otthonosabbak, kedvesebbek lesznek. Gondoskodnak arról, hogy a beteg szegény ember az állam, a törvényhatóság vagy a közjótékonyosság jóvoltából a legnagyobb gondtal ápoltsáék; hogy hozzá jusson a legjobb betegápolási eszközökhöz, hogy élvezze a költséget nem kimélő beteg-konyha tápláló, életet és erőt adó, izletes főztjét és hamisítatlan jó borait.

Minden újonnan épült vagy modernül berendezett és szervezett régi kórház megtekintésénél ez eszmék foglalkoztatják a szemlélőt.

A gyermekkorházak tiszta, világos, eszinosan bebutorozott és felszerelt kórtermeiben alig egy-két ágyban találunk súlyosabb bántalom kinjaiban gyötrődő nagybeteg gyermeket. Nem egy helyütt az élet-halál harcát vívó oldalán ott látjuk a betegápolásban résztvevő anyát, avagy az őt testtel-lélekkel helyettesítő betegápolót, esetleg irgalmas testvért. A lábadozó gyermekek a játékszobában vagy a kertben pajkoskodnak. E kép láttára azt hisszük, hogy csak az emberszeretet,



a jótékonyág emeli, nagyobbítja és tartja fenn a gyógyintézeteket, melyekkel a nagy gyermekhalandóság ellen igyekeznek sikerrel küzdeni. Nem gondolunk arra, hogy az állameszme, nagy nemzetgazdasági érdekek kívánják meg azt, hogy minden állampolgár, ha még csak gyermek is, megtartassék az életnek.

Ha valahol, úgy Franciaországban létkérdés, hogy ez eszme tért hódítson. A depopulatio szomorú korszakában minden gyermek élete értékes lett az államnak. A különböző életveszélyes betegségekben színlődő gyermekek megmentését ma már nem biztatja a társadalom, a közjótékonyág ki nem elégítő segítségére. Az állam, a városok és törvényhatóságok erkölcsi kötelessége, vitalis érdeke, hogy költséget nem kímélve megtegyék mindazt, a mi a gyermekhalandóság nagy százalékait kisebbiteni képes. E szükségleteknek, a városi és állami érdekeknek akart eleget tenni Páris városa, illetve az „Assistance publique“, midőn a százados régi *Trousseau*-kórház helyett három új gyermekkórházat épített.

Egymástól távol eső három külvárosban épültek az új gyermekkórházak. Az egyik *Trousseau* halhatatlanságát biztosítja, a másikkal *Bretonneau* emléket tisztelték meg, a harmadikkal *Herold*-nak, a város egykori nagy érdemeit szerzett préfetjének nevét örökítették meg. Közel 5 millió frankba került az 584 gyermeket befogadni képes kórházak felépítése.

Az egyes kórházakban külön-külön épületben találnak helyet a belső és sebészi betegek, a kanyarósak, vörhenyesek, diphtheriások, hökhurutosak, valamint azok, kik valamely egyelőre meg nem határozható fertőző kór lappangási időszakában vannak. A csecsemőket is más épületben gondozzák. A rendeléseket egy külön épületben tartják. A sebészeti rendelészoba mellett a járólagos műtétek, nemkülönben az orthopaedikus kezelés számára vannak külön berendezett termek. A hivatalos ügykezelésnek, gyógytárnak, lakásoknak, gazdasági szükségleteknek, fertőtlenítésnek stb. több különálló épület jut. Természetes, hogy a yers téglából igen csinosan épített, tágas, díszes kertben fekvő házak belső berendezésében mindenütt a könnyű tisztántarthatóság, világosság és jó szellőztetés elvét vitték keresztül. A közelmúltban a székes főváros oly mintaszertfen berendezett új kórházakkal és egyetemi kórodákkal gazdagodott, hogy ezeket ismerve, semmi ezekből hiányzó vagy az ott levőknél megfelelőbb berendezést, illetve tárgyat nem találtam. A francia jó ízlést dicséri, hogy egyik-másik kórteremben az ágyoszlopokhoz művirágcsokrokat kötöttek. A kórtermek, de kivált a játszószobák ablakait izléses üvegfestmények díszítik. A kórtermeket tisztított meleg levegővel fűtik. A francia lakás otthonosságához tartozó kandalló a kórtermekből sem hiányzik. Mindezek s hasonlóak a kórházi élet komor világába némi kedélyes hangulatot varázsolnak.

Körülbelül ugyanilyenek, esetleg kevésbé kifogástalan, nem ily modern berendezésűek a máshol látott új vagy legújabb gyermekkórházak. A kórtermek beosztása, az egyes betegek elhelyezésének módja az, a mi eltérő a külföldön és nálunk meglevő más gyermekkórházakban szokásostól. Hogy kellőleg kiemeljem a párisi gyermekkórházi berendezések megváltozottságát, ezért szó szerint idézem azon szavakat, melyeket I. Ferencz francia király egy kórház látogatása alkalmával mondott: „On voit ici huit, dix et douze pauvres en un lit seul, si très pressés que c'est grand' pitié de les veoir...“ Ma nemcsak hogy nem szorong nyolcz, tíz, tizenkét gyermek egy felnőtt ágyában, hanem ellenkezőleg az új gyermekkórházakban úgyszólván majd minden gyermek külön-külön szobában is fekszik. Még a közös kórtermekben is közel a mennyezetig érő üvegfalakkal elkülönített fülkékbe helyeztetnek el egyrészt az új betegek, másrészt azok, kiknek betegsége esetleg fertőző természetű lehet. Minden oly megbetegedés, melynek aetiologiájában a fertőzés szerepet játszhat, ily természetűnek tekintetik. A heveny fertőző kórokban szenvedők vagy közvetlenül a felvételtkor, vagy ha más betegséggel vétek fel, úgy az illető kórterem fülkéjéből — boxából — áttétel útján jutnak a heveny fertőző betegek pavillonjaiba. Ha valamely beteg részleges elkülönítése csak legkevésbé is kívánatos és a boxok el vannak foglalva, olyankor az ágyat embernél magasabb, lemosható, fényezett fémpántok közé foglalt, vastag üveglemezektől készített spanyolfallal veszik körül. A diphtheria- és morbilli-pavillon, nemkülönben a heveny fertőző kórokra gyanusak kórtermei egymástól teljesen elkülönített, a mennyezetig érő üvegfalakkal képezett, egy beteget befogadó, egymás mellé sorakozó fülkékből állanak. Minden egyes fülkében vízvezetéki csap, fertőtlenítő folyadékokkal felszerelt mosdóasztal és 2—3 vászonkabát van. A ki a fülkébe lép, az felveszi az ott lógó kabátot. Kimenetel előtt kezeit megmossa és megfertőtleníti, a vászonkabátot leveti. Minden egyes beteg után a fülkéket nedves formaldehyd-gőzökkel fertőtlenítik. Az ágyat és a szobaberendezést sublimattal lemosják. Az ágyneműk a gőzsterilisátorba kerülnek. Minden egyes beteg asztali készletét minden étkezés után fertőtlenítik. A fülkék kellő szellőztetéséről gondoskodtak; kétségtelen, hogy egyiket-másikat egy kicsit túlszűkre tervezték.

Az ismertett intőzkedések pontos betartására nagyon ügyelnek. Természetes, hogy ily berendezés mellett jelentékenyen szaporítani kellett az ápoló személyzetet. Az 584 beteg gyermek körül összesen 372 egyén foglalkozkodik. Nem szorul bizonyításra az sem, hogy az egyes betegek ápolási költsége, már csak a nagyszámú helyiségek fűtése, szellőztetése, tisztán tartása miatt is jóval nagyobb lett. Az „Assistance publique“ mégis örömmel hozta és hozza meg ez anyagi áldozatokat, mert *Grancher* tanár és kórházi főorvos társainak anyezides tapasztalatai bebizonyították a *box system*-jű kórházi berendezés szükségességét, helyességét és nélkülözhetetlenségét. A gyermekkórházak ezéjűknak, hogy a betegek életét megmentésék, csak így felelhetnek meg; csak így kerül-

hetők ki sikeresen a kórházi fertőzések, melyek a közelmúltig a gyermekkórházak halálzási statistikájában a legfontosabb szerepet játszották.

Az ismertett párisi új gyermekkórházak a legutóbbi napokban adattak át a közhasználatnak.

Torday Ferencz dr.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

#### A verőerobliteratióból származó időszakos sántításról.

Közli: Kollarits Jenő dr. II. belklinikai gyakornok.

Irodalom. 1. *Charcot*: Sur la claudication intermittente observée dans un cas d'obliteration complète de l'une des artères iliaques primitives. Soc. de Biol. 1858. 225. l. — 2. *Charcot*: Leçon sur la claudication intermittente par obliteration artérielle. Progrès médical. 1887. 32. és 33. sz. — 3. *Charcot*: Leçons du mardi. Tome I. 4-ième leçon. 1887. decz. — 4. *Bieganski* lengyel nyelven írt munkája: A belső bajok kórisméje, lásd: 5. *Goldflam*: Über intermittirendes Hinken und Arteriitis der Beine. Deutsche med. Woch. 1895. 586. l. — 6. *Charcot*: Claudication intermittente par obliteration artérielle probable d'origine syphilitique. Bullet. méd. 1891. decz. — 7. *Nothnagel*: Mittheilung über Gefässneurosen. Berliner klin. Wochenschrift. 1867. 36. lap. — 8. *Sabourin*: Considérations sur la claudication intermittente par obliteration artérielle. Thèse de Paris, 1873. — 9. *Barth*: Obliteration complète de l'aorte. Arch. gén. de Médecine. 1835. — 10. *Magrez*: Thèse de Paris, 1892. — 11. *Levet*: Thèse de Paris, 1894. — 12. *Dutil* et *Lamy*: Arch. de méd. expér. et d'anatomie pathol. 1893. — 13. *Delanay*: Thèse de Paris, 1890. — 14. *Bourgeois*: Thèse de Paris, 1897. — 15. *Marinesco*: Sur l'angiomyopathie. Semaine médicale. 1896. 9. sz. — 16. *Elzholz*: Ueber intermittirende Gehstörung bei Gefässerkrankung. Wiener med. W. 1892. 49—50. sz. — 17. *Erb*: Über das intermittirende Hinken und andere nervöse Störungen in Folge von Gefässerkrankungen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1898. 13. k. — 18. *Erb*: Ueber Bedeutung und praktischen Wert der Prüfung der Fussarterien bei gewissen anscheinend nervösen Erkrankungen. Mittheilungen aus dem Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 1899. 505. l. — 19. *Oppenheim*: Intermittirendes Hinken und neuropathische Diathese. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 17. k. 1900. 3. és 4. f. 317. l. — 20. *Grassmann*: Beitrag zur Kenntniss der Claudication intermittente. Deutsches Arch. f. klin. Med. 66. k. 500. l. — 21. *Goldflam*: Weiteres über das intermittirende Hinken. Neurolog. Centralblatt. 1901. márczius.

Ezen tünetet az állatorvostanban már igen régen ismerték. Franciaországban *Bouley* írta le először 1831-ben, *Goubaux* tanulmányozta bővebben 1846-ban, a német állatorvosi irodalomban *Rademacher* (1838), *Bötter* (1839), *Vötsch* (1840), *Sommer* (1843) közölték idevágó észleleteiket; mindezek lovakra vonatkoztak.

Emberen először *Charcot*<sup>1</sup> figyelte meg és írta le 1856-ban, egy esetet közölve, melyben az arteria iliaca obliteratioja volt a baj okozója; újabb megfigyeléseit 1887-ben a Progrès médicalban<sup>2</sup> közölt előadásában tárgyalta, és később keddi előadásaiban<sup>3</sup> méltán panaszkodott, hogy az orvosi világ e kérdéssel mostohán bánjt el, pedig az esetek gyakoriak, és a tünetcsoport szembeszökő.

A szóban forgó kórkép abban áll, hogy a nyugalomban magát teljes egészségesnek valló beteg öt-tíz percnyi járás után előbb láb-szárában, azután czombjában fájdalmas szibadtságot, majd göresöt érez és a fájdalom tetőpontján megállani kénytelen, mire a fájdalom teljesen elmúlik, de újabb öt-tíz percnyi járás után újból előállnak ugyanezen tünetek.

Ritkábban mind a két alsó végtagot illeti a baj. Ezen rohamok alatt a láb érzéstelen, hideg és a lábszár izmainak contracturája miatt sem activ, sem passiv módon nem mozgatható, a roham elmúltával az érzés visszatér, a végtag megmelegszik, a contractura enged. Ezen rohammentes időszakban vizsgálva a beteget, feltűnik, hogy a lábszár verőerei (leginkább az art. tibialis postica, art. dorsalis pedis) nem lüktetnek.

E kórkép *Charcot* szerint arteriosclerosisban, diabetesben tapasztalható leginkább, néha az érmegbetegedés csak a láb ereire szorított e endarteriitis obliterans. Mint kóroki momentum fontos minden érmegbetegedésre vezető momentum: lues, alkohol, nicotin stb.

E szerzők megállapították a baj kórboncolástani alapját, mely a lábszár valamelyik főverőérének eldugulásában áll. Ezt többnyire vérrög, egynehányszor az arteria falában ülő aneurysma dissecans idézi elő, a mely miatt az illető ér obliterálódik és az alatta levő részekben a keringés collateralis úton történik. Nevezetes továbbá *Charcot* azon lelete, melyben a gangraena miatt amputált végtag ereinek lumenét kicsinynek, falait vastagoknak találta. *Charcot* azon nézetben volt, hogy e collateralis keringés elegendő a nyugalomban, de elégtelenül látja el az izmot annak működése közben és ez az oka annak, hogy a rohamok, melyek lényegileg ischaemiás contracturák és bénulások, épen az izom működése közben, a lábszáron tehát járás közben támadnak.

A baj felismerése gyakorlatilag nagy fontosságú, mert a beteget teljes nyugalomban tartva, nemcsak fájdalmaitól szabadítjuk meg. *Charcot* ugyanis azt észlelte, és azóta mások is tapasztalták, hogy az időszakos sántítás sokszor a végtag gangraenájában lelte befejezését és e szerencsétlenség bekövetkezését elodáznia, sőt elkerülni is lehetett a végtag pihentetésével és az alpbaj, azaz érmegbetegedés ellen irányuló kezeléssel. Felelítettük ez irányban, hogy *Charcot* egy ilyen esetében nyugalomra a kisujj gangraenája teljesen visszafejlődött, és egy másik esetében, melyben az art. poplitea nem lüktetett és a gangraena veszélye fennállott, tökéletes gyógyulás jött létre.

Ugy látszik, hogy *Bieganski*<sup>4</sup> *Charcot*-tól függetlenül egy hasonló kórformát írt le, melyet öreg egyénekben észlelt és a mely abban áll, hogy a betegek fekvő helyzetben jól használják alsó végtagjaikat, de járnai alig tudnak, ezt arteriosclerosisból származó izomlétlenségéből magyarázza. E képen azonban az izommerevség és a fáradtság állandóbb.



Természetes, hogy a test más részein is akadhatunk hasonló jelenségre, Charcot<sup>6</sup> is párhuzamot vont az angina pectoris [claudication du coeur (Potain)], arteriosclerosisos szédülés, a Berlin-féle dyslexia és az időszakos sántítás között. Egy a felső végtagon támadt esetet *Nothnagel*<sup>7</sup> irt le, 25 éves leányon ugyanis a jobb arteria axillarisban thrombosis támadt, a tünetek az illető felső végtag mozgáskor nyilvánuló gyengeségében és fájdalmas voltában állottak, ez egyszerre mind merev és hideg lett, az arteria axillaris mint kemény, nem pulzáló köteg volt kitapintható, az art. brachialis és ulnaris alig, az art. radialis egyáltalában nem lüktetett.

*Sabourin*<sup>8</sup> thésisében összefoglalta az 1873-ig közölt eseteket, melyhez sorolja *Barth*<sup>9</sup> régi közlését; ebben szívhajos egyénen az aorta abdominalis az art. femoralis elágazásáig obliterált volt, a baj első tünete időszakos sántításhoz hasonló volt. Ehhez csatlakoznak *Magrez*<sup>10</sup>, *Levet*<sup>11</sup>, *Dutil* és *Lamy*<sup>12</sup>, *Delaunay*<sup>13</sup>, *Bourgeois*<sup>14</sup>, *Marinesco*<sup>15</sup> közleményei.

*Marinesco* kórboncolástani adatai fontosak, a mennyiben az izomközötti verő- és kékerek megbetegedését írta le, az idegeket ellenben épeknek találta.

A német irodalom e kérdéstről, eltekintve *Leyden* és *Erb* a gerincvelőbetegségekről szóló könyveinek idevaló fejezeteit és *Elzholz*<sup>16</sup> nem tipusos esetekre vonatkozó közlését, hosszú ideig alig vett a kérdéstről tudomást. *Goldflam*<sup>5</sup> tovább szélesítette e baj fogalomkörét, az intermittáló sántításhoz hasonló képet ír le, mely arteriosclerosisan szenvedőkön támad és abban áll, hogy járás közben paraesthesiák támadnak az alsó végtagokon. *Goldflam* a fájdalmakat vascularis eredetűeknek tartja, szerinte az arteriák megbetegedése a bennük lévő érzőidegeket ingerli.

*Erb*<sup>17</sup> hosszabb tanulmányt szentelt ezen tárgynak és ebben számos érdekes észleletét adta elő. Egynehányszor intermittáló sántítást talált olyan esetben is, mikor az arteria obliteratioja nem volt megállapítható és ezért arra gondol, a mit már *Goldflam* is megemlített, hogy ilyenkor talán az izomba menő kisebb erek obliteráltak. Ezen alapos munka sok kérdés tisztázásához járul hozzá, és sok új kérdést is felvet.

Mínt hogy a kórisme felállítása részben a láb verőérliktetésének hiányán is alapul, 700 egészséges és beteg egyént, kik közül egyik sem szenvedett időszakos sántításban, vett vizsgálat alá a célból, hogy egészséges emberen nem fordul-e hasonló elő. Ezek közül 27-nek (4%) egyik vagy másik lábverőerőn nem volt lüktetés tapintható. E számból levonva az arteriosclerosisos öregeket, súlyos szívhajosokat, bőranomaliákat, azon eredményre jut, hogy majd minden egyéb esetben (99%-ban) jól tapintható a lábverőerek lüktetése. E vizsgálatkor arra kell ügyelnünk, hogy a lábverőérliktetést az art. radialis-éval összehasonlítsuk, hogy saját ujjunk érének lüktetését ne tévesztjük össze a beteg végtagéval, hogy vizsgálat közben a láb ne legyen hideg, az art. femoralis és poplitea ne legyenek nyomás alatt, továbbá a néha rendellenes lefutású ereket sem szabad szem elől téveszteni. Ha így vizsgálva verőérliktetést nem találunk, biztosan kóros tüneténnyel állunk szemközt. Viszont egy esete bizonyítja, hogy nagyfokú arteriosclerosisan az összes lábverőerek lüktetése hiányozhatik, a nélkül, hogy valami kellemetlen tünetet is okozna, ez azonban természetesen nem dönti meg az arteritis obliterans és az időszakos sántítás között fennálló összefüggést. Egy másik igen érdekes esetben ellenben meg volt az időszakos sántítás, de a verőerek lüktetése jól volt tapintható.

*Erb* a kórboncoltani alap, különösen az érfalváltozás megítélésére az eddigi anyagot elégségesnek nem találja és a további szövettani leletektől remél betekintést a leirt elváltozások, az érmozgató neurosók, acroparasthesiák, erythromelalgia viszonyát illetőleg. Kiemeli továbbá, hogy ha az érmegbetegedés állandó, néha az idegek, izmok, bőr, ízületek, csontok következményes elváltozására vezethet.

A tünetek létrejöttének teoriáját illetőleg *Erb* elfogadja azon tételeket, melyet *Charcot* állított fel, de e mellett még azon eshetőségre is figyelmeztet, hogy a tünetek változékonysága azzal is összefügg, hogy az érfal milyen összehúzódásban vannak. Szerinte elképzelhető volna, hogy e bajban nem jön létre a vasodilatatorok azon izgalma, mely az izom mozgásokor rendszeren előáll, sőt talán épen ellenkezőleg a vasoconstrictorok működnek és így jön létre az ischaemia. E mellett szólna az is, hogy az időszakos bénulás főleg idegbajos egyénekben, sokszor neurastheniásokon támad, ha azok erei megbetegednek, míg ellenben az arteriosclerosis egymaga azt néha létre nem hozza.

Értekes *Erb* munkájának azon része, mely a megkülönböztető kórismére vonatkozik. A tabeses fájdalmakkal, astheniás bénulással, ischiással, ízületbajokkal a szakember nem fogja összetéveszteni az időszakos sántítást. Több gondot igényel azonban a kórisme felállítása, ha Raynaud-kór, acroparasthesia, akinesia algera, erythromelalgia is szóba jöhet.

A *Raynaud-kór* nem intermittáló, inkább a felső végtagokon szék, nem függ a végtag használatától, a két baj rokonsága azonban figyelembe veendő. Az *acroparasthesia* érzőneurosis, nem függ a végtag használatától, nem intermittáló, inkább a felső végtagokat bántja, vasomotoros zavarokkal jár. Az *akinesia algera* inkább paresis, mint göres, bár mozgás közben, de nem a mozgó végtagon támad a fájdalom, itt sincs szembetűnő érmegbetegedés. Az *erythromelalgia*ban az erek erősen lüktetnek, a baj a mozgástól független; mozgászavar, feltűnő érelváltozás nincs.

A kezelés tekintetében *Erb*, valamint *Charcot* is, ha luesre van gyanú, a kénest ajánlják, alkoholt, nicotint, kávétiltanak. Sok mozgástól, erős massage-tól, erélyes hideg vagy forró vízkezeléstől, gummi-harisnya viselésétől óva intenek. Az arteriosclerosis miatt jodot ajánlanak, a meleg fürdők, begyógyulások jó hatását diésérik. *Erb* a faradés áramot nem szereti alkalmazni, a galván-áram értágító hatását ellenben

felhasználja, azonkívül az általános állapot javítását, esetleg a szív-működés emelését iparkodik elérni.

Ugyanezen tárgyat *Erb*<sup>18</sup> később újra tárgyalás alá vette. A fent említett statistikát 1000-re egészítve ki, újra azon eredményre jutott, hogy a lábverőerek pulzálása az egészséges emberek 99%-ában jól tapintható. Itt említi meg, hogy egy nem lüktető megvastagodott falú érben is lehet, bár vékony sugarú keringés.

Hogy a neuropathias diathesis fontos e bajban, azt *Oppenheim*<sup>19</sup> is bizonyítja, négy kórtörténete közül ugyanis két ízben világrahozott láb-ujjösszenővések szerepelnek, a betegek közül az egyik asthma nervosumban is szenvedett, ennek szülei pedig mindketten diabetesnek estek áldozatul. *Oppenheim* egy másik betege hysterocpilepsias volt, egy negyedik ilyen beteg dadogva beszélt, asthmás volt és irógöresben szenvedett. *Oppenheim* ez alkalommal is hangoztatni kívánja, hogy az erek működési rendellenességei szervi bajokba is átmehetnek.

Legutóbb *Grassmann*<sup>20</sup> és *Goldflam*<sup>21</sup> közölték ide vonatkozó tapasztalataikat. *Goldflam* hangsúlyozza, hogy az időszakos sántítás csak kezdeti tünet, és hogy igen hamar állhat be azon állapot, hogy a fájdalmas contracturák nemcsak járás közben, hanem nyugodt magatartáskor is előállnak. Betegeinek legnagyobb része fiatal volt, a diabetesnek szerinte kisebb a fontossága, a mennyiben 24 eset között csak egyszer észlelte, lues is csak egyszer volt felvehető. Egy esetben angina pectoris egyidejűleg állott fenn. Ő is kiemeli az ideges diathesis fontosságát, sőt több esetben testvéreken észlelte a bajt, a mi a hereditas szerepét világítja meg. A prognosis tekintetében kiemeli, hogy 27 eset között 7 vezetett gangraenára. A kezelésre vonatkozólag ugyanazon elveket vallja, mint *Charcot* és *Erb*, és felemlíti még az értágító szereket, pl. a nitroglycerin esetleges hasznos voltát.

A mondottakból kiviláglik, mennyire fontos az időszakos sántítás helyes felismerése, minthogy az az érobliteratio veszélyére figyelmeztet, melynek következményeit helyes kezeléssel, azaz abszolút nyugalommal és értágító szerekekkel, meleg fürdőkkel elkerülni lehet.

## Könyvismertetés.

Lehrbuch der Ohrenheilkunde von Dr. Victor Urbantschitsch, a. o. Professor für Ohrenheilkunde an der k. k. Universität zu Wien. IV. Auflage. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Wien u. Berlin. 1901.

Nem idegen jövővényt, hanem új ruhába öltöztetett régi jó barátot üdvözlünk Urbantschitsch tanár tankönyvében, ki bölcs tanácsaival a fülészeti szövevényes útjain hű társunkul szegődik.

Varázs fekszik ezen tankönyvben, mint írójának személyiségében egyaránt, és ki mindkettőjük búvkörében van, a classikus görögök egészséges fogalmára a „*ὑγιεινὴ ἀκοὴ*”-ra gondol, a szépségre és jóságra egy fogalomban. Jó és tartalmas a belseje és szép a külső formája és nyelve.

Ha e mellett áttekintjük a nagy utat, melyet a modern fülészeti az utolsó évtizedekben átfutott, ezen orvosi tudományág egyik apostolának, Tröltsh tanárnak szava élénkül fel emlékeztünkben, ki alig egy nemzedék előtt mondotta: „Alig mult el az idő, a midőn ama szándék nyilvánítása, miszerint valaki a fülészeti orvosi gyakorlatnak szentelje életét, bizonyos veszélyt rejtett magában, hogy jó nevét compromittálja”. (Magnus tanártól idézve a Schwartze-féle nagy fülészeti kézikönyvben.)

Ma tudományunk egyik apostola, Lucae tanár, a büszke mondatot állíthatja fel: „Az orvosi tudományok rohamos fejlődése mellett a mult században a fülészeti sem maradt vissza. Sőt, ha a hallószervhez való oly nehéz hozzáférést tekintetbe vesszük, fennen hirdethetjük, hogy az orvosi tudományunk egyetlen éga sem érelt oly dús gyümölcsöket, mint a modern fülészeti”. (Berliner klin. Woch. 1901. 19. sz. Saecularartikel über die Fortschritte der Ohrenheilkunde im XIX. Jahrhundert.)

Urbantschitsch is tudományunk apostolai közé tartozik és számosak tanítványai, kik vezetése alatt a fülészethez való szeretetet szívükbe vették, és így, mint alig más bűvár, iskolát tudott teremteni.

Ismert tankönyvének negyedik kiadása híven tükrözi vissza a modern otia tria óriási haladásait. Hogy mily eredménytel szaporította Urbantschitsch ezen haladásokat, ez előttünk fekvő munkájából kitűnik, mert számosak szorgalmának és rendkívüli megfigyelő képességének gyümölcsei.

Csak subtilis finom élettani és fejlődéstani leleteire utalok, a hallóérzéknek a különféle érzékszervek által való reflectorikus befolyásoltságára, a filgyuladásoknak a többi érzékszervekre és főképp a látóérzékre való reflectorikus behatására, a két fül közötti kölcsönös viszonyra, a gyöngyalakú felhámképződésekre a dobhártyán (periförmige Epithelialbildungen am Trommelfelle), a dobüreg sok álhártyájának a foetalis kocsonyából való keletkezésére, a subjectiv hallóérzetek befolyásoltságára a fülhöz vezetett hangvillhangok által (mely észleletére Lucae a fülzörejek kezelését alapította), az Eustach-féle kürtnek celluloidszálaacsallal való bougirozására, a higanytablettáknak csikok alakjában való alkalmazására dobüreggyenedés esetében, a rendszeres hallási gyakorlatokra süketnémaságnál és későbbi korban szerzett süketiségnél, a rendszeres fejkeringésre fülszédülés ellen, a csecsnnyújtvány átvilágítására lobos folyamatok kimutatása céljából, a pontosabb hallóvizsgálatokra használt, általa módosított sonometer-re stb.

Tudományunk összes haladásai méltó helyet találnak tankönyvében. Elégtélemül szolgál, hogy az idült középfülhurutok ellen használt rezgőmassage értékét is kedvezően méltatja, melynek nagy jövőjére sok ellenkező honi vélemény dacára már másfél év előtt utaltam. (Orvosi Hetilap 1900, 12., 13., 14. szám. „Az idült dobüreg új...”)



mechanotherapeutikus kezelése.) A dobüregben idült gyuladás után létrejött rögzítő alhárttyák ellen Gomperz ajánlata szerint jönnek bizonyult, ha a belső dobüregfalhoz odanőtt kalapácmarkolatot elválasztjuk és a szétválasztott helyeket vékony celluloidlemezek betevése által az összenövéstől megóvjuk.

Kiseb külső műtétéknél Urbantschitsch a chloraethylsprayt, a csecsnújtvány feltárásnál a műtét helyének megvilágítására a Clar-féle villanyvilágított homorú tükröt használja, mely a két szemmel való vizsgálatot teszi lehetővé. A radikális műtét után visszamaradt persistens sipolynyílásokat Mosetig példája szerint műlegesen plastikával fedi a regio mastoidea tájékából leválasztott bőrrel. A műleges fülkagylóknál Henning dr. Bécsben élő hazánkfia által készített gyönyörű fülmozlógokra utal, melyek a külső fül bejáratán megerősítendők.

Érdekes a genyes fülgyulladás mirigydögvésznel bacillusok pozitív leletével a váladékban, a középfül actinomykosisa Zaufal szerint és a Lermoyez által követelt szigorú betegisolatio minden genyes középfülgyulladásnál ezek eminens fertőző veszélye miatt. A dobhártya makacs átlukadásánál a perforatio széleinek trichloreccetsavval való edzése, melyet Okuneff javasolt először (10–50%-os hígítás, 1–2-szer hetenként kutaszfejjel, előzetes cocainanaesthesia után), genyes fülfolyásoknál Lucae formalinja (15–20 cseppet egy pohár vízben kifeeskendezésre), továbbá Bettmann hydrogenhyperoxydja (meg nem melegítve, ugyanazon mennyiségű destillált vízzel hígított állapotban, háromszor naponta 3–5 percze a fülbe öntve), gümös eredetű genyes fülfolyásnál a Neuber-féle jodoformkeményítő-oldat mint becepegetés, a különféle genyedési folyamatoknál az 1–2% salicylspiritus és higanytabletták csikokban találnak alkalmazást. Érdekes, hogy Wunschheim szerint egy 5%-os carboglycerin-oldatnak csak akkor van antiseptikus hatása, ha 100%-os vizes carbol-oldattal készül, tehát Rp. Acid. carbol. 1:0, Aq. destill. Glycerini aa 10:0.

A csecsnújtvány cariosus-necrotikus megbetegedésénél a gyermekkorban az expectativ és egyszerűen antiseptikus gyógykezelés kedvező eredményeket mutathat fel, ha a geny szabad kifolyásáról gondoskodunk és a csecsnújtvány sejtés üregeit jodoformemulsióval kezeljük.

A modern otochirurgia összes módszereit körülményesen megbeszéli, de esetleges veszélyeket is kritikailag megvilágít. Felemlíti többek között, hogy körülírt agyhártyagyuladásnál előfordulhat, hogy a csecsnújtvány meglekélése által létrejött fejrzkódítás folytán a meningitis tovább terjed. (Brieger esete a német otologiai egyesületben 1899. 71.) Sinusphlebitis esetében ugyancsak a meglekélés okozta rázkódítás folytán fertőző részecskék leválhatnak és áttéti góczokat, metastasisokat, képezhetnek. (Jansen esete, melyben rázóhíd alatt halál állott be és a boncolásnál friss tüdőinfarctusokat találtak.) Az agyhártyagyuladásnál a subarachnoidalis üregnek felnyitása a középső ágyékesigolyák magasságában a Quincke-féle lumbalis punctio segítségével talál méltatást. Itt ott teljes gyógyulás követi ezen egyszerű műtét beavatkozást. Nagy mennyiségben való zavaros folyadék fellépése agyhártyagyuladás mellett szól, épúgy a leukocyták szaporodása és coccusok lelete.

Az agytályog és pachymeningitis esetei sokszor minden tünet nélkül lefolynak. E helyen Jansen, Körner, Okada, Schmiegelow érdemeit kiemeli.

Körner szerint egy a dobüregre és az antrum mastoideum tetejére szorító gyuladás a halántéklebeny tájékán lezajló megbetegedésre mutat, míg a középső fül gyuladásának áttérjedése a fossa sigmoidea tájékára, esetleges koponyabeli tünetek, inkább a kisagya vezethetők vissza, nemkülönben a tömkelegben fellépő genyedések is, vagy egyszerűen a tömkelegmegbetegedés tünete, mert a tömkeleg útjai a hátsó koponyagödörbe vezetnek.

Újszülöttek genyes gyuladásánál Haug értelmében az otogonorrhoea lehetőségét szellőzteti. A fülkagyló ekzemájának gyógykezelésénél a Bürkner által ajánlott naphthalantherapiát, a fülkagyló lupusánál Langnak újabb transplantatio módszerét, a dobhártya megvastagodásának gyógykezelésénél a Stetter által ajánlt és ugyancsak bevált sozójodolbecsepegetéseket nélkülözöm. Az infiltratio érzéstelenítés feltalálója nem Schleicher, hanem Schleich.

De ezek alig észrevehető hiányok!

Felette érdekesek Urbantschitsch fejtegetései a rendszeres hallási gyakorlatokról szóló fejezetben, főleg a Bezold-féle folytatólagos hangszorral való hallási gyakorlatokról. Szó szerint kiemeli Urbantschitsch e helyen, hogy pontosabb hangvillavizsgálatok számára Bezold-nak folytatólagos hangsora melegen ajánlható és Bezoldnak csak azon állítása ellen fordul, hogy minden süketnéma, ki az  $a^1-b^2$  közötti hangvillavizsgálatokat nem hallja, mindjárt eleve a hallási oktatástól kizárandó. Az Urbantschitsch és Bezold által süketnémaikon megejtett vizsgálatok eredménye azért különbözik, mert egy bizonyos hang vagy hangsorozat számára létező nagyon renyhe ingerlékenységet könnyen lehet e hangok számára létező süketésséggel összetéveszteni, különösen, ha kevésbé intenzív hangforrásokat használunk. Erősebb hangvillahangok és főképp a harmonika használata alkalmával, sem hanghézagot, sem a hangskála szűkítését nem találjuk, a mint ezt Bezold folytatólagos hangsorozatával constatalta.

Ezen pont véleményem szerint szorgalmas pótvizsgálatokra szorul és tájékoztatásul utalhatok e helyen lap hasábjain megjelent dolgozatomra (Orvosi Hetilap 1901., 22., 23., 24. számok). Tény, hogy még szakorvosi egyesületekben is a rendszeres hallási gyakorlatok érdekes témája nagy vitákat szokott kelteni, melyek főképp theoretikus speculatioikon alapszanak és szem elől tévesztik, hogy Urbantschitsch technikáját, illetve Bezold folytatólagos hangsorát előbb beszerezni,

ezekkel kísérletezni kellene és csak azután lehetne tárgyilagos ítélet mondani! Minél jobban mélyedünk el a hallási gyakorlatok hallás kísérleteibe, annál lelkesebb hívei leszünk ezen Urbantschitsch által újabban inaugurált therapeutikus iránynak.

Végül megemlítjük, hogy Urbantschitsch tankönyvének újabb kiadásában sok önálló gondolkodásra és búvárkodásra ösztönző érdekes és új dolgot találunk, úgy hogy e valóban szép művet orvosoknak és orvosnövendékeknek egyaránt melegen ajánlhatjuk.

Sőt az irodalmat ismerő szakorvos is mindenütt biztatást és okulást lel és a művet szívesen fogja könyvtárába bekebelezni.

A könyv külső kiállítása az orvosi téren érdemes kiadónak becsületére válik.

**Uj könyvek.** Kunkel: Handbuch der Toxikologie. Zweite Hälfte. Jena, G. Fischer. — Mehnert: Über topographische Altersveränderungen des Atmungsapparates und ihre mechanischen Verknüpfungen. Jena, G. Fischer. — Hoche: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Berlin, A. Hirschwald. — Jessner: Die kosmetische und therapeutische Bedeutung der Seife. Würzburg, A. Stuber. — Paul: Entwurf zu einer einheitlichen Werthbestimmung chemischer Desinfectionsmittel. Berlin, Springer. — Obersteiner: Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane. 4. Auflage. Wien, F. Deuticke. — Martin: Anthropologie als Wissenschaft und Lehrfach. Jena, G. Fischer. — Reginald Harrison: Some retrospects and prospects in surgery. London, Bale, Sons and Danielsson. — J. Jastrow: Fact and fable in psychology. London, Macmillan and Co. — G. Vivian Poore: A treatise on medical jurisprudence. London, J. Murray. — C. A. L. Reed: A textbook of gynaecology. London, H. Kimpton. — R. T. Williamson: On paralysis agitans, with an account of the clinical features of other forms of tremor. Manchester, Sherratt and Hughes. — H. Tilley: Purulent nasal discharges, their diagnosis and treatment. London, H. K. Lewis. — W. Mc Callin: Introduction to medical jurisprudence. London, Bailliére, Tindall and Cox.

## Lapszemle.

### Gyógyszertan és méregtan.

**A triferrin,** melyet Salkowski állított elő s a mely tulajdonképen nem más, mint paranucleinsavas vas, 22% vasat és 2.5% phosphort tartalmaz. Gyenge natriumcarbonat-oldatban jól oldódik, az emberi gyomornedvnek megfelelő hígítású sósav-oldatban oldhatlan. Belsőleg adva állatoknak, a szervek, illetve a máj vastartalmát tetemesen (házi nyulaknál 10 nap alatt az eredeti érték háromszorosára, naponként 0.1–0.25 gramm triferrint adva) növeli. G. Klemperer chlorosisban szenvedő 21 betegnél használta ezen új vaskészítményt, naponként háromszor adva 0.3 grammot. A betegek kivétel nélkül szívesen vették és jól tűrték. Gyomorfájás vagy emésztési zavar sohasem mutatkozott, noha két betegnél gyomorfekély kétségtelen tünetei voltak jelen. Valamennyi betegnél a chlorosis tünete szemlátomást javultak; természetesen a kellő hygienikus és diaetikus intézkedéseket sem hanyagolták el. A haemoglobin-tartalom egy esetben 35%-ról 85%-ra, egy másikban 30%-ról 90%-ra, egy harmadikban 25%-ról 85%-ra emelkedett. A triferrin ára grammonként 15 német fillér. (Therapie der Gegenwart, 1901. 4. füzet.)

### Belgyógyászat.

**Vesegyuladásban szenvedő syphilitikusok gyógyítása.** Stadelmann a berlini „Urban“ kórházból két esetet közöl. Az egyik esetben körülbelül 14 nap óta nephritis tüneteinek vannak jelen; a betegnek nyolcz hét óta penisén fekélye és négy hét óta syphilitikus exanthemája van. A nephritis miatt szerző nem mer higanyt használni; a fekélyt calomellel, az általános tüneteket pedig Zittmann-kúrával kezeli. Az eredmény tökéletes: a nephritis meggyógyult, a syphilitikus tünetek elmúltak. A másik esetben a beteg, kit előzőleg a poliklinikán syphilise miatt higanybefecskendésekkel kezelték, nephritis tüneteivel jön a kórházba és itt nyolcz nap mulva meghal; boncoláskor idült interstitialis és parenchymatosus nephritist találnak acut exacerbatioval. A tanulság az ilyen esetekből az, hogy mielőtt higany-kúrárt kezdetnénk el valamely beteggel, a vizeletet meg kell vizsgálni és ha nephritist találunk — legyen az akár régebbi keletű, akár a syphilis következménye —, a higanykészítmények helyett valami más antisiphilitikus gyógymódot, például Zittmann-kúrárt használjunk. (Deutsche Aerzte-Zeitung, 1901. 5. szám.)

**Gyomorrák** egy esetében, melyben morphium- és antipyrin-befecskendezések hatástalanok voltak, Dieulafoy cocaint használt az erős gyomorfájdalmak ellen: Rp. Cocaini hydrochlorici 0.03; Morphii hydrochlorici 0.01; Aquae calcis 100.0. D. S. Óránként egy kávéskanálnyit egy evőkanál jégbehűtött tejben. Egyúttal jégtömlőt tétetett az epigastriumra. Másnapra már csökkentek a fájdalmak, úgy hogy óránként két evőkanálnyit tejet vehetett a beteg, majd mind többet, úgy hogy nemsokára 1½ liter tejet birt el az illető naponként, a nélkül, hogy fájdalom vagy hányás jelentkezett volna. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1901. 7. szám.)

### Börkörtán.

**Az erythema induratum és tuberculosis** egymáshoz való viszonyáról értekezett Carle. Betegén a manifest tuberculosis jelei mellett a Bazin-féle erythema induratum volt jelen a jobb orrlyuk mellett. E helyen a bőrálatti tumor, mely a bőr alsó rétegei felett mozgatható, míg a felső rétegekhez odanőtt, jól volt tapintható. Sebészi eltávolítás után a pathohistologiai vizsgálat a laesio tuberculosis természetéről felvilágosítást



adott. Az erythema induratumot mint önálló kóregyedet már *Bazin* vezette be a dermatológiába. A laesiot fájdalom nélküli, ritkán fájdalmas induratio jellemzi, mely fölött a bőr vörösen elszinesedett. Az efflorescentia igen lassan fejlődik s előszeretettel az alszár elülső felszínén mutatkozik. Régebben a luessal, majd a rheumatismussal hozták összefüggésbe, míg jelenleg többen a tuberculosissal kombinálják (toxi-tuberculidés) s szerző is ezekhez csatlakozik mikroszkopiai lelete, mely óriás és epitheloid-sejtek jelenlétét mutatta, és pozitív oltási eredményei alapján. (Lyon méd. 1901. márczius 10. Ref. Journal des maladies cutan. et syph. 1901. április, 243. l.) *Poór dr.*

**Lupusnál 2<sup>o</sup>/o-os kalium hypermanganicum-borogatásokat** alkalmazott *Butte* ajánlatára *Hallopeau*. Gyakran a hatás fokozása czéljából a kalium hypermanganicumot poralakban is alkalmazza a borogatások mellett. Különösen a kifehélyesedett lupus-alakoknál diéséri az eljárást, míg lupus erythematodesnál a hatás nem constans. Lupus non exedensnél az eljárás teljesen hatástalannak bizonyult. (Soc. française de Derm. et Syph. 1901. márczius 7.) *Poór dr.*

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az itrolról és collargolról közöl tanulmányt *Credé*, összefoglalva ezen szerekekkel most már több mint öt évtől nagyszámú esetben szerzett tapasztalatait. Az itrol (citrómsavas ezüst) a sebkezelésben nagyon jó eredményeket ad részint behintés, részint oldat alakjában alkalmazás mellett; az itrol kifejezett antiseptikus hatása mellett nem mérgező, nem izgat; hatása a mélységbe is kiterjed és hosszasan tartó. A mi a collargolt (argentum. colloidalis) illeti, septikus infectióknál specifikumnak tartja. Használható egyrészt kenőcs alakjában (unguentum Credé), a mikor a betegnek nyirokmirigyekben lehetőleg dús valamelyik bőrrészletébe, melyet szappannal és kefével erősen megtisztogattunk, néhány grammot addig dörzsölünk, a míg a bőr piros és meleg lesz és utána a bedörzsölt helyet vízmentes anyaggal vagy gyapottal befedjük úgy, hogy a hyperaemia és a melegség egy ideig még megmaradjon; az eljárás szükség esetén több napon át ismétlődő. Olyan esetekben, a hol a bőr részéről való felszívódás annak minemisége miatt nem várható, vagy a hol a bedörzsöléssel járó megrázkódtatás nem kívánatos, avagy az eset súlyossága és tartama gyorsabb és erősebb beavatkozást igényel:  $\frac{1}{2}$ – $1\frac{1}{2}$ -os collargol-oldatot fecskendez a vérbe 5–20 köbcentiméter mennyiségben. Szerző még megjegyzi, hogy unguentum Credé-vel jó eredményeket ért el öröklött és terciar luesnél és eczemáknál. Concentrált collargol-oldatok ugyanolyan eredménnyel használhatók, mint a jodoformglycerin. Pálczikák alakjában (Klien-féle pálczikák) infectiosus hólyaghurutoknál, endometritisnél, mely tályogoknál és fistuláknál jön alkalmazásba. Belsőleg a gyomor-bélhuzam infectiosus megbetegedéseimél, idült gyomor- és bélhurutoknál, valamint egyes idegbetegségeknél használható a collargol részint labdac, részint kanalas orvosság alakjában ( $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ -os vizes oldatból, melyhez tojásfehérjét is adunk, naponként 2–5 kávéskanálnyi tejben vagy cacao-ban, avagy egyszerűen czukrozott vízben). Ugy újszülöttek, mint felnőttek szemhurutja ellen is használható a collargol, mert erős bacteriumölő hatása mellett minden izgató hatást nélkülöz. (Die medicinische Woche, 1901, 21. és 22. szám.)

**Idült torokhurut** gyógyítására *Savoire* a következő eljárást ajánlja. Az orr-torokúr minden nap kiöblítendő  $\frac{1}{2}$  liter 1<sup>o</sup>/o-os phenosalyldattal, azonkívül a következő oldatból egy kávéskanálnyi 4–5 percen át az orron át belégzendő: Rp. Formol 0.05; Mentholi, Gomenoli, Chloroformii aa 10.0; Aqueae Colonensis 100.0. Végül az orr-torokúr minden este telített resorcin-oldattal vagy a következő összetételű folyadékkal beecsetelendő: Rp. Mentholi 1.0; Tinct. jodi 5.0; Glycerini 10.0. Ezen teljesen fájdalomtalan kezeléssel szerinte a legmakaesabb torokhurutok is néhány hét alatt meggyógyíthatók. (Klin.-therap. Wochenschrift, 1901, 1. szám.)

### Folyóiratok átnézete.

**Magyar orvosi archivum**, 1901. 3. füzet. *Haberern Jonathán Pál*: Infecziókról. *Szász E. Hugó*: További vizsgálatok a méh és erci rugalmas szövetének elváltozásairól. *Aldor Lajos*: Szénhydrat-anyagszere az aggkorban és ezzel kapcsolatban vizsgálatok a phloridzin-diabetesről. *Gyöbry Tibor*: Morbus hungaricus.

**Gyógyászat**, 1901. 24. szám. *Lévy Lajos*: Érdekesebb esetek a kórházi gyakorlatból. *Sassy János*: Perversio sexualis. *Herszky Manó*: Az orvostörténelem és az általános ethika oktatásának fontossága az orvosjelöltre nézve.

**Wiener medicinische Wochenschrift**, 1901. 24. szám. *Federn*: Influenza. *Ziffer*: A hectikus láz tanához. *Justi*: Történeti adatok az éles kanálról az orr-garatúr adenoid újképződéseinek eltávolítására. *Justi*: Eles kanál receptaculummal gynaekologiai czélokra. *Englisch*: A corpora cavernosa penis plastikai megkeményítése. *Degré*: A lues recidivái és késő alakjai, valamint kezelésük jodsoolfürdővel.

**Wiener klinische Wochenschrift**, 1901. 24. szám. *Kreibich*: Genyedés bacteriumok nélkül. *Hofbauer*: Hüvelyatresiák a vagina kettős képződése mellett. *Breitung*: A fülben levő idegen test okozta reflexköhögés esete.

**Wiener medicinische Presse**, 1901. 24. szám. *Polacco*: Diagnostikai és gyógyászati kísérletek typhusnál. *Braun*: A mozgékony szív.

**Prager medicinische Wochenschrift**, 1901. 22. szám. *Cloin*: Sokszorosan adenoma-képződés cirrhotikus májban. Metastatikus ade-

nomák a tüdőben. Epeképződés valamennyi adenomában. *Hock*: Katheter-desinfectio.

**Berliner klinische Wochenschrift**, 1901. 24. szám. *Grawitz*: Súlyos anaemiák enterogen származása. *Grossmann*: Heggulsatio a dohártyán: *Albu*: A vegetarianus diaeta értéke. *Karewski*: Az appendicitis tünettanához és kezeléséhez. *Rodari*: Új elektromos gyógy mód.

**Deutsche medicinische Wochenschrift**, 1901. 24. szám. *Mertens*: Adatok az immunitás kérdéséhez. *Bornhaupt*: Kérdéses kórszármazású bélnecrosis esete. *Poljakoff*: Megjegyzések az appendicitishez. *Kruse*: Dysenteria-bacillus. *Neubürger*: A koszorúuterek sclerosisa és a szivizomzat megbetegedése között levő összefüggés. *Graul*: Az orthoform mellékhatásai. *Hünemann* és *Deiter*: Az ivóvíz fertőtlenítése natriumhypochlorittal. *Averbeck*: Új esepentő dugó. Külön melléklet: Az új német orvosi vizsgarend.

**Centralblatt für Gynäkologie**, 1901. 24. szám. *Kretschmar*: Jelentés a német gynaekologiai társulat 9. összejövetelének tárgyalásairól.

**Centralblatt für Chirurgie**, 1901. 23. szám. *Katzenstein*: Ligaturák instrumentalis alkalmazása. *Trantszsch*: Ritka csipőzületi betegség újszülöttnél.

**Progrès médical**, 1901. 24. szám. *Rothschild*: A szoptatás hygienéje és kórtana.

**La presse médicale**, 1901. 46. szám. *Taffier*: A gerinczvelő cocainozása. *Sacquépée*: A b. coli agglutinatioja typhusosak vérsavójával. *Chaillous*: A Gersuny-módszer szemprothesiseknél. 47. szám. *Soury*: Az idegsejtek amoebosismusa. 48. szám. *Dom Santon*: Contagiosus-e a lepra? *Luis*: A dura mater sinusainak sérülései. *Cathelin*: A canalis sacralis punctioja és az epiduralis módszer.

**Le bulletin médical**, 1901. 46. szám. *Landrieux*: Massív májrák. *Lagrange*: Ophthalmoplegia congenitalis esete. *Regnier*: Radiographiai laboratoriumok kórházakban.

**La semaine médicale**, 1901. 25. szám. *Renou*: Nephritis interstitialisban szenvedő arteriosclerotikusok hemianopsiája.

**Journal médical de Bruxelles**, 1901. 24. szám. *Vilmart*: Adat a venák alkali és működési tulajdonságaihoz. *De Ridder*: Új módszer a könnytömlő kiirtására.

**British medical journal**, 1901. június 15. *J. Burney Yeo*: Májelégtelenség és viszonya az irregularis köszvényhez. *W. D. Halliburton*: Az idegműködés vegyi szempontból. *J. Stewart*: Jelentés typhus 620 esetéről. *T. J. Maclagan*: A typhus sebészi kezelése. *J. J. Buchan*: Typhusos arthritis esete. *Th. Houston*: Anaemia typhusnál. *F. J. W. Porter*: Egyszerű febris continua Dél-Afrikában. *W. H. Horvock*: A Pasteur-Chamberland- és Berkefeld-féle szűrőkről a víz terjesztette betegségek ellen való védekezésnél. *W. Langdon Brown*: Haematuria utrotropin használata után. *H. Waldo*: Haematoporphyria halálos esete. *G. H. F. Nuttall*: Az anopheles hibernatioja Angliában. *R. T. Hewlett* és *H. Montague Murray*: Diphtheriás fertőzés egy gyakori forrása.

**The lancet**, 1901. I. 24. szám. *W. D. Halliburton*: Az idegműködés vegyi szempontból. *G. Lamb* és *Wm. Hanna*: A Calmette-féle kigyóméreg ellenes serum erejének meghatározása. *R. G. Kirton*: Diphtheriás betegek táplálása. *J. B. Pike*: Scarlatin-a-fertőzés. *H. Harper*: Gümőkór kezelése huyangnyal. *G. E. Richmond*: Dysenteria kezelése kénnel. *W. Gordon*: A klima megválasztása tüdővésznl. *A. Christy Wilson*: Gyomor- és duodenum-átfúrás műtéttel gyógyított négy esete. *R. Jardine*: Eclampsia puerperalis kezelése sós infúziókkal. *H. Davy* és *A. C. Roper*: Gümös hashártyalobbal szövődött petefészekdaganat esete. *Duncan Macartney*: Kizárt sérv esete; enterectomia.

### Hetiszemle és vegyések.

Budapest, 1901. június 21.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 23. hetében (1901. június 2-dikától június 8-ig) közetkező volt: **I. Népesedési mozgalm.** Az 1901-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 728,235, katona 16,484, összesen 744,719. Elveszülte 420 gyermek, elhalt 273 egyén, a születtek tehát 147-el multák felül a halálozásokat. — Születek arányszáma: 1000 lakosra: 29.3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 30.9 az egy éven felüli lakosságnál: 15.2, az öt éven felüli lakosságnál: 13.3 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtherica 1, pertussis 3, morbilli 6, scarlatina 6, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 6, meningitis 15, apoplexia 4, eclampsia 7, szervi szivbaj 21, pneumonia 27, pleuritis 0, pneum. catarrh. 4, bronchitis 11, tuberculosus pulmonum 61, enteritis 22, carcinoma 8, ezek közül méhrák 1, egyéb újképletek 0, morbus Brightii et nephritis 7, veszülte 15, paedatrophia 2, marasmus senilis 7, erőszakos haláleset 15, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 6, bal-est 4, kétséges 0 (—). **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi köz-kórházakban. A mult hét végén volt 2715 beteg, szaporodás e héten 830, csökkenés 887, maradt e hét végén 2658 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi június 4-étől június 10-diéig terjedő 22. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera (—), himlő (variola) (—), scarlatina 33 (44), diphtheria, croup



14 (19) hagymáz (typhus) 2 (1), kanyaró (morbili) 161 (144), trachoma 4 (6), vérhas (dysenteria) 1 (0), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 31 (19), orbáncz (erysipelas) 17 (11), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 8 (0), ezenfelül varicella 28 (32).

× **Egyetemi alkalmaztatások.** Az orvoskari tanártestület f. hó 18-dikán tartott ülésén választás útján alkalmazást nyertek: a II. számú nőgyógyászati kóroda mellett: Erdőy Gyula dr. újabb 2 évre mint első assistens, Csiky János dr. újabb 2 évre mint második assistens; díjazott gyakornokok gyanánt meghosszabbították egy évre: Szász Hugó, Márkus Samu, Hevesi Arthur dr.-ok; díjazatlan gyakornokok lettek: Scipades Elemér (meghossz.), Ofner Oszkár (meghossz.), Pauncz Sándor, Schmedlechner Károly, Torday Béla dr.-ok; az I. sz. nőgyógyászati kóroda mellett: meghosszabbított díjas gyakornokok: Palotai Andor, Wallheim Béla dr.-ok; díjazatlan gyakornokok lettek: Záborszky István, Vértes Oszkár, Szarvas Félix, Koleczonay István, Czukor Miklós dr.-ok; a fogászati klinika mellett: II. tanársegéd lett Madzsar József dr., díjazott gyakornok Salamon Henrik dr.; a II. kórboneztani intézet mellett: díjazatlan gy. Christián János dr.; az I. kórboneztani intézet mellett: díjas gy. Fáykiss Ferencz, díjazatlan gy. id. Schwarz Tivadár; a II. belklinika mellett: díjas gy. Torday Árpád dr., díjazatlan gy. Zirkelbach Antal dr.; a II. boneztani intézet mellett: I. tanársegéd Wiesinger Frigyes dr., II. tanársegéd Navratil Dezső; az I. belklinika mellett: díjas gy. Kövesi Géza dr., díjazatlan gy. Goitein Salamon, László Gyula dr.-ok; az I. sebészeti klinika mellett: díjas műtönövendékekkel választottak: Holczwarth Jenő, Pesthy István, Pólya Jenő, Rajnai Béla dr.-ok; díjazatlan műtönövendékek lettek: Dudutz Gerő, Guhr Géza, Hoffmann Oszkár, Kádár Andor, Koós Aurél, Milkó Vilmos, Pozsonyi Jenő, Seligmann Hugó, Visznecky Béla dr.-ok; a II. sebészeti klinika mellett: díjas műtönövendékek lettek: Genersich Antal, Hauer Ferencz, Kurezbacher Ödön, Orley Ödön dr.-ok; díjazatlan műtönövendékek gyanánt megválasztottak: Balás Dezső, Bradách Emil, Koch Béla, Mészáros Béla, Müller Vilmos, Pinsker Emil, Skrilecz Mihály, Unterberg Hugó, Wágner József, Ziffer Hugó dr.-ok.

✓ **A Budapesti Poliklinika-Egyesület** folyó hó 16-dikán tartotta meg évi rendes közgyűlését az új városházán Lichtenberg Kornél dr. alelnök elnöklésével.

Az egyesület emberbaráti működését vázoló elnöki megnyitó beszéd után Eröss Gyula dr., a poliklinika igazgatója mutatta be az igazgató tanács jelentését.

Az igazgató tanács jelentése felemlíti, hogy az intézetet a szegénysorsú betegek folyton növekedő számban keresik fel. Az ambulatoriumot, melynek jelenleg 14 osztálya van, a lefolyt esztendőben 35,145 beteg — ezek közül túlnyomó számban munkás és napszámok — vette igénybe összesen 135,188 orvosi rendelésen. Az intézet megnyitása óta a betegek száma 347,709, a rendelések száma 1,600,316 volt. Az ambulatoriumról mint nem szegény visszautasítottat 428 beteg, orvosok által vizsgált, illetve kezelésre levél kíséretében küldetett 267 nem szegény beteg. Az egyesület kórházában többnyire súlyos betegek ápolottak, a kik otthonukban a legszükségesebb gondozást és orvoslást nélkülözték volna, ezeknek száma a lefolyt évben 289 volt. A kórház fentartása 23,170 kor. és 84 fillérbe került és így egy betegre naponta 3 kor. 15 fillér esik. A poliklinika emberbaráti működésén kívül tudományos működést is fejtett ki. Főorvosai ugyanis, mint az egyetemnek habilitált magán- és rendkívüli tanárai az intézetben tartották egyetemi előadásait, melyeket 286 orvosnövendék látogatott. Az intézet fennállása óta 5491 orvosnövendék hallgatta ezen előadásokat. A tanítás lényeges faktorát képezte az intézetnek a legújabb kor igényeinek megfelelő felszereléssel bíró laboratóriuma, mely úgy diagnostikai vizsgálatokkal, mint önálló tudományos búvárkodással is foglalkozott.

Stern Samu dr. pénztáros jelenti, hogy az egyesület vagyona a múlt évben 28,500 koronával gyarapodott s jelenleg 480,297 korona 36 fillérre rúg, mely összeg jórészt ingatlanokba és berendezésekbe van fektetve. Segélyek címén 15,756 korona folyt be, melyhez a székes főváros és a belügyminister 4—4000 koronával járult.

† **A kolozsvári egyetemen** az 1891/2. tanévre történt tiszti választásokat a közoktatásügyi minister megerősítette. Az idén az orvosi karból történt a rektor magnificus választás *Löte József* dr. személyében. Orvoskari dékánná: *Szabó Dénes* tanárt, kari jegyzővé *Marschalko Tamás* tanárt választották.

\* **Réczey Imre** tanár tiszteletére június 15-dikén este a Margitszigeten tanítványai, barátjai és tisztelői társas-vecserét rendeztek azon alkalomból, hogy ő e napokban végezte 1000-dik sérvoperációját. Az irodalomban *Bassinin* kívül, kinek 1500 sérvoperációja van, tudomásunk szerint ily magas számot e műtét terén más még nem produkált. Ezen 1000 operált közül 50 volt a veszteség, kikenél kizáródás miatt lett a műtét végezve radicalis módon és nyolcz szabad sérv miatt operált beteg. Ez utóbbiak közül négynél tüdőgyulladás volt a halálok, két esetben hashártyagyulladás (köldöksérvek), egy esetben hashártyagümösítés és egy esetben leukaemiás állapot. Az utolsó két évben operált 380 sérves beteg közül szabad sérv miatt operált egy sem halt meg; az ezen idő alatt előfordult 14 haláleset kizárt sérvek miatt operált betegek vonatkozásában. E colossalis szám és e fényes eredmény valóban méltó volt arra, hogy az alkalmul szolgáljon a tanítványok, tisztelők és barátok számára, hogy ez áldásos műtét hazai mestere előtt, habár egyszerűen és szűkebb szakkörben is demonstrálják azt, hogy működésének becsét ismerik, szorgalmát, kitartását, műtétét ügyességét bámulják és tudatában vannak azon szolgálatok fontosságának, melyekkel az ilyen egyirányban behatóan gyakorolt tudományos és gyakorlati működés a hazai műtévi sebészet valódi tekintélyének megalapítására és

emelésére közreműködik. Hasonló siker és elismerés kövesse a második ezret is!

♣ **Liebermann Leó** tanárt az orvostanártestület a közegészség-tani tanszék helyettesítésével a jövő tanév első felére továbbra is megbízta. A tanszék betöltésére különben a vallás- és közoktatásügyi minister július 15-diki lejárattal pályázatot hirdetett.

— **Havas Adolf** dr. egyetemi magántanárt az orvostanártestület f. hó 18-dikán tartott ülésén címzetes rendkívüli tanárrá kinevezésre hozta ajánlatba.

± **Antal János** dr. ugyanazon ülésen a fogászatból a magántanári cselekményekhez bocsátott.

± **Krompecher Ödön** dr. budapesti tudomány-egyetemi I. tanársegédnek a vallás- és közoktatásügyi minister a II. sz. kórboneztani tanszék mellé adjunctussá történt megválasztását jóváhagyta és a nevezett adjunctusi minőségében f. évi április 1-jétől három év tartamára megerősítette.

± **Kinevezés.** Ő Felsője a vallás- és közoktatásügyi minister előterjesztésére *Bókay János* dr. nyilv. rk. tanári címmel és jelleggel felruházott budapesti tudományegyetemi magántanárt ezen tudományegyetemen a gyermekgyógyászat nyilvános rendkívüli tanárává a szabályszerű illetményekkel kinevezte. E kinevezés által a gyermekgyógyászati tanszék véglegesen rendszeresítve van, általa az egyetem régi óhajtása teljesült.

— **Fürdőorvos.** *Gara Géza* dr. Rajecz-fürdőn gyakorlatát megkezdte.

⊗ **A Gárdos-féle nyílt pályázaton** az 1901/2. tanévre ifj. *Gener-sich Antal* és *Borszékly Károly* nyertek volt megbízást. A tervbe vett dolgozatot sikerrel oldván meg, pályázóknak a pályadíj kiadott.

△ **A Gárdos-féle alaphól** 1901/02-re esedékes pályadolgozásra nyílt pályázat útján *Kollarits* és *Scholz* dr.-ok nyerték meg a megbízást. Tárgyuk: *a sympathikus idegrendszer hatása a vesére.*

— **A Balogh Kálmán-féle alaphól** nyílt pályázat útján az 1901/02. tanévre *Vámosy Zoltán* dr. gyógyszer-tani adjunctus bízott meg a *chemiai anyagoknak a májra való hatásának* tanulmányozásával.

† **Okleveleiket a tiszti főorvosi hivatalnál** bemutatták április hóban: *Obál Ferencz* dr., *Pauncz Sándor* dr., *Gyulai Elemér* dr., *Mikecz Miklós* dr., *Wiesinger Frigyes* dr., *Kornhauser Dávid* dr. egyetemes doktorok és három szülész nő.

⊙ **Utaztató ösztöndíjak adományozása.** A *Bene-féle* utaztató díjat a tanártestület az 1901/02-dik tanévre *Manninger Vilmos* dr.-nak ítélte oda, a *Wagner-féle* hasonló díjat pedig *Zirkelbach Antal* dr. nyerte el.

± **Az elmekörtani tanszékre,** mely *Laufenauer* tanár elhunytával megüresedett, a budapesti orvostanártestület pályázat kiírását hozta javaslatba.

— **Fürdőink látogatottsága.** *Szliács* VI/15. 224; *Lipik* 937; *Uj-Tátrafüred* VI/3. 142; *Korytnicza* VI/11. 98.

† **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** segélyét május hóban 883 esetben vették igénybe, évi folyó szám: 3891.

† **Elhunyt.** Idősb *Siklóssy Gyula* dr., Rókus-kórházi főorvos, egyetemi m. tanár, Somogy vármegye tb. főorvosa. Somogy megyében *Pernesz-Osztopán* született 1829-ben. Orvostanulmányait Bécsben végezte. 1864-ben lett orvosdoctor. Ezután *Artl* magánsegédé lett, később pedig a rezervosztályon működött mint segédorvos. 1867-ben Budapestre jött és a szt. Rókus-kórházban előbb rendelő orvos lett a szemészettől, később pedig a szemészeti osztály főorvosa. 1868-ban a szemészeti műtéttanból magántanári képesítést nyert. Irodalmi dolgozatai gyakorlati kérdésekre vonatkoznak, főleg a strabismusra, staphyloma műtétekre és szemhéj-képlésre. Nagyobb tanulmánya *Helmholtz* „A szem dioptriájában” foglalt képletek levezetése és könnyű módszerrel való kidolgozása, mely lapunk 1871. évfolyamában jelent meg. A megboldogult már évek óta szivbajos volt és sokat szenvedett. E hó 18-án hunyt el hirtelen. Temetése f. hó 20-dikán folyt le közrészvét mellett. Halálát karunkból ifj. *Siklóssy Gyula* dr. gyászolja. Nyugodjanak békében hamvai!

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



**Szt.-Lukácsfürdő**  
gyógyfürdő  
Budapesten.

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

**A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.**



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1901. július 17-dikén.) 419. lap. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XVII. rendes ülés 1901. május 25-dikén.) 419. lap.

## Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1901. június 17-dikén.)

Elnök: Than Károly. Titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű tárgyak voltak:

1. Aujezsky Aladár dr. és Wenhardt Jenő dr. részéről Kéti Károly l. t. bemutatta a következő értekezést: „Adatok a pestis-bacillus agglutinációjához.” Egész terjedelmében közöljük.

2. Pándy Kálmán dr. részéről szintén Kéti Károly l. t. mutatta be a következő értekezés rövid tartalmát: „A gerinczvelő-sorvadás keletkezése.”

Szerző kilencz év óta foglalkozik a tabes dorsalis keletkezésének vizsgálatával. 1892-ben az egyetemi elme- és idegkórtani klinikán, mint Prof. *Laufener* tanítványa, kísérletes idegkórtannal foglalkozott s két, hosszabb időn nicotinnal mérgezett nyúlánál a hátulsó kötelek sajátos degenerációját találta.<sup>1</sup> Ugyanily természetű elfajulást irt le ugyanezen évben *Minnich* emberi gerinczvelő hydropikus degenerációja néven. A nicotinos nyulaknál talált elváltozás — különös tekintettel arra, hogy *Strümpell* *nicotin-tabes* névvel a gerinczvelő hátulsó köteleinek lucses sorvadására emlékeztető kórképet észlelt — a további tanulmányozásra is érdemesnek látszott. Ezért szerző az 1893/94. évben Kéti tanár jóindulatú támogatásával a II. belklinikán tovább folytatta kísérleteit s pedig a szélesebb látókörben való tájékozódás végett nemcsak nicotinnal mérgezett nyulakat, hanem pálinkával, cocainnal s ergotinnal is, sőt az emberi pathológiából ismert cumulativ aetologia mintájára egyes mérgezéseket is csinált nicotin + pálinka, nicotin + cocain, nicotin + ergotin stb. együttes adásával. Huszonhárom kísérleti állat idegrendszerét dolgozta fel az összes alkalmazható módszerekkel s bár tanulmányát eddig be nem fejezhette, annyit a kísérletekből látott, hogy hátulsó kötél degeneratio ezen esetekben létre nem jött. Miért jött létre az első két esetben s miért nem most, ezt nem tudta eldönteni, minden esetre azonban számolni kell azzal, hogy a hátulsó kötelek elfajulása mindennemű mérgezésnél ritka, 1000 meg 1000 idült pálinkamérgezésre elvéve esik egy hátulsó kötél elfajulás, 1000 lucses közt csak egynehány kap tabest s *Strümpell* maga csak két dohánygyári munkásnál látta a nicotin-tabest.

Szerző ezen sikertelen kísérletek után más módon iparkodott a tabes megértéséhez hozzáférni. Olyan esetekben kereste a hátulsó kötelek megbetegedését, hol az emberi gerinczvelő táplálkozását általános okok zavarják meg. Így első sorban a vérerek elváltozása arterio-sclerosis universalisnál, más vérkeringési bajok, továbbá diabetes, pneumonia, tüdősorvadás. Ezen 15 eset gerinczvelejét az összes módszerekkel feldolgozván, összehasonlítás végett tanulmányozta egy szintén a II. belklinikán elhalt peripheriás neurotabes,<sup>2</sup> egy meningomyelitis syphilitica s egy carcinomás metastasisal complicált tabes esetét.

Ezen vizsgálatok azon eddig le nem irt tényt konstatálták, hogy arterio-sclerosisnál a seniuntól függetlenül a hátulsó köteleknek a tabesrel teljesen azonos localisatiojú elfajulása fejlődik. Szerző kimutatta, hogy ezen degeneratio nem az endoarteritis direct következménye, hanem a megzavart nedváramlás s általában a gerinczveleió kóros táplálkozása folytán létesül. Ugyanis az elfajulás ugyanazon helyen, ugyanazon mikroszkopos képpel kéthegyű billentyű-elégtelenségnél arterio-sclerosis híján s más anyagcserezavaroknál is előfordul (leukaemia, nephritis, diabetes, tuberculosis).

Az arterio-sclerosis vizsgálatából az is kitűnik, hogy — mivel maximalis arterio-sclerosis mellett is csak hydropicus degeneratio fejlődik s másrészt maximalis tabeses degeneratio mellett is csak minimalis az érelfajulás — a tabeses hátulsó kötél-sorvadás érelfajulás következménye nem lehet. Szintűgy nem állhat meg a *Redlich-Obersteiner*-féle theoria sem, mert arterio-sclerosisnál nemcsak az érfalak, hanem a kötőszövet is proliferál s még sincs tabes.

Szerző kimutatta, hogy a hydropikus degeneratio nemcsak ugyanazon helyre van localizálva mint a tabeses, hanem hogy e két degeneratio között átmenetek vannak. Ezt egy 64 éves, phthisis pulmonumban elhalt egyén gerinczveleje mutatja legvilágosabban.

Kétségtelenül igazolják ezen tanulmányok — melyeket a külföldi irodalom adatai is támogatnak — hogy a gerinczvelőnek hátulsó kötelei minden anyagcsereváltozás iránt — legyen az pellagra, ergotin, ólom, pálinka, lucses, diabetes, vitium cordis vagy bármely más ok által is előidézve — a bandelettes externes vagy zona intermedialis táján legérzékenyebbek, az egyszer megindult elváltozás mindig innét terjed tovább.

Szerző ezen tanulmányait kiegészítik azok, melyeket peripheriás pseudotabes, meningomyelitis syphilitica s carcinomával complicált tabes egy-egy esetében végzett. Különösen fontosak a két előbbi esetben nyert eredmények. Kitűnt ugyanis, hogy a peripheriás idegek s hátulsó gyö-

kerek súlyos degeneratioja mellett a hátulsó kötelekben minden megfelelő degeneratio hiányozhatik. Hasonló eseteket *Pal*, *Preysz*, *Fürstner* is közöltek s így szerző kimutatja, hogy nemcsak azon incongruentia áll, melyet eddig ismertünk, hogy ugyanis a hátulsó kötelek degenerálnak a hátulsó gyökerekkel egyelbe mellett, hanem az is, midőn a hátulsó gyökerek elfajulása mellett a hátulsó kötelek maradnak épek. S ezzel a tabes pathológiájának egy fontos kulcsát szereztük meg, mert könnytelenek vagyunk beismerni, hogy a hátulsó kötelek a hátulsó gyökerektől függetlenül is megbetegedhetnek. A különösen *Marie* által hangsúlyozott tabeses incongruentiát másként mint így nem is lehet megérteni. A gerinczvelő hátulsó köteleire vonatkozó összes ismereteink postulálják, hogy nem a hátulsó gyökerek megbetegedése okozza a tabest, hanem megfordítva, a hátulsó kötelek sorvadása terjed a gyökerekre át. (A mint erre mint lehetőségre *Raymond* is utal.)

Ugyanezen tételt bizonyítja szerző második esete is, hol az egész gerinczvelőben meningitis luetica diffusa volt jelen. A sacralis és lumbalis velőben a hátulsó gyökerek s hátulsó kötelek teljesen épek, a felső lumbalis velőben a bandelettes externes táján a tabessel teljesen azonos localisatiojú degeneratio fejlődik, mely felfelé folyton súlyosbodva az összes hátulsó köteleket elpusztítja. A degeneratio nem tesz különbséget exogen, endogen rostok között s csakis a tabes rendkívül lassú lefolyása (szemközt ezen két év alatt végződött tabes acutissima esettel) vezethet azon felvételre, hogy a degeneratio kiválogatja az exogen, endogen avagy csupán hypothetikus systemákhoz tartozó rostokat.

Sam a *Flechsig*, sem a *Trepinsky*, sem az *Edinger*-féle theoriák a tabest meg nem fejthetik, mert az eseteknek csak egy elenyésző kicsiny részére állanak. Ezzel szemben szerző vizsgálatai bizonyítják, hogy a tabes a hátulsó köteleknek *Charcot-Pierret*-féle területén (zone intermediaire, bandelettes externes) kezdődő endogen, pseudosystemás megbetegedés, melyet minden valószínűség szerint a lucses vírusa okoz. A jelzett terület kivétel nélkül minden anyagcsereváltozásnál a hátulsó kötelek legérzékenyebb része s ezért a hydropikus, pellagrás stb. degeneratio is mind itten kezdődnek s innét haladnak át épen tabesnél a hátulsó kötél többi részeire s a hátulsó gyökerekre is. A *Charcot-Pierret*-féle mező megbetegedése tehát a tabes conditio sine qua non-ja és nemcsak az összes anatomiai elváltozásokat, hanem a klinikai képet is teljesen érthetővé teszi.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVII. rendes ülés 1901. május 25-dikén.)

Elnök: Bókay János. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

Elnök az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri *Fischer Aladár*, *Justus Jakab*, *Leitner Vilmos* tagtársakat. Jelenti, hogy *Brehm János* a XI. római nemzetközi congressus munkálatait hat kötetben az egyesület könyvtárának adományozta.

„Fájdalmas köteleességet teljesíték“ folytatja elnök, „mikor bejelentem, hogy *Tatay Adolf* tagtársunk, ki 1868 óta tartozott egyesületünk kötelékébe, május 22-dikén jobblétre szenderült. Haláláról a jegyzőkönyvben megemlékszünk és fájdalmaunknak jegyzőkönyvileg adunk kifejezést.“

A lép-hilus lött sebe, laparotomia, gyógyulás.

*Fischer Aladár*: K. E. 21 éves hajadon f. évi április hó 26-dikán 7 mm-es revolverrel öngyilkossági szándékból meglötte magát. A mentők által a szt. Rókus-kórház Navratil tanár vezetése alatt álló II. sebészeti osztályára szállítatván, bemutató nála a következőket találta: A bal bimbóvonalban a VII. borda felső szélének megfelelően 7 mm. átmérőjű, kerek, mintegy 1 1/2 mm. széles feketés pürkkel környezett folytonosság-megszakítás, mely körül mintegy öt koronányi, szabálytalan, vörös udvar látható. Beteg a legnagyobb mértékben anaemikus, arez és látható nyálkahártyák krétafehérek. Érlökés 110 és 120 közt ingadozik, kicsi. Légzés megfelelően szapora. Mellkas vizsgálatánál normális viszonyok. A has puffadt, hasizmok a bal oldalon erősebb contractioban és a bal inguinális tájéknak megfelelőleg tompulat mutatható ki. Tekintettel a lövés helyére, miután tudjuk, hogy a rekeszkupola állása baloldalt a bimbóvonalban a VI. bordának felel meg, továbbá figyelembe véve a lövés irányát, miután a golyó hátul a bőr alatt a hátsó hónaljvonal és a lapoczkacsúsvonal között körülbelül a X. borda magasságában volt tapintható, nemkülönbön a fent leirt hasi tünetekből bemutató betegnél egy oly lövésű sérülésre tette a kórismét, melyben a golyó a baloldali sinus phrenico-costalis és a rekesz-szár átfúrása után a hasüregebe jutott, nevezetesen azon térbe, melyben a lép, a gyomorfundus, a máj bal széle és a flexura coli sinistra foglal helyet és ezen tér és a megfelelő retroperitonealis terület passirozása után az izmokon át a bőr alá jutott. Bizonyos volt tehát, hogy betegnél hasíri perforáló lövés van jelen, mely tekintettel a betegnél lévő súlyos tünetekre, a fent említett hasíri szervek valamelyikét is érte.

<sup>1</sup> L. M. O. A. 1893.

<sup>2</sup> O. H. 1900.



Perforáló hasi sértések esetében a békében tett tapasztalatok alapján a sebészek manapság mindannyian a rögtöni hasmetszés végzését követelik meg. Így Bramann csak akkor látott perforáló hasi sértés után gyógyulást, ha csak a máj volt megsértve és hogy máj-sértéseknél is laparotomiát kell végezni minden esetben, ezt bizonyítja Fritz König, míg a conservativ Reclus szerint is operálni kell minden esetben, ha bélprolapsus, belső vérzés vagy szabad gáz mutatható ki a hasüregben.

Klemm, Zeller, Madelung mind a gyors és korai operatio mellett törnek pálezt minden esetben, a hol a penetráló hassebnak csak a gyanuja is fennáll. Ezen és még számos más szerző tapasztalataival látszólag ellentétben állanak a legújabb háborúban tett tapasztalatok, mikor állítólag a conservative kezelt hassebek jobban gyógyultak, mint az operative kezelték. Ha azonban figyelembe vesszük, hogy úgy a spanyol-amerikai, mint a bír háborúban a hasi sértettek 24-72 óra múlva kerültek oly sebész kezeihez, a ki azokat operálhatta és így mindazon esetekben, a hol bélperforatio volt jelen, a betegek már vagy meghaltak vagy pedig a legelőrehaladottabb peritonitis stadiumában voltak; azok pedig, kiknél súlyos belső abdominális vérzés volt, szintén vagy elpusztultak már vagy pedig operatioa ugyancsak alkalmatlan állapotban voltak, úgy beláthatjuk, hogy a hadi sebészek által tett tapasztalatok csak látszólag állnak ellentétben a békében tett tapasztalatokkal; mert hisz tudjuk Bonomo összeállításából, hogy a legjobb kiállítás a sikerre a sértés utáni első 24 órában van és a sértés után 18 órával, König és Mikulicz szerint, már nem érdemes operálni. Hogy pedig azok az állítólagos conservativ eredmények milyenek, annak illusztrálására szolgáljanak a következő számadatok: W. Cheyne Karee Lydingnél 15 haslővést látott, ezek közül az első 24 órában meghalt 5, a következő 36 órában 4; Paardebergnél ugyanezen szerző 15 hasi lövési esete közül 8 halt meg. És a capstadi lazaretekben, hova már csak napok múlva jutottak a sebesültek, a haslővéteknek 20%-a még utólagosan halt meg. Ezekkel szemben a békében sértettek mortalitása, mint azt Mohr legújabb összeállításában lehet olvasni, 14-50%. Mások tehát a viszonyok a csataterén és mások a békében, a hol a sértettek gyorsan egy jól felszerelt, mindenkor operatioa berendezett kórházba szállítatnak. Nálunk Budapesten főleg a mentő-egyesület gyors és szabatos szállításának köszönhető, hogy az ily betegek közül activ sebészi beavatkozással igen sok megmenthető.

Mindzeket szem előtt tartva, bemutató betegnél laparotomiát végzett és pedig minthogy tapasztalás szerint a fent megjelölt része a hasüregnek egy a bal bordaívvel párhuzamosan vezetett metszés által jelleget irányt használta fel. A hasüreg megnyitása után a hasüregből igen nagy mennyiségű vér ömlött elő. Ezt és a hasüregben levő alvadékokat gyorsan eltávolítván, bemutató gyorsan a vérzés helye felé haladt, mikor is kiderült, hogy a lép belső felszínén valamivel a lép hossztegyének fele alatt vályúszerű, golyó által okozott anyagiány van, melyből csak kevés vér szívárog. Ellenben a lép-hilus alsó fele körülbelül 1 cm. távolságra a léptől befelé igen vehemensen vérzik. Világos volt, hogy a golyó által a lépbe legyezőszerűen belépő arteria és vena lienalis ágai közül az alsók elszakítottak. Bemutató tehát két centrális és két periferikus ligatúrával a jelzett edényekből a vérzést csillapította.

Azután a szomszéd gyomor- és bélrészleteket szorgosan megvizsgálván, a hasat bezárta. Jelen esetben tehát a lép-hilus lött sebe volt jelen, mely az art. lienalis ágainak sértése által halálos elvérzést okozhatott volna. Maguk a lépsértések a nagy ritkaságok közé tartoznak, különösen a nyílt (nem subcutan) lépsértések. Edler szerint, ki 160 lépsértést szedett össze, 77 nyílt sértés volt. Ezek közül 42 lösebb; ezek közül csak 7 gyógyult meg, a többi meghalt. Edler összeállítása óta, mióta lépsértéseknél is activ therapia követetik, az eredmények sokkal jobbak. Lowerenz szerint 105 expectativ kezelt lépsértés közül csak 15 gyógyult meg, tehát 14%; harmincz operált közül pedig 16 (53%). Miután bemutató jelen esetben csak az art. lienalis alsó ágait volt kénytelen lekötöni és így a lép táplálásáról a felső ágak és egyéb collateralis ágak által gondoskodva volt, a lép kiirtása nem volt indikált.

A további lefolyás betegnél teljesen szabályos. A primára gyógyult hassebből a varratok a 8-dik napon távolítottak el.

#### Idegen test az üvegtestben.

**Leitner Vilmos:** A bemutott 12 éves fiú 7 év előtt játék közben bal szemén kapszival sértült; egy hónapig erős gyuladásban volt e szeme, mely idő alatt a látása is rossz volt. A fájdalmak s a gyuladás szüntével a látása ismét megjavult s azóta állandóan jó. A sértült szem 7 év óta egyszer sem volt fájdalmas. Leukaemiája miatt vették fel a Stefánia gyermekórházba, a hol szemtükrü vizsgálat közben szinte véletlenül jöttem reá a ritka sértésre. A bal cornea belső negyedében a limbustól 3 mm.-re finom szürke, csillogó homály látható, melynek megfelelőleg az irisben is kiesiny, 1 mm. hosszú függélyes keskeny rés van, mögötte a lencsében körülírt, körülbelül kölesnyi homály. Üvegtest tiszta, azonban hátsó részében alul egy körülbelül 4 mm. átmérőjű, nagyjában kerek, élénk fehéresen csillogó képlet látszik, mely a szem mozgásai alkalmával kissé felemelkedik, majd ismét visszahúzóódik. A szemfenéken csakély venosus hyperaemián kívül, mely a másik szemén is jelen van, elváltozás nincsen. Látásélessége a sértült szemén majdnem teljes (77).

A csillogó, fehér képlet az üvegtestben nyilván a kapszlinak egy igen kis darabja, mely a corneát, irist és lencsét átütve, az üvegtest hátsó-alsó részébe került s ott eltolódott. Hogy a szem ily békésen

eltűrte a beléje jutott idegen testet, nagy ritkaságnak mondható, a mennyiben az ilyen sértések, főleg ha rézzel (kapszli) történtek, majdnem kivétel nélkül a szem elpusztulását vonják maguk után; sőt a másik szemet is sympathiás gyuladás veszélyével fenyegetik. A bemutott szem sorsa sem tekinthető teljesen biztosítotttának, mert a tapasztalat azt mutatja, hogy az ily kivételes esetekben is, midőn a szem, bár hosszú időn át baj nélkül viselte el magában az idegen testet, utóbb mégis rendszerint retinaleválásban, lappangó iridocyclitisben elpusztul. A sértült szem ez idő szerint semmiféle beavatkozást sem kíván.

#### A sejtek és szövetek physiologiai jodtartalmáról.

**Justus Jakob:** A thallo-sók a jodidoknak leghigabb oldataival is már bőséges sárga csapadékot adnak, a mely vízben majdnem teljesen oldhatlan és a reagensek egyikének feleslegében sem oldódik. A thallo-sók jodidokkal szemben oly érzékenyek, hogy velük Behrens szerint még 0.17  $\mu$ g.-ot (egy mikrogramm egy ezredrész milligramm) lehet kimutatni. A vegyészek a thalliumot a jod mennyiség meghatározására ajánlják. Mivel továbbá a sárga csapadék gőreső alatt zöldessárga vagy majdnem fekete igen apró pontszerű négyzeteknek látszik, tehát a könnyű észrevehetősegek feltételével bír és mivel továbbá alkoholban nem oldódik, tehát a kimetszett szövetrészt megkeményítését és a metszeteknek alkoholban való tartását is megengedi, ez a reagens látszott a szövetekben foglalt jod kimutatására legalkalmasabbnak.

Ha mindazonáltal a jodkezelés alatt álló beteg szövetében jodidot kimutatni nem sikerült, úgy ez vagy azért történt, mivel a kimetszett syphilidben jod nem foglaltatott, vagy pedig azért, mivel a benne foglalt jod oly vegyületben volt megkötve, a melyből a thallionitrat thallo-jodidot lecsapni nem tud ismeretes dolog, hogy azokban a vegyületekben, a melyek nem electrolytek, a melyek tehát oldatokban ionaikra nem bomlanak szét, a bennük foglalt jodot közönséges reagens útján kimutatni nem lehet. Így például a jodoformban a jodpróbát a fentemlített reagensek egyikével sem lehet megkapni. Ha tehát a jod a szövetben mint nem electrolyt foglaltatik, úgy azt ezen vegyületekből előbb fel kell szabadítani, hogy reagenseinkkel hozzáférhessünk. A feltételezett nem electrolyt jodvegyület megbontására legalkalmasabbnak kínálkozik a chlor, a mely mint a jodnál sokkal erősebben negatív elem, azt vegyületeiből kiszorítani képes. A chlor hatásának kitért és ezután thallosó-oldatba átvitt metszetek ez oldatban néhány percz leforgása alatt előbb világos, később sötétebb sárga színt öltöttek és végül majdnem barnássárgává változtak. Minthogy ezek a színnyalatok a thallo-jodid színeit képviselik, mivelhogy továbbá gőreső alatt apró sárgásbarna, majdnem feketés pontokból volt összetéve az a színeződés, jogosult volt a föltevés, hogy ez a csapadék thallo-jodidból áll.

Tertiaer syphilid metszeteit vizsgálva, a melyek oly betegtől származtak, a ki néhány napig vagy huzamosabb időn át jodkaliomot szedett, úgy thallo-nitrittel való kezelés után a metszet, mint fentebb leírtam, már szabad szemre nézve is megsárgult, illetőleg megbarant. Gyenge nagyítással a glycerinbe ágyazott metszeteken látható, hogy a sárgás-barnás festődés nem diffúz, hanem bizonyos alakú elemekre korlátozódott. Erősebb nagyítással kitünik, hogy a metszetekben mindenütt a magvak vannak sárgás-barnára festve. Úgy a kötőszöveti sejteknek, valamint az első epithel-soroknak magvai oly kifünően vannak megfestve, mint a legjobban sikerült magfestéskor. A felszínhez közelebb álló epithel-régekben a festődés diffúzabb, a legfelsőbbek pedig világosan sárgásoknak látszanak. Feltűnő volt, hogy nem a syphilis által előidézott sejtszaporulatok, tehát a kóros újképződést alkotó elemek tartalmazták első sorban vagy legnagyobb mértékben a jodot, hanem épen azok a sejtek, a melyek physiologikusak. Mivel nem lehetett kielégítő módon megmagyarázni, hogy a physiologiai sejteknek magvai miért tartalmaznak jodot, ennek a kérdésnek a megfejtésére egy oly szerv vizsgálatát kellett megejteni, a melyről tudva van, hogy physiologiai körülmények között jodot tartalmaz: a pajzsmirigyét.

Emberi pajzsmirigyek egész sorozatát véve vizsgálat alá a fentebb leírt módszer szerint, már a metszeteknek megsárgulása a thallo-nitrat-oldatban elárulta azok jodtartalmát. Gőresővi vizsgálatra kitűnt, hogy a pajzsmirigy lényeges alkotó elemét képező hámsejtek mind egyikének magvában thallo-jodid foglaltatik, különösen nagy mennyiségben azokban a sejtekben, a melyek a tüszők külső határához fekszenek közelebb, kevésbé és még kisebb mennyiségben a lapos hámiban, azonban a tüsző közepét megtöltő kolloidban is biztosan kimutatható. A tüszőket körülölyő nyíló erekben vasos sárgásbarna csíkok és huzalok láthatók. A vérereknek csak az endothel magvaiban volt barnás színeződés, a mirigykötőszövet burkában pedig csak elszórva található a kötőszöveti sejtek magvaiban. A pajzsmirigy megvizsgálásánál tehát újlag feltűnő volt, hogy nemesak a specifikus funkciót teljesíteni hivatott hámiban és a colloidban van jod, hanem a véredények falzatában és a kötőszöveti sejtek magvaiban is.

Tovább haladva vizsgálataimban, a hypophysist tettem vizsgálat tárgyává és a benne foglalt úgy hámyszerű, valamint kötőszöveti jelleggel bíró sejtek magvaiban is találtunk thallo-jodidot.

Sorra vevén már most a többi szervet, lépét, májat, vesét, prostatát, gyomrot, belet stb., mindegyik sejtjeinek magvaiban kimutatható volt a thallium-próbával a jod.

Vizsgálataim alapján azok eredményeül a következő tételt állíthatjuk fel: Nemesak minden szervben, hanem a szervezetet alkotó sejtek mind egyikének magvaiban, továbbá a szervezet néhány helyén a magvakon kívül is (pajzsmirigy, hypophysis, bőr) foglaltatik jod.

Egyéb tárgy nem lévén, elnök az egyesület tagjainak kellemes üdülést kívánva, berekeszti az ülést.



## PÁLYÁZATOK.

35/1901. sz.

Az abrudbánya-erespataki „Nehezék-pénzalap“ választmánya halál-ozás következtében megüresedett abrudbányai orvosai állásra pályázatot hirdet. Ezen orvosai állással 1100 kor. fizetés, 240 kor. lótarás, 120 kor. szállás-pénz és 400 kor. drágasági pótlék van összekötve.

Az állás nyugdíjhoz van kötve.

Pályázati határidő 1901. évi június 28.

Felhívtnak a pályázni kívánók, hogy pályázati kérésüket orvostudori, erkölcsi és szolgálati bizonyítványokkal felszerelve a választmány elnökségéhez annál is inkább adják be, mivel az elkészen beérkező pályázati kérések figyelembe nem fognak vétetni.

Abrudbánya, 1901. évi május hó 28-dikén.

3-3

Ajtay Árpád m. p., v. elnök.

Képes Ferencz m. p., v. jegyző.

3964/1901. sz.

Maros-Torda vármegye marosi alsójárás területén Mező-Bánd nagyközség székhelyvel rendszeresített közegészségügyi körben a körorvosi állás lemondás folytán üresedésbe jöven, annak betöltésére ezennel újabb pályázat nyitattik s felhívtnak a pályázni kívánók, hogy oklevelüket s eddigi szolgálataikat igazoló bizonyítványokkal ellátott kérésüket alulírott főszolgabírói hivatalhoz folyó évi június hó 30-dikáig annyi is inkább adják be, mert később érkező folyamodványok figyelembe vétetni nem fognak.

Ezen állás a megyei pénztárból havi előleges részletekben felvehető 1600 kor. fizetés és 200 korona úti átalánnyal javadalmazva.

Ezen körhöz tartozó M.-Bánd, M.-Madaras, Mező-Kölpény, Száltelek és Székely-Maly községeket a megválasztandó körorvos havonként tartozik saját fuvarán beutazni, mikor is a rendelvény és látogatásokért 40 fillér külön díj illeti meg. Időközbeni látogatásoknál a fuvar természetben szolgáltatandó ki.

A választás idejéről folyó év július hó 1. napjának délelőtti 11 órája tüzetik ki s azt Mező-Bánd nagy községházánál fog megtartani.

Maros-Vásárhely, 1901. május hó 29-dikén.

2-2

A főszolgabírói hivatal.

369/1901. sz.

A kormányzatomra bízott Alsófehér vármegye kisenyedi járásában a járási orvosai állás elhalálózás folytán üresedésbe jöven, ezen Koczka község székhelyhez kötött, 1200 korona évi fizetés és 300 korona évi úti átalánnyal díjazott járásorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok és felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy családi állapotukat, eddigi alkalmaztatásukat, minősítésüket és a tisztiorvosi vizsga sikeres letételét igazoló okmányaikkal felszerelt folyamodványukat hozzám augusztus hó 1-éig annál is inkább terjesztsek be, mert a később beérkező kéréseket figyelembe nem veendőm.

Alsófehér vármegye főispánjától.

Nagy-Enyed, 1901. május hó 25-dikén.

3-2

Zeyk Dániel főispán.

5032/1901. sz.

A kápolnokmonostori körorvosi állásra pályázatot nyitok. A körorvosi székhely Kápolnokmonostor, heti és országos vásárokkal és gyógyszerházzal bíró község. A körlethez 23 község tartozik. A körorvos évi javadalmazása: 800 korona törzsfizetés és 400 korona utazási átalány. Ezen kívül az izraelita hitközségtől 200 kor. tiszteletdíj.

Az 1876. évi XIV. t.-cz. 143 illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében felszerelendő pályázati kéréseket f. évi július hó 20-dikáig kell beküldeni. Az állást a megválasztott augusztus 1-jén köteles elfoglalni.

Magyarláp, 1901. június hó 18-dikén.

3-1

Vass Imre, főszolgabíró.

469/1901. sz.

A Hont vármegye nagycsalomai járásában a járási orvosai állás megüresedvén, az 1000 kor. fizetés és 600 kor. úti átalánnyal javadalmazott állásra pályázatot nyitok.

Felhívom pályázni kívánókat, hogy kellőleg felszerelt kéréseiket (orvostudori oklevél, tisztai vizsgai bizonyítvány) hozzám folyó évi július hó 15-dikéig nyújtsák be.

Ipoly-ság, 1901. évi június hó 7-dikén.

Lits s. k., főispán.

4340/1901. kig. sz.

Torontál vármegye antalfalvai járás Czrepaja községében, melynek lakossága 5000 szerb ajkú, az orvosi állás lemondás folytán megüresedett.

A községi orvostól követeltetik: 1. Hogy az összes gyógytudományok tudora legyen. 2. Legalább egy évi magánygyakorlata legyen. 3. A szerb nyelven a betegekkel érintkezhesen. 4. Szegényeknél és az iskolás gyermekekénél az orvosi kezelést, sőt szegényeknél a halottkémlést is ingyen végezze. 5. Köteles a torontál-megyei orvosok nyugdíjgyűjtésébe belépni.

A községi orvos javadalmazása: 1. Évi fizetés címén 1600 korona. 2. Évi lakbér címén 200 korona. 3. Nappali látogatásért 40 fillér, éjjeliért 80 fillér. 4. A halottkémlésért 40 fillér. 5. A hásszempléért a megyei szabályrendeletben megállapított illetmények szedése.

Joga van a községi orvosnak a féltől gyors látogatás céljából kocsi kórnál, szegényekhez, kik lóval és kocsival nem bírnak, a községi előfogaton mehet, az előfogatot járványos betegségek alkalmával is felhasználhatja.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy a kellően felszerelt kéréseiket hozzám f. évi július hó 5. napjáig nyújtsák be, mert a később érkező kérés, mint elkészt, figyelembe nem vétetik.

A választást folyó évi július hó 9-dikén d. e. 9 órakor fogom Czrepaja községházánál megtartani.

Antalfalva, 1901. évi június hó 17-dikén.

2-1

Szárits, főszolgabíró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárt június 28-dikén:

Allami elmeorvosintézet második orvos. Nagy-Szeben. 1200 kor. f., 420 kor. lak. és élelm. Cím: Belügyminister.

Lejárt június 30-dikén.

Körorvos. Udvarhelym. Etéd. 1000 k. f., 250 k. u. á. Cím: Gálffy Kálmán főszb., Székely-Keresztur.

Gyári orvos. N.-Boeskö. Klotild I. m. vegyi ipar r.-t. 1248 k. f. Cím: Részvénytársaság igazgatósága N.-Boeskö.

## HIRDETÉSEK.

A Szinye-Lipóczi Lithion-forrás

Salvator



kifűnő sikerrel használtatik

vese, húgyhólyag, húgydara és kösvénybántalmak ellen, vizeleti nehézségeknél, továbbá a légző és emésztési szervek hurutos bántalmainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Csíramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

Füüdörvosi gyakorlatomat a nyári idényben

Herkulesfürdön

folytatom; e fürdőre vonatkozólag mindennemű felvilágosítással szívesen állok az igen tisztelt kartárs urak rendelkezésére.

KELEN JÓZSEF dr.

Budapesten, a körüti fürdőben létező rend. intézetem (forrólégkezelés, massage stb.) szept. hóig zárva tartom.

GLEICHENBERG

Javallatok: A légzőszervek hurutos betegségei, az emésztő-csatorna bajai, továbbá vérszegénység stb. Ellenjavallat: Tüdővész.

GYÓGYHELY.

Gyógyeszközök: Alkalikus-muriat. források: Constantin- és Emma-forrás; alkalikus muriat. vasasforrás: Johannisbrunnen; tiszta vasasvíz: Klausenquelle, savó, sterilizált tej (száraz takarmányozás), Kefyr, források-belégzés; fenyűgözk behelése (mindkettő külön kabinban), belégző-készülék, pneumatikus kamarák. Édes-ásványvizek és pezsgő calorisor-fürdők, fenyű- és aczófürdők. Nagy hydro-therapeutikus intézet terrain-kúra. Enyhe, langy-nedves, pormentes, szélsőséges levegő, erdő-lankás vidék.

Idény május 1-től szeptember végéig.

Felvilágosítás és prospektus ingyen.

Lakásmegrendelések a gyógyhely-igazgatóságnál Gleichenbergben.

Dr. KELEN ISTVÁN

rendel:

KARLSBAD, Alte Wiese, „Börse“-ház.

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A dugulás és annak következményei ellen, ú. m.: aranybántalmak, vértódlás, fejfájás, étványhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.

Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyvel alkalmazható előrehaladt korúknál és gyermekekénél. Semminemű drasztikus alkatrészeket, mint Aloés, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendszeres szorulásban szenvednek.

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

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerháza, Budapest, király-utca 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

Haemorrhoidák

nők és gyermekekénél is a jod-resorcin-sulfonsavas wismuth

minden neme ellen

Nem narotica. Minden kellemetlen mellékhatás nélkül. Kapható valamennyi gyógyszertárban, dobozonként 12 drb. 2.50.

Főraktár Ausztria-Magyarország részére:

Adler-Apotheke, Komotau (Böhmen).

Anusol

elnevezés alatt Suppositoria haemorrhoidalia Anusoli alakban a tisztelt orvos uraknak melegen ajánlatik.





**HOFFMANN BÉLA**  
gyógyszertára

a

**„Szt. Erzsébet“-hez**

**BUDAPEST,**  
VII. ker., Erzsébet-körut 21. sz.

A tisztelt orvos urak szíves figyelmébe ajánlja a



### Brómkenyér készítményét.

Valamennyi régi és újabb brómkészítmény közül **leghatékonyabb**, ezenfelül tápláló és az **emésztési szerveket nem támadja meg**. A leghosszabb időn át tűri a szervezet minden káros mellékhatás nélkül.

**Ára darabonként 30 fillér.**

Vidékieknek ajánlatos a „Bromofarina“ (liszt alakban) megrendelése.

Három kenyérkére való csomag ára 60 fillér.

Elkészítési utasítás mel'ékeltetik.

Kívánatra prospektusok és irodalom.

## Bártfa Dr. Hasenfeld Országos

### Fürdő

nőorvos május 25-dikén kezdte meg **ez idén is**, mint az előző években, **fürdőorvosi** működését **Bártfán** és szívesen szolgál e fürdőt illető bármely felvilágosítással. Lakás: **Bártfa, Divald-villa.**



magammal viszem a Dr. Sedliczky-féle **szab. fürdőtablettákat**, melyekkel mindenütt **sós-, fenyő-, kénes-, szénsavas-, lúp-, vas-** (Dr. Heller után) és (ischli kénes) **iszapfürdők** (utóbbiakat Dr. Mayer, Ischl szerint), kényelmesen, olcsón és pontosan adagolva, készíthetők. — Kapható valamennyi ásványvízkereskedésben, gyógyszerár- és drogueriában. Közvetlen rendelések a gyártóhoz Dr. Sedliczky, Hallein-Salzburg küldendők. Prospektusokat javalatokkal és ingyenes mintákat a gyár szívesen küld orvosok, kórházak stb. részére. Különösen figyelmeztetik, hogy a tabletták súlya miatt (darabonként 1/2—5 kilió) nem a postai, hanem csak a vasúti szállítást ajánlható. Ugyanott készíttettek: **Sós-inhalió-pastillók** aetherikus olaj hozzájuttatással vagy a nélkül belégzésre és porlasztásra a bázban. Begöngyölési ezélokra ajánlatnak ischl kénes iszapfürdőtabletták Dr. Mayer főorvos Ischl, szerint és a lúpvásfürdőtabletták Dr. Heller szerint.

Kapható Budapesten Édeskuty L. cs. és kir. udv. szállítónál.

## REINIGER, GEBBERT & SCHALL

**Wien, IX/3., Universitätsstrasse Nr. 12.**  
**Berlin—Erlangen—München.**

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

**Röntgen-berendezések. Villamos fényfürdők.**

*Képes árjegyzések ingyen és bérmentve.*

Képvisező Budapesten:

**WONKE REZSŐ műszerész**  
VI., Ó-utca 42 (Mintaraktár).

# Diabetes mellitus

Hygienikus étrendi präparatumok, diabetikus sütemények külön osztálya.

**Kevés szénhydratum, nagyfokú tápláló érték!**

Orvos uraknak minták díjmentesen küldetnek.

**Prospectus ingyen. — Orvosi felügyelet és ellenőrzés.**

Műszaki vezetőség: **EM. GOLDSCHIEDER.**

Gyártás és szétküldés: **Wien, JOSEF RITZ, IX., Spitalgasse 33.**

**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 kívánatra ingyen küld az igazgatóság. Telefon.



**Giesshübl-Sauerbrunn**  
gyógyhely és vizgyógyintézet  
Karlsbad mellett

Ivó- és fürdőkúrák.  
Klimatikus és utókúrákra való gyógyhely.  
Legjobb diaceticus és üdítő ital.

**HEINRICH MATTONI**  
Giesshübl-Sauerbrunn, Karlsbad, Franzensbad, Wien, Budapest.  
Budapesti raktár **ÉDESKUTY L.** czégnél.

## MISDROY, tengeri fürdő

**Wollin-sziget, Pommeránia.**

Remek fekvés, nyílt tengerpart, a helységig terjedő szálal erdő. Tengeri-, sós-, lúp-, szénsavas és villanyfürdők; napfürdő. Szakorvosi massage. Vezető fürdőorvos: **dr. RÖCHLING** udv. tanácsos. Mindennemű szórakozás és sport. Bármely követelményeknek megfelelő lakás és ellátás. Közvetlen vasúti összeköttetés Berlin városával 5 órában.

Prospektusokat küld a **fürdőigazgatóság.**

## LIPIK

**I. rangú fürdőhely Szlavóniában.**

Egyetlen jódtartalmú alkalikus hőforrás (64° C.) a kontinensen.

Első díjakkal kitüntetve: Budapest 1885 és 1896, London 1893, Bécs és Róma 1894 és Brüssel 1897.

A lonjavölgyi vasút állomása (Dugosellon át). Azonkívül a déli vaspálya állomása, Pakrae—Lipik—Kanizsán és Barcon át. (Zónatarifa.) Indulás Budapestről a m. á. v. fiumei gyorsvonatával 7 óra 15 p. reggel, érkezés Lipikre 1/26 óraker délután.

Romániából, Bulgáriából, Szerbiából, Boszniából Brod-Novszkán át közvetlen kocsiosszeköttetéssel május—szeptember: Szeged-Lipik d. u. 4.34 és vissza Lipik-Szeged d. e. 8.35.

Minden irányban nappali gyorsvonatok.

64° C. hőmérsékletű hőforrása gazdag natriumtartalmánál (magyar Ems) és jódvagyületeinél fogva fürdő- és ivókúrára kiválóan alkalmas.

Kitünő hatású idült gyomor-, bél-, gégehurtnál, hólyagbajoknál, köszvény- és csúzos bajnál, ischiásnál, azonkívül vérbetegségeknel, görvélykórnel és egyéb mirigy- és csontbántalmaknál.

A legkényesebb igényeknek megfelelő fürdőberendezés (porcellán-, márvány-, izzasztó- és bassinfürdők), fényesen berendezett szállók, új gyógyterem, gyermekgyógyintézet, zongora-, társalgó-, éttermek, kávéház stb., gyönyörű fedett sétány, remek évszázados park, lawn-tennis; mindenütt villamos világítás. Kitünő zenekar.

Hivatalos fürdőorvos Szemerey Bertalan dr.

Jódvíz szétküldése egyenesen a forrástól. Főraktár: **ÉDESKUTY L.**, Budapest. Jódforrássó közvetlen a fürdőigazgatóságnál, Lipiken, rendelhető. Bővebb felvilágosítással és fürdőleirással szívesen szolgál

a **fürdőigazgatóság.**



# S Z E M É S Z E T.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. *Leitner Vilmos* dr.: Az újszülöttek genyes szemgyulladásának megelőzése. — *Fejér Gyula* dr.: A szemhéjgörcs neuropathikus alakjairól. — *Irodalom-szemle.* — *Vegyesek.*

## Az újszülöttek genyes szemgyulladásának megelőzése.

Irta: *Leitner Vilmos* dr., a Stefánia-gyermekórház szemész-főorvosa.<sup>1</sup>

A szem hygienéjével foglalkozó tudósok egyik legkiválóbbja, *Cohn Hermann* az újszülöttek ophthalmoblenorrhoeájáról írt egyik jeles közleményét azon nagy fontosságú kijelentéssel zárja be, hogy a *blennorrhoea neonatorum* olyan betegség, melynek minden művelt államból, lehet és kell is eltűnnie. S e kijelentés, ha utopiának látszik is első pillanatra, beigazoltnak mondható az előzményei után. A követelés, melyet jelez, nem teljesíthetetlen, s a magas cél, bár nehéz úton, de elérhető. Hogy e céltől még nagyon messze vagyunk, ez csak serkentés és buzdításul szolgálhat arra nézve, hogy azok, kiknek ez ügyvel foglalkozni hivatásszerű kötelességük, mindent megtegyenek az akadályok elhárítása, s a kitűzött cél érdekében. E fontos közügynek sok gondot és fáradságot szentel orvos és állam egyaránt, s a vészes betegség kiirtására mindenütt látható a törekvés; az alkalmazott óvórendszabályok, utasítások és rendeletek sokfélesége azonban arról tanuskodik, hogy megállapodás az eszközökben még nem jött létre. E kérdésre vonatkozó különböző felfogásokat mérlegelni, s esetleg egy, a hazai viszonyainkra alkalmazható legjobbat megtalálni tüztem ki jelen feladatomból, s erről óhajtók röviden a t. Orvosegyesületnek beszámolni.

Hogy egy betegség jelentőségét egészében megismerjük, ahhoz a betegágnál szerzett tapasztalatokon kívül a statisztikára is szükségünk van; ehhez kell fordulnunk, hogy fogalmat nyerjünk azon pusztításokról, melyeket az az emberiség soraiban véghez vitt. S ha így végigtekintünk az újszülöttek szembajának statisztikáján, megdöbbenve látjuk azon óriási számokat, a melyben e betegség az áldozatait szedi s rémülettel gondolunk ama szerencsétlenek ezreire, kiknek szemök világa oly könnyedén megmenthető lett volna. Mellőzve az egyes kimutatások részletes adatait, csak annyit említek fel, hogy az összes vakoknak körülbelül 10%-a, a tíz éven alóliaknak körülbelül 50%-a s az első életéven belül szerzett vakságoknak körülbelül 72%-ában a blennorrhoea neonat. volt a megvakulás oka. S ha meggondoljuk, hogy e vakok rengeteg többsége a szegény, nyomorult sorsúak osztályából kerül ki, a kiknek nagy részéről utóbb az államnak kell gondoskodnia, világos lehet előttünk, hogy mily óriási munkaerő benuul meg e betegség miatt egyrészt s hozzá még mekkora anyagi áldozatába kerül az országnak e szegény vakok fentartása. Nem szenvedhet tehát kétséget, hogy a baj elhárítása nemcsak az egyén érdeke, hanem nagyfokban a közjóé is.

A küzdelem az ophthalmoblenorrhoea ellen, mondhatjuk oly régi, mint maga a betegség, csak az irány változott a szerint, a mint a bántalom okát illető felfogások és ismeretek az idők folyamán módosultak. A betegség specifikus fertőző jellegének felismerése előtt különböző külső viszonyoknak tulajdonítván a szembajt, ezek ellen irányult a védelem. Óvták az újszülött szemét a nagy melegtől, hidegtől, nedvességtől, világosságtól s a rossz levegőtől. Később az anya hüvelyfolyása került gyanúba s a blennorrhoeás váladék fertőző képessége már a mult század első tizedében, midőn *Jäger Frigyes* kísérleteit

végezte, ismeretes volt. A stockholmi szülőklinika azon észleleteit, hogy az újszülöttek szemgyulladása valószínűleg a vaginális váladék fertőzése útján származik, 1832-ben tették közzé. *Mackenzie* már ajánlja, hogy az infectio elkerülése végett ne csak az újszülött szeméit mossák le, hanem az első két szülési szakban a vaginát is öblítsék ki langyos vízzel vagy alkaliás oldatokkal. Ez már nagy lépés a prophylaxisban, mely hosszú időn át tényleg mint a legsikeresebb eljárás gyakoroltatott is. Nem sokat módosított ezen *Hausmann* sem, midőn 1879-ben azt javasolta, hogy a szülés befejezése előtt minden bővebben elválasztó hüvelyt 2%-os carbol-oldattal kell kiöblíteni s később a gyermek szeméit is, még mielőtt kinyitná, 1%-os carbolba áztatott vattával tisztogassák meg. A megbetegedések valóban ritkábbak lettek. *Credé* is ily módon járt el jó ideig, azzal a különbséggel, hogy nem carbolos vattával mosta le a szemeket, hanem 1:60 borax-oldatot cseppentett a szembe és pedig kezdetben csak a blennorrhoeás anyák gyermekeinél. Eredményeivel azonban nem volt megelégedve s a szemorvosok azon tapasztalatából kiindulva, hogy az ophthalmoblenorrhoeák kezelésénél az argent. nitricum kitűnő szolgálatot tesz, s hogy orvosok magok is e szer becseppentéséhez folyamodnak, ha véletlenül blennorrhoeás váladék kerül a szemükbe, 1880. június 1-től kezdve új eljárást kísérletet meg lipcsei szülőklinikáján.

Ez abból állott, hogy a szemhéjak előzetesen vízzel való lemosása után üvegpálczikával valamennyi újszülöttnak, kivétel nélkül egy csepp 2%-os argent. nitr.-oldatot vitt a szemébe, s utána 24 óráig 2%-os salicylvizes borogatást alkalmaztatott. E mellett a hüvelyöblögetéseket teljesen elhagyta. Az eredmény meglepő volt; míg ugyanis a blennorrhoeás megbetegedés az intézetében azelőtt átlag 7.6% volt, az új eljárás meghonosítása óta az első három évben 1160 élve született gyermek közül mindössze csak egy betegedett meg s erről is kitűdött, hogy a nagy munkában tévedésből nem kapott cseppet a szemébe. Valamennyi gyermek ment maradt még a legkisebb fokú gyuladástól is, sőt nemcsak a blennorrhoea szűnt meg, hanem minden más fajta kötőhártyaizgalom is majdnem teljesen eltűnt. Kellemetlen mellékhatás sohasem volt; némely esetben, különösen koraszülött gyermekeknél a becseppentés után néhány óra múlva a conjunctiva vérbősége és fokozott elválasztása következett be, azonban e tünetek is többnyire már az első napon, de legkésőbb 3—4 nap után minden kezelés nélkül megszűntek. Az újszülöttek legnagyobb részénél absolute semmi reactio nem állott be s a cornea részéről a legesekélyebb káros következmény sem volt észlelhető.

Igy szól *Credé*nek 1883-ban megjelent közlése korszakot alkotó felfedezéséről, melyet *Stieler* a *Lister* antisepsisével egyenrangúnak mond. Az új eljárás nemcsak az alkalmazott szer minőségében tér el az előbbiektől, hanem a prophylaxist általában új alapra fektette. *Credé* módszere a szem külső megmosását és a hüvely desinfiálását mellékesnek tartva, sőt ez utóbbit teljesen mellőzve, directe a szem fertőtlenítésére törekszik s ebben különbözik lényegesen valamennyi előző óvóintézkedéstől. Hogy helyes úton járt *Credé*, midőn a hüvely kiöblítésétől a szem megóvása tekintetében hasznot nem várt, azt a későbbi vizsgálatok is igazolták. Így *Ljcow*nak szülőkön tett nagyszámú tapasztalatai azt bizonyítják, hogy a vaginának 1:2000 sublimat-oldattal való kiöblítése nem pusztítja ki a coccusokat s tehát nem is védi az újszülöttet a fertőzéstől; 30 esetében, midőn csak ily öblítéseket végzett, tény-

<sup>1</sup> Előadta a budapesti kir. orvosegyesület 1901. május 18-dikán tartott ülésén.



leg 5 blennorrh. neonatorum fordult elő, míg 914 Credé szerint kezelt újszülött közül egy sem betegedett meg.

A szem külső megmosását célzó óvó eljárásokról még szó lesz, lássuk most, mily hatással van az argent. nitric. prophylacticus beecseppentése a megbetegedési viszonyokra. Könnyebb összehasonlítás kedvéért egy táblázatba foglaltam ugyanazon észlelőknek a Credé előtti és utáni adatait s mellőzöm — noha értékesek — azokat, a melyeknél ezen összehasonlítás nem tehető meg. Az adatokat Köstlin statisztikájából veszem, a ki 31 szülőintézet révén összegyűjtött 24,724 újszülöttről tesz jelentést.

Credé előtt			Credé után	
	Ujszülöttek száma	Megbetegedés %-ban	Ujszülöttek száma	Megbetegedés %-ban
Credé, Lipese 1874—80	2266	9.97	1160	0.08—0.17
Haidlen, Stuttgart 1877—80	1476	11.65	978	0.1
Caro, Königsberg 1873—77	—	3.72	1254	1.44
Beumer és Peiper, Greifswald 1858	—	41.9	109	1.7
Artémieff, Tiflis 1873—83	1025	2.9	204	0.3
Königstein, Bécs 1881	1092	4.76	1300	1.0
Mendes de Leon, Amsterdam 60-as évek	—	3.0—6.3	870	0.3
Konrád, Nagyvárad 1881	—	6.0—10.0	714	0.14
Karafiáth, Budapest 1881-83 stb.	—	4.13	130	0.72
Összesen	17767	9.23	24724	0.65

Ide csatolom még azon legújabb adatokat, melyeket a budapesti, nagyvárad, szegedi és pozsonyi bábaképezdek igazgatói kérésemre szivesek voltak rendelkezésre bocsátani.

	Ujszülöttek száma	Megbetegedés %-ban	Becseppentésre használt oldat
Dirner, Budapest 1898—900	1304	0.38	1% arg. nitr.
Konrád, Nagyvárad 1897—900	505	1.98	2% " "
Mann, Szeged 1896—900	695	1.44	1% " "
Velits, Pozsony 1896—1899. jun. 14.	699	1.42	2% " "
Összesen	3203	1.30	
Továbbá:			
Velits, 1899. jun.—1900.	303	1.98	Itrol

Köstlin statisztikája tehát azt mutatja, hogy míg a szülőintézetekben az ophthalmoblennorrhoeás megbetegedések Credé előtt átlag 9.23%-ban fordultak elő, addig az argent. nitr. beecseppentése óta e szám lecsökkent 0.65%-ra.

A hazai intézetekből gyűjtött adataim összesen 3203 újszülötthez vonatkozólag átlag 1.3% megbetegedést jeleznek. A fentebbi kimutatással szemben e kedvezőtlenebb arányszám azonban következtetésekre nem használható fel és semmiképp sem vonhat le a Credé-eljárás értékéből, mert viszonylag csekély számú megfigyeléseken alapszik. Az egyes intézetek különböző eredménye az alkalmazás módján vagy talán egyéb külső körülményeken mulhatik.

A fényes eredmények dacára Credé eljárása nem nyert általános elterjedést a nagy gyakorlatban, de még a szülőintézetek egy része sem fogadta el. E jelenség okaira később rátérünk; ismerkedjünk meg előbb más eljárásokkal, melyeket helyette ajánlottak és alkalmaznak. Egész serege van azon szereknek, melyeket a blennorrhoea neonatorum prophylacticumaként ajánlottak: hydrargyr. oxycyanatum, acid. salicylicum, kal. hypermang., jodoform, aqua chlori, hydrogen. hyperoxydat., zinc. sulfocarbolicum, resorcin, alkohol, thymol,  $\beta$ -naphthol, valamint a carbol, sublimat s a tiszta víz. Legnagyobb részüket azonban csak kevesen kísérelték meg s azok is többnyire hamar elhagyták, úgy hogy használhatóságukról nem is kell szólnunk; ellenben a carbol, sublimat s a víz s újabban egyesek részéről a jodtrichlorid nagyobb számú esetekben nyertek alkalmazást s így értéküket, illetőleg legalább megközelítő fogalmat nyerhetünk.

Az eredmények könnyebb megítélhetése céljából a Credé előtti időszakokkal hasonlítom össze az adatokat s Köstlin statisztikájából lehetőleg azokat szemeltem ki, a melyekre nézve ezen összehasonlítás megtehető:

Credé előtt			Carbol	
	Ujszülöttek száma	Blennorrh. neonat. %	Ujszülöttek száma	Blennorrh. neonat. %
Olshausen, Halle	—	12.5	—	3.6—8.8
Königstein, Bécs	1092	4.76	1541	2.0
Krukenberg, Bonn	—	7.0	82	13.4
Valenta, Laibach	—	3.5	—	1.6
stb.				
Sublimat				
Ahlfeld, Marburg	2191	5.2	—	0.61
Stratz, Berlin	—	—	965	0.6
Fritsch, Boroszló	—	—	486	0.4
Erdberg, Dorpat	—	—	450	0.43
stb.				
Widmark, Fleischhauer és Olshausen csak annyit említene, hogy eredményeik rosszak voltak.				
Steril víz				
Abegg, Danzig	—	—	2266	3.0
Schirmer, Erlangen	—	10.0	50	0.5
Kaltenbach, Halle	—	—	330	0.0
Ahlfeld, Marburg	—	—	—	0.0
Cohn, Berlin	—	—	200	4.0
Korn, Drezda	—	—	1000	0.7
Sutugin, Moszkva	—	—	—	0.29
Rivière	—	—	35	17.0
stb.				
Jodtrichlorid				
Buchholz, Dorpat	—	—	201	1.0
Keilmann, Dorpat és Boroszló	—	—	500	1.4

Ezen eljárások a Credéével szemben a prophylacticus intézkedéseknek egy másik nagy csoportját képviselik, melyeknek közös elve, hogy nem a conjunctivazsákba jutott fertőző esirokat támadják meg, hanem csak a szemeknek a fej megszületése után azonnal való megtisztogatását tűzik ki célul s mint kiegészítő intézkedést, a hüvely desinfiálását gyakorolják. A felhozott számok hirdetik, hogy az eredmények ezen eljárások követése mellett is egyes helyeken jól, sőt itt-ott kifogástalanok, de az is feltűnik, hogy mások ugyanazon módszerrel sokkal rosszabb sikereket értek el. Átlagos százalékszámot külön mindegyik eljárásra vonatkozólag az aránylag csekély számú megfigyelések miatt meghatározni nem helyes s így mind a négy utóbb említett összevéve, azt találjuk, hogy összesen 10,538 megfigyelt esetre 2.72% blennorrhoeás megbetegedés esik. Megjegyzem, hogy a Köstlin statisztikájának nem minden adata volt felhasználható ezen arányszám meghatározására, mert egyes észlelők a megbetegedések százaléka mellett nem jelölik meg a megfigyelések számát; az elhanyagolt százalékszámok azonban számításom szerint nem változtatnak lényegesen az eredményen.

Az ez idő szerint rendelkezésünkre álló statisztikai adatok tehát azon következtetést engedik meg, hogy az ophthalmoblennorrhoea neonatorum többféle eszközzel és különböző biztonsággal hárítható el. Legtöbb tapasztalatunk van a Credé-féle eljárásról, mely 24,724 megfigyelés alapján 0.65% megbetegedést tüntet fel, míg a részletesebben ismertetett többi négy prophylacticus intézkedés, mint láttuk, átlagban 10,538 észlelt eset után 2.72% blennorrhoeát mutat fel. Ez utóbbi eljárások közt a carbol nyújtja a legrosszabb adatokat; a sublimat egyesek kezében jó szolgálatot tett ugyan, de sokan nagyszámú hurutról tesznek említést, melyet e szer okozott, Widmark, Fleischhauer és Olshausen pedig egyenesen rossz hatását látták e módszernek. A steril vízzel való tisztogatást többen igen jó sikerrel gyakorolták; a nagy különbség azon-



ban, mely az eredmények jóságában (0·0—17·0%) mutatkozik, határozottan az eljárás megbízhatósága ellen szól. Kaltenbach, a ki ezen eljárás mellett a legszebb eredményt (0·0%) érte el, a hüvelynek sublimáttal való irrigatioját is végezte s a hol ez már nem volt keresztülvihető, ott ő is a Credé eljárását alkalmazta. Vizzel való öblögetés után különben Hofmeier egy esetben súlyos keratitist is észlelt.

Mindentől eltekintve, úgy a sublimat-, valamint a steril vizzel való mosások megbízhatósága felett a tapasztalatok elégtelensége miatt véglegesen dönteni nem lehet. S ez áll a jodtrichloridra is. Keilmann ajánlotta, hogy a genyes gyuladás elkerülése végett az újszülött szemei rögtön a fej megszületése után jodtrichlorid-oldattal külsőleg mosassanak meg; ő maga 500 esetben alkalmazta az eljárást s az eredmény az volt, hogy blennorrhoea a születést követő öt napon belül egyszer sem fordult elő. Ez alapon Keilmann a jodtrichloridot az argentum nitricumnál hatásosabbnak s a Credé eljárását elavultnak jelentette ki. A dolog azonban úgy áll, hogy a Küstner iskolája, melynek Keilmann is híve, a korai és késői megbetegedéseket különválasztják s ez utóbbiakat nem röjják fel a prophylacticum számlájára, mondván, hogy minden ophthalmoblennorrhoea, mely az ötödik napon túl lép fel, már nem a születésnél történt infectióból származik, hanem egy későbbi időszaktól, midőn tehát a már előbb alkalmazott óvó eljárás hatástalan marad. Köstlin és Cohn H. e feltevést erősen megtámadja s előbbi kimutatja, hogy az utóinfectionnak vett megbetegedéseket is beleszámítva, a jodtrichloriddal elért eredmény (1·4%) mögötte áll a Credéének.

Itt néhány szóval meg kell emlékeznünk az infectio módját illető felfogásokról s az úgynevezett utóinfectioról is. A nézetek e pontban még nem jutottak megegyezésre s míg a szerzők egy része azt vitatja, hogy születés alatt infectio nem lehetséges, mert a szembéjak zárva vannak, addig a másik rész azt a nézetet vallja, hogy szülés alatt a szembéjakat a méhszáj széthúzza, sőt ki is fordítja, úgy hogy fertőzésre már ilyenkor bőven meg van az alkalom. Azt hiszem, a középúton van az igazság. Valószínű, hogy a szemek infectiója az esetek egy részében csak a születés után következik be, erre vall az a körülmény, hogy a szemeknek csak külsőleg való megtisztogatása is, szigorú cautelák mellett végezve, tényleg képes egy bizonyos százalékban megakadályozni a szembaj kifejlődését. Ama tény azonban, hogy ugyanazon intézetekben, ugyanoly viszonyok között az ily külső lemosás sikertelen is maradhat, továbbá azon tapasztalat, hogy újszülöttek már több ízben kifejlődött ophthalmoblennorrhoeával jöttek a világra, megokolttá teszi, hogy a fertőzésnek intra partum való lehetőségét is elfogadjuk. Érdekes idevágó észlelést közöl Nieden, mely azt látszik bizonyítani, hogy a szemek infectiója már a magzatburkokon belül is megtörténhetik. Esetében egy burokban született magzatról van szó. A burok csak a teljes megszületés után nyitott meg, úgy hogy bizonyos, miszerint a szem a szülőutakkal nem volt érintkezésben; a megnyitáskor ügyeltek arra, hogy a szem a külső fertőzéstől tökéletesen megvédessék s a szembéjakat sublimat-oldattal is lemosták, Credé azonban nem alkalmazta. 24 óra múlva genyes gyuladás lépett fel, olyan a minő az előző 4 gyermeknek is volt, csak a lefolyás volt enyhébb az említett négy esetben.

Kétségtelen tehát, hogy fertőzés már szülés alatt bekövetkezhetik; hogy mily gyakran, azt persze nem mondhatjuk meg, mert direct bizonyítékunk a fertőzés megtörténteire olyankor, midőn a születés után közvetlenül még a szemeken kóros eltérés nem látható, nincsen. Az a körülmény azonban, hogy ily fertőzésnek a lehetősége sohasem zárható ki biztonsággal, a prophylaxisra nézve szükségkép azt a következtetést vonja maga után, hogy minden óvintézkedést, mely magát a kőbőhártyaszakba esetleg már belejutott fertőző csírokat támadja meg, a priori megbízhatóbbnak kell tekintenünk, mint az olyant, amely csak a post partum való infectio lehetőségével számolva, pusztán a szem külső megtisztogatására szorítkozik. Mert eltekintve attól, hogy a szemek lemosása rögtön a fej megszületése után, csak kellő személyzettel rendelkező intézetekben vihető keresztül, okvetlenül több garantiát nyújt az oly

eljárás, a mely egy, esetleg már előbb megtörtént fertőzés ellen is irányul. S tényleg azt látjuk, hogy míg Credé egyszerűen a szembe csepegtetett argent. nitricummal éri el a kitűnő eredményeket, addig minden más eljárással a szem külső letisztogatásán kívül a hüvely antiseptikus öblögetése is együtt jár s az eredmény még sem tanuskodik a megbízhatóság olyan mértékéről, mint a milyennel a Credé módszere dicsekedhetik.

A bemutatott statisztikákból feltűnhetett az a jó eredmény, melyről egyes szerzők a szem külső lemosása után beszámolnak. Nem kételkedem, hogy ily eljárások is bizonyos körülmények közt jó sikerrel járhatnak; midőn azonban ezen eljárások megbízhatóságát kutatjuk, nem elégedhetünk meg a pusztá számokkal s épen ama bizonyos körülmények ismerete fontos. S így nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy ezen óvó-rendszer szabályok mind jól vezetett és gondosan berendezett intézetekben történtek, a hol a szemek megtisztogatását rögtön a fej megszületése után gyakorlott, intelligens egyén végezte. Könnyen elgondolható, hogy intézetben kívül, midőn a baba egyedül, felügyelet nélkül működik, az eljárás ama cautelák hiányában egészen más eredményeket fog mutatni. Ezt alább számmal is igazolni fogjuk. További körülmény, melyet számba kell vennünk az, hogy az észlelők majdnem mindnyájan nagyobb számú hurutot is említenek, melyet azért, mivel gonococcut a váladékban nem találtak, szívesen mellőztek statisztikájukból. Tudjuk azonban, hogy a gonococcus hiánya csak sokszor ismételt vizsgálat alapján értékesíthető s megtörténhetik, hogy több könnyebb gonorrhoeás ophthalmia, melynél 1—2-szeri vizsgálat negatív eredményt adott, mint egyszerű hurut szerepel. A statisztika megítélésénél fontosnak tartom végül a bacteriologiai kutatás újabb eredményeit, melyek azt mutatják, hogy a blennorrhoea neonatorumot nemcsak a Neisser-féle gonococcus okozhatja, hanem klinikailag teljesen hasonló megjelenésű bántalmat más microorganismusok is létrehozhatnak. Haab, Kroner, Schmidt-Rimpler, Axenfeld, Chartes s legújabban Groenouw pontos vizsgálatai kiderítették, hogy a pneumococcus, streptococcus pyogenes, staphylococcus albus és aureus, a bacter. coli commune, a pseudoinfluenza-bacillus, a Friedländer-féle bact. pneumoniae s egyéb microorganismusok a gonococcus nélkül is idézhetnek elő oly gyuladást, mely a gonorrhoeás eredetű ophthalmiától csak a mikroszkop útján különböztethető meg. Miután pedig a dolog természetéből folyik, hogy az, a ki valamely módszerrel kísérletez, lehetőleg minden esetben igénybe veszi a mikroszkopot s a gonococcus hiányában csak hurutról beszél, könnyen megeshetik, hogy a statisztikája kedvezőbb számokat mutathat fel, mint azé, a ki Credé szerint kezelve, de bacteriologiai vizsgálatot nem végezvén, az esetleges hurutokat is felszámítja kimutatása rovására.

A mi pedig az utóinfectiót illeti, tagadhatatlan, hogy bármely prophylacticus intézkedés daczára is egy későbbi fertőzés folytán előállhat az ophthalmoblennorrhoea, a mely ellen természetesen a születés után azonnal foganatosított óvó eljárás nem védhet meg. Ily utólagos fertőzés létrejöhet akár az anya, akár más, a gyermek körül foglalatzkodó személyek útján és pedig úgy, hogy az anya lochialis kankós váladékával fertőzött kéz vagy tárgy közvetíti az infectiót, avagy oly módon, hogy az újszülött egy másik, már e bajban szenvedő újszülött szemének genyes váladékával ragályoztatik. Ha azonban szülőklinikákról vagy egyéb zárt intézetről van szó, akkor ily utóinfectio felvétele nagy óvatosságot kíván, annál is inkább, mert fel kell tételeznünk, hogy e helyeken minden megtörténik annak elkerülésére; s ha megengedjük is az utólagos ragályozás lehetőségét, biztossággal kimutatni mégis csak a legkritkább esetekben sikerül. Másképp áll a kérdés természetesen az intézeteken kívül, a hol a szükséges tisztaságra vajmi ritkán fordítanak oly gondot, mely az újszülött szemének utólagos fertőzését úgyszólván kizárná. Semmikép sem volna azonban korrekt eljárás, ha épen a statisztikát készítő intézetekről tennők fel, hogy ott a másodlagos fertőzés a könnyű lehetőségek közé tartoznék. De nincs is szükségünk per absolutum a secundaer infectiók felvételére, mert az 5-ik napon túl keletkező ophthalmiákat is nagyon jól meg lehet magyarázni a fertőzés kisebb virulentiájából, illetve a hosszabb



incubatióból. S ha tudjuk, hogy a húgycső-gonorrhoea lappangási időszakának felső határát *Lesser* hét napot, sőt *Zeissl* 12—16 napot is hajlandó felvenni: erőszakosnak látszik, hogy épen a szem gonorrhoeás megbetegedésének incubatiójánál végső terminusul az 5-ik napot tekintsük s minden azon túl támadt blennorrhoeát utóinfectióból származtassunk. Ez alapon nem is volna megmagyarázható, hogy miért oly kivételesen ritkák a megbetegedések a 10-ik nap után, holott az alkalom az utólagos fertőzésre csakúgy meg van a 3-ik, mint a 8-ik napon vagy azon túl is. Az a sokszoros tapasztalat ellenben, hogy minél később lép fel az ophthalmoblennorrhoea, annál enyhébb lefolyású szokott lenni, határozottan ama felfogás mellett szól, hogy ezen késői megbetegedések is már a születésnél bekövetkezett gyengébb virulentiájú infectióból származhatnak.

Visszatérve ezek után Keilmann statisztikájára, bátran beszámíthatjuk az utóinfectiónak vett eseteket is a kimutatásba, s mondhatjuk, hogy az általa ajánlott jodtrichlorid-lemosás eredmény tekintetében mögötte áll a Credé eljárásnak, s korántsem tette még azt elavulttá, nem is említve, hogy oly kis számú esetekből valamely eljárás megbízhatóságára nézve annyira messzemenő következtetést, mint a milyenre Keilmann ragadtatta el magát, egyáltalán nem vonhatni.

S így a blennorrhoea neonatorum elhárítását célzó leg-tökéletesebb eljárásnak ma is még a szemek desinfectióját kell tartanunk oly alakban, a mint azt Credé ajánlotta. Igaz, hogy ezen eljárás sem szorította ki teljesen, még a szülőintézetekből sem a genyes szemgyuladást; 0% mellett még mindig találkozunk 1—2% megbetegedéssel, sőt Cohn Hermannak 13 orvostól szerzett tudósításában 310 újszülötthez credézés daczára 36 blennorrhoea esik, a mi 12%-nak felel meg. Igen tanulságos azonban e szám mellett ugyanazon szerzőnek egy másik kimutatása, mely szerint 201 esetben, midőn a szemeken csak külső lemosást végeztek, 68 blennorrhoea fordult elő, a mi 34%-ot jelent. Megengedve és feltételezve is, hogy mindkét módszert gyakorlókat sok hiba és mulasztás terhel (a 12% megbetegedésről szóló jelentésből kitünik, hogy a becseppentés alkalmával egyszer sem volt orvos jelen), a 12% betegségi eset még így is élénken beszél a 34%-kal szemben.

Az a tapasztalat egyébként, hogy az argent. nitric. becseppentése daczára ophthalmoblennorrhoea elvéve észlelhető, még nem az eljárás megbízhatatlanságát jelenti. Minden ily megbetegedésről tudnunk kellene, hogy a csepp tényleg a szembe jutott-e, s hogy mikor alkalmazták a becseppentést. Mert a mennyire nem irrelevans az, hogy a csepp a conjunctivára kerüljön s ne az arcz bőrén csorogjon végig, az sem közömbös, vajjon a becseppentés Credé előírása szerint azonnal a füröszítés után történt-e, avagy csak a születés után néhány óra múlva. Hiszen csak azt kell vennünk, hogy egy asphyxiás magzat feleléstése vagy valamely atoniás vérzés csillapítása, kellő segédlet hiányában könnyen érthetővé teszik az elhamarkodott és hibás vagy elkésett becseppentéseket. Ily értelemben vett hibák és mulasztások helyenként valószínűleg előfordulnak, s bizonyára nem az argent. nitricumon, hanem a vele való elbánáson múlik az, hogy míg egyesek kimutatásában 0%, addig másoknál közel 2% megbetegedést találunk.

Az átlagos morbiditás credézés után, mint azt Köstlinnek 24,724 esetből összeállított kimutatás alapján láttuk, 0.65%-nak felel meg s bár ez eredmény tökéletességében minden más eljárását jóval felülmúlja, nem hiányoztak s ma sem hiányzik a törekvés, hogy más óvó módszer találtassék ki. E törekvés főokát abban kereshetjük, hogy az argent. nitricumnak valamelyes kellemetlen mellékhatása is van s ez az, hogy nem ritkán *hurutos állapotot idéz elő a kötőhártyán*; ezt a Credé-eljárás hátrányaként nagyon sok észlelő felhozta; különösen a koraszülötteknél szokott hevesebb conjunctivális izgalom keletkezni. Mindannyian elismerik azonban, hogy a hurut többnyire néhány nap alatt nyom nélkül elmúlik, s hogy a becseppentéstől még soha senki maradós káros hatást nem látott. Sőt vannak, kik még hurutot sem észleltek s azt tartják, hogy erősebb izgalmi tünetek fellépése mindig hibás alkalmazásra vall. Így *Leopold* említi, hogy a drezdai klinikán, a

mióta a vezetést ő vette át, s szigorúan ügyelnek, hogy az argentumból csak egy csepp jusson a szembe, 1000 újszülött közül egynél sem látott következményes hurutot, holott azelőtt a szemhéjak duzzanata s a kötőhártya hurutja a gyakori jelenségek közé tartozott. Credé maga sem tapasztalta, hogy a conjunctiva nagyobb reakcióval felelt volna az egy csepp argent. nitricumra. Az ily hurutok, úgy látszik tehát, arra vezetendők vissza, hogy nagyobb mennyiségű pokolkő-oldat jut többször a szembe. De megengedve, hogy a hurut még a leg-gondosabb elbánás mellett sem kerülhető el, ez az egyedüli, a mivel a Credé módszere ellen érvelni lehet. Ez érv azonban az eljárás nyújtotta hatalmas előnyök mellett oly gyenge, hogy komolyan számba sem vehető.

Az argentum nitricumnak ezen említett mellékhatását nélkülöző, de egyszersmind ugyanazon biztosítókat nyújtó más szert eddig nem sikerült találni. A többi számos ezüst-készítmény (argentamin, largin, argol, argonin, itrol, ichtargan stb.) bacteriumölő képessége a szembe alkalmazható töménységükben nem érik el az argent. nitricumét. Általában kis számban történt velök kísérlet, de jó részöket a nyilvánvaló rosszabb hatás miatt már el is hagyták. Újabban a protargolnak jutott a szerep, hogy a lapist kiszorítsa; a vizsgálatok szerint a 20%-os oldata épen oly biztosan megöli a gonococcusokat, mint a 2%-os argent. nitric., a nélkül azonban, hogy a conjunctiván jelentősebb izgalmat okozna. Csak örömmel üdvözölhetnők, ha a tapasztalat a blennorrhoea neonat. prophylaxisában igazolná a protargolhoz fűzött reményeket. Már többen végeztek e szerrel ily irányban kísérletet, de a siker nem mindig volt biztató. *Zweifel* határozottan rossznak mondja az eredményeket, *Engelmann* ellenben 1000 újszülött után 0.2% blennorrhoeát látott s úgy találta, hogy az izgalom mindig kisebb volt, mint a Credé eljárása után; *Zweifel* kedvezőtlen eredményeit pedig annak tulajdonítja, hogy az általa használt protargol oldat nem volt jól elkészítve. *Esmann* szerint az izgalom protargol becséppentése után kisebb ugyan, de a szer megbízhatósága is csekélyebb, mint az argent. nitricumé. A nézetek ily eltérése mellett nehéz tehát a valóságot kitudni; egyébként végleges ítélet megalkotására ez idő szerint még az észlelések elégtelensége miatt sem volnánk feljogosítva s a szülőklinikákra kell bízunk, hogy nagy számú kísérleteik alapján e kérdésben döntsenek.

Mindeddig zárt intézetekről s az azokban követett eljárásokról volt szó s láttuk, hogy e helyeken, ha nem is irtatott ki teljesen az újszülöttek ophthalmoblennorrhoeája, de minden esetre oly óvó eljárás áll rendelkezésre, melyhez hasonló az orvostudomány a prophylaxis terén keveset tud felmutatni. Kérdés már most, hogy mi történéjék künn, a nagy gyakorlatban, a szülések óriási többségénél, a hol az újszülött szeméit nem védelmezi egy jól vezetett intézet orvosi és bábaszemélyzete. Erre a kérdésre nagyon eltérő válaszokat kapunk a szakemberektől s ennek megfelelően különböző intézkedéseket és rendszabályokat látunk a hatóságok részéről. Csak egy közös tulajdonság ismerhető fel ezen intézkedésekben: hogy egyik sem csökkentette a bajt oly mértékben, a mint azt az intézetekben elért eredmények után várni lehetne. Készséggel elismerem, hogy eme rosszabb eredmény sokféle tényező együtt-hatására vezetendő vissza s nem irható soha sem egyedül a kiszabott intézkedések rovására. Mert a hatóságoktól meghatározott óvó eljárás a legkitünőbb lehet, de ha a végrehajtó közegek tudatlanok vagy lelkiismeretlenek, avagy a közönség tájékozatlansága s indolentiája vet gátat a végrehajtásának, természetes dolog, hogy az eredmény is messze elmarad a kívánt és várt tökéletességtől. Világos tehát, hogy a siker nemcsak a prophylacticum jóságán múlik, hanem azon is, hogy a kiknek a kezébe adatott, tudják és akarják is helyesen alkalmazni, másrésről pedig az intézkedés végrehajtása ne szenvedjen hajótörést a közönség ellenkezésén. Mivel pedig ennyiféle tényezőből adódik az eredmény, annál lényegesebb, hogy legalább az egyik, a prophylacticum maga a lehető leg-megbízhatóbb legyen. Erről gondolkodni és gondoskodni a mi hivatásunk; a kérdés másik részének, mint fontos államérdeket, helyes megoldása a kormányzat feladata.



A mint kifejtettük, legbiztosabb eszközünk az újszülöttek genyes szemgyulladásának megelőzésére ez idő szerint a Credé eljárása, mely azonban sajnos, az intézetek falain túl nem volt képes még eddig oly tért hódítani, mely méltán megilletné. Sokan vonakodnak a bába kezébe adni ezt az eljárást s azzal érvelnek, hogy *credézést a bába nem képes jól végezni*, mert a keze nem elég ügyes hozzá s félt, hogy a hibás alkalmazással többet árthatna vele, mint használna. Valóban meglepő, hogy katheterezésre, csőrök adására és gátvédésre elég alkalmasnak tarthatunk valakit, a kitől elvitatjuk azt a kis kézi ügyességet, mely a becseppentésre szükséges. Hiszen a ki ezt nem tudja elsajátítani, annak igazán kár felhatalmazást adni oly működésre, melynél egyszerre két emberélet forog szóban. Hogy *tanítani kell* reá a bábát, az természetes s meggyőződésem, hogy *meg is tanítható* az, a kinek az intelligenciája elégséges arra, hogy egyáltalán oklevelet adjunk ki számára. S mit árthat a bába a becseppentéssel? Azt hiszem, csak három eshetőségről lehet szó: t. i. a csepp nem jut a szembe, vagy a kelleténél többet cseppent, s végül a corneát sértheti meg a bába. Mind a három hiba könnyen elkerülhető a helyes oktatás által, s habozás nélkül mondom, hogy a betanított bába kezében a becseppentés egyszerűbb és biztosabban keresztülvihető eljárás, mint a szemhéjaknak megbizható módon való lemosása. Mert ha már a zárt intézetekre nézve is alrendübbnek bizonyult ez utóbbi módszer, úgy a bábára hagyatva még kevesebb jót várhatunk tőle. Magát a szemhéjak letisztogatását is, a hozzá való készülődéssel bonyolultabb műveletnek tartom a becseppentésnél s úgy vélem, hogy a törölgetés legalább annyi alkalmat nyújt a conjunctiva s a cornea megsértésére, mint a credézés. Feltéve azonban, hogy a szemek lemosása kifogástalanul végeztetett, még mindig nagy kérdés, vajjon idejében történt-e. A klinikai tapasztalatok mind arra utalnak, hogy a szemek külső tisztogatásának minél előbb, tehát lehetőleg rögtön a fej megszületése után kell megtörténnie, a mi intézetekben talán minden esetben ki is vihető, kivülről azonban, midőn a bába segítség és ellenőrzés nélkül működik, semmi garantiánk sincs, hogy tényleg keresztülvitessék. Ily aggodalmak a credézésre nem vonatkozhatnak, mert nem kell bízunk a bába sterilitásában s szigorú pontosságában, miután abban is megnyugodhatunk, ha a becseppentés idejére nézve a lelkiismerete talán egy negyed vagy fél órával tágabb határt szab az előírottnál; nem is szólok azon esetekről, melyekben a szemek infectiója már a fej megszületése előtt bekövetkezett, midőn tehát a külső lemosással a bába még a legszigorubb kautelák mellett sem érhet el semmit.

Ezek után tehát azon következtetésre jutunk, hogy míg a zárt intézetekben is, a hol minden tekintetben ideális viszonyokat kell feltételeznünk, a Credé eljárása bizonyult eddigelé a legmegbízhatóbbnak, addig hatványozottan érvényesnek kell tartanunk e tételt azon esetekre vonatkozólag, midőn a bába egyedül működik s mikor ezeket az ideális viszonyokat nem supponálhatjuk. S tekintve, hogy a becseppentés maga semmivel sem kíván több ügyességet és képzettséget, mint a szem külső lemosása, az alkalmazott szer pedig soha maradó káros hatással nem jár, megvallo, nem találok egy komoly érvet sem, mely visszatartana annak a kijelentésétől, hogy a *Credé eljárása bizvást adható a megfelelő oktatásban részesült bába kezébe is*.

S e fontos elvi álláspont mellett eldöntésre vár most az a kérdés, vajjon a becseppentést a bába minden esetben tartozzék-e végezni vagy csak akkor, ha az anya gonorrhoeája bizonyos, illetőleg valószínű. Cohn Hermannak 110 szakember válaszolt e kérdésre; köztük 16 indifferens álláspontot foglal el, 15 a becseppentések ellen nyilatkozik, 40 a facultativ s a többi 39 az obligat credézést pártolja. Az elmondottak után most már csak a két utóbbi módozattal kell foglalkoznom. Rövidség okáért előbeocsátom, hogy a „*facultatio*“ és „*obligat*“ megjelöléseket részéről csakis a bábákra vonatkoztatom, tehát azon esetekre, a melyekben a bába egyedül, orvos jelenléte nélkül vezeti a szülést. A kérdést ekként állíthatom tehát fel: kötelese-e a bába minden újszülött szemébe cseppenteni, vagy csak olyankor végezze a credézést, ha biztosan tudja, vagy

alapos oka van hinni, hogy az anya gonorrhoeában szenved? Erre, úgy hiszem, csak azt felelhetjük, hogy *minden esetben tartozzék a becseppentést végezni*. Ha ugyanis a szülő nő gonorrhoeájának megállapítása nem egyszer az orvos részéről is nehézségekbe ütközik, úgy teljességgel lehetetlen a döntést ily kérdésben a bábára bízunk; a szülőutak váladéka makroszkopilag nem nyújt mindig útbaigazítást arra nézve, hogy kankós-e az vagy sem; mikroskopi vizsgálatot pedig csak nem kívánhatunk a bábától? A többi támogató körülmények, ú. m. az előző gyermekek esetleges szemgyulladása vagy a férj netalán fennálló kankója szintén nem alkalmasak arra, hogy a bába tudakozódása alapján elhatározók legyenek a becseppentésre. De feltéve, hogy a bába mindenkor pontosan meghatározhatná, hogy van-e az anyának gonorrhoeája, s ki tudná választani a sok közül a becseppentésre való újszülöttestet, még így sem volnék hajlandó a bábákra nézve csak facultative kötelezett credézés mellett dönteni. Mert eltekintve attól, hogy nagyobb gyakorlatot szerez a bába, ha kivétel nélkül minden esetben végzi a cseppentéseket, úgy gondolom, több ellenkezésre is találna a szülők részéről a kivételesen alkalmazott prophylaxis és sok kellemetlenségnek s nem egyszer talán családi viszályoknak is válhatnék kútfejvé. Ha a bába kijelentheti, hogy minden újszülöttnak a szemébe köteles cseppenteni, akkor további magyarázatokkal nem tartozik; tegyük fel azonban, hogy egy faluban kilencz szülésnél nem alkalmazott Credét, míg a tizediknél szükségesnek találja azt; előreláthatólag az fog történni, hogy az anya, a ki a szomszédasszonyoktól sohasem hallott ilyesmiről, kérdőre vonja majd a bábát s nem hiszem, hogy egy szóra belenyugodnék abba, hogy ő különb a többinél, mert neki tripperje van. Több ok bírhatja őt arra, hogy ezt el ne ismerje, még ha tudna is róla; ha pedig nem tudott addig felőle, annál rosszabb, mert akkor már a férj is benne van a bajban. A bába helyzete tehát mindenképen nehezebb a facultativ kötelezettséggel szemben.

Credé prophylaxisának a bábákra nézve minden esetben kötelezővé tétele, mint említettem, nem jelenti azt, hogy ezen túl minden újszülött alávetessék ez eljárásnak, olyan is, a kiről biztosan tudva van, hogy a szeme nincs kitéve a kankós fertőzésnek. Csak azt óhajtanám, hogy éppen ezen körülménynek a megbírálása ne a bábára, hanem az orvosra bízassék. S szívesen megnyugodnám olynemű intézkedésben, mely felmentené a bábát a becseppentés kötelezettsége alól, ha a jelenlevő orvos azt fölöslegesnek tartja s a felelősséget magára veszi. Nem mondom, hogy az orvos nem tévedhet; vele is megeshetik, hogy olyankor, midőn legkevésbé tartotta szükségesnek az óvintézkedést, a beköszöntött ophthalmoblenorrhoea más meggyőződésre fogja terelni. Ilyen esetekben azonban nem félttem az újszülöttet a megvakulástól, mert nem tévedek talán, ha felteszem, hogy ott, a hol orvos a rendes szüléshez is meghívatott, nem fog hiányozni a gondoskodás akkor sem, mihelyt az újszülött szeméin a blennorrhoea riasztó képe megjelenik.

*Hazai viszonyainkhoz mérten a kötelezett Credé-eljárásnak az említett alakban való behozatalát, határozottan üdvösebb és jótékonyabb intézkedésnek tartanám a jelenleg gyakorlatban levőnél, mely a szemhéjaknak a köldökzsinór lekötése után külsőleg carbol-oldattal való letisztogatását rendeli el. Nap-nap után van alkalmunk meggyőződni, hogy mily gyakori a bábáktól vezetett szülések után az újszülöttek genyes szemgyulladása, s hogy mily ijesztően nagy a száma azoknak, kik e baj miatt látásukat teljesen vagy részben elvesztették. Nem kételkedem, hogy a fennálló rendszabályok is jobb eredményeket mutatnának fel, ha azokat mindenkor pontosan és lelkiismeretesen hajtanák végre; de a mondottak után merem állítani, hogy a mostaninál semmivel sem jobb bábaanyagot tételezve fel, a Credé-eljárással a helyzet mégis sokat javulna. Mulasztás és hiba valószínűleg ezzel is történnék, de nem is várom, hogy ily módon az újszülöttek szemét fenyegető veszély egy csapásra eltűnjék az országból. A Cohn Hermann kívánta ideális állapot sok más tényezőtől is függ s ez csak egy lépés volna a kitűzött cél felé. Ne feledjük, hogy hazánk számos vidéke orvossal és kórházzal még igen gyéren van ellátva; igen sok*



csecsemő szemével azért pusztul el, mert nem részesülhetett idejekorán megfelelő segítségben. Mi nem helyezkedhetünk azon álláspontra, hogy felesleges a kötelezett credézés, mert az ophthalmoblenorrhoea szakértő által úgyis biztosan gyógyítható. Nekünk fokozott mértékben van szükségünk könnyű és megbízható óvó eljárásra.

Kívánatosnak tartanám végeztetül a prophylaxis sikerének biztosítására a külföldön már több helyütt (Franciaország, Dánia, Svédország, rajnai tartományok, Boroszló) követett azon intézkedést, mely szerint a hatóságok rövid és könnyen érthető nyelven megírt *ismertetésekben* a szülőket, illetőleg a közönséget felvilágosítják a veszedelmes szembaj felől. A közönség tudatlanságának és indolentiájának leküzdésére kétségtelenül sokban hozzájárulhat ez is. Nálunk hasonló ismertetés tudtommal eddig nincs. Örömmel láttam legújabbban a „jó tanácsok terhesek, gyermekágyasok és anyák számára“ írt s a m. kir. Belügyministerium által kiadott füzetecskét, melyben néhány szóval a szemről is említés tétetik. Hynemű, de kizárólag az újszülöttek genyes szemgyulladásáról bővebben szóló ismertetést is nagyon helyén valónak találom.

## A szemhéjgörcs neuropathikus alakjairól.

Fejér Gyula dr., a szent Margit-kórház rendelő szemorvosától.

A szemhéjgörcs kétféle alakját különböztetjük meg, úgy mint a *tüneti*, azaz *symptomatikus* és az *essentialis* szemhéjgörcsöt. A tüneti blepharospasmusnak mindig valamely betegség képezi alapját, annak gyógykezeltése után megszűnik a görcs. Az essentialis alaknál maguk a szemhéjak és a szemteke ép, a tünet ideges vagy reflectorikus alapon jön létre. A görcsök klonikus vagy tonikus jelleggel bírnak, különösen az utóbbi kellemetlen a betegre nézve, mert a görcs percekig eltarthat és az egyén a legválságosabb situatióban vesztheti el ideiglenesen látását.

A szemhéjgörcsnek különösen két — functionalis, ideges alapon fejlődött — alakját szándékozom megfelelő kórtörténetekkel illusztrálni. Fontos annak megfigyelése, helyes gyógykezeltése gyermekeknél, mert a legtöbb esetben egy fejlődésben lévő általános idegbetegségnek rész tünetét képezik.

Az első csoportba tartoznak azon esetek, midőn gondos szülők észreveszik, hogy gyermekeik többet és gyakrabban pislognak mint mások. A látás rendes, arcjátékban semmi elváltozás, csak a munkánál fáradnak el könnyen. A gyermekek kissé idegesek, irritabilesek. Hosszabb ideig volt alkalmam egy 10 éves jól táplált, erős testalkatú fiút megfigyelni, ki rendkívül gyakran pislogott, mely tünet megfigyelés közben csak rosszabbodott. Mindkét szemén concav 1.50 d. üveggel teljes visusa volt, bár tükörrel 1.50 d. totalis hypermetropiát lehetett kimutatni. Világos tehát, hogy a belső szemizom — musculi ciliaris — is állandóan görcsösen össze volt húzódva, mert csak így lehet az álrövidlátóságot magyarázni. A gyermeket eltöltöttem a munkától, az izmot atropin becséppentése által munkaképtelenné tettem, a görcsöt megszüntettem. Azonkívül gyenge hidegvíz-kúrát és szabadban való tartózkodást ajánlottam, ilyen módon sikerült is a gyermeket pár hónap alatt meggyógyítani. Második esetem annyiban különbözött ettől, hogy a szemhéjak és a belső alkalmazkodási izomgörcsén kívül az arcban és vállakban is fellépett a görcsös állapot, — azaz chorea tünetei mutatkoztak. Az alapbetegség gyógykezeltése után megszűnt a szemhéj és belső szemizomgörcs. A betegség szokáson alapszik, a gyermek az iskolában utánozza társait. *Weis Mitchell Habitchorea*-nak nevezte ezen tünetes csoportot, mely abban is különbözik a chorea minortól, hogy a görcsök tisztán az arcra szorítkoznak. Az „asthenopia nervosa“ kórképéhez ideges gyermekeknél hasonló tünetek esatlakozhatnak, a mennyiben a facialis felső ága által beidegzett izmok — frontalis, orbicularis — állandóan gyenge tonikus contractióban vannak, mely körülmény a „vakítás“ látszatát kelti.

A második csoportba azon eseteket óhajtom sorozni, melyek hysterikus vagy epileptikus alapon fejlődnek, az egyének kora ifjúságában fellépnek, nagyon kellemetlen tünetekkel járnak, munkaképtelenséget okoznak, bár az alapbántalom hátrányos

befolyást a betegek nem gyakorolnak. A betegek rosszul látnak, fényviszonyban szenvednek, szemüket állandóan csukva tartják és erőszakos kinyitásnak a legnagyobb vehemenciával ellene szegülnek. Érdeemesnek tartom az egész kórtörténetet közölni.

1. Egy 16 éves parasztfiút 1900. év végén felvettem a Margit-kórházba, ki állandóan görcsösen összehúzta szemét. Anyja panaszkodott, hogy mesterségre adni nem tudja, mert rosszul lát, úgy a közelben, mint távolban. Nagy nehézséggel végzett öt elemi osztályt, írni, olvasni megtanult. Három év óta folyton hunyorgat, szemhéjait rántogatja, különösen a világosság bántja. Ha valamire néz, azonnal kék pontok ugrálnak a szeme előtt, „a világosság csiklandozza a szemét“, napfényben csak fekete üveggel tud nézni, mert másképp elkábul, elszédül. A világosság behatására szeme körül zibongás érzete támad. Szemét nyitni próbáltam, de a fény behatása a szemhéjak oly görcsös összehúzódását váltja ki, hogy a legnagyobb erőmegfeszítéssel sem voltam képes a szemét kinyitni. A fiú normális testalkatú, betegségben nem szenvedett, étvágya jó.

A vizsgálatnál kiténik, hogy a szemhéjak, szemteke épek. A látóképesség jobb szemén  $\frac{5}{10}$ , mely 2.0 D. convex-üveggel  $\frac{5}{7}$ -re, bal szemén  $\frac{5}{15}$ , mely 1.0 D. convex-üveggel  $\frac{5}{10}$ -re javítható, a szemfenéken csak 1.0 D. totalis hypermetropiát lehet kimutatni, a szemfenék ép. A tükrözés nagy nehézséggel járt a görcsös összehúzódás miatt.

A bal oldalon a nervus supra- és infraorbitalis nyomásra fájdalmas, e nyomás következtében a görcsök erősebbek lettek.

Kórházbani tartózkodása alatt rohamok alakjában a görcsök az egész arcra kiterjedtek, pár perczig eltartottak, a fiú azonban eszméletét el nem veszítette. Ilyen rohamok után a fiú bágyadt lett, az ágyban mozdulatlanul feküdt, nehezen reagált, mert heves fejfájás és szédülés lépett fel. A szemhéjakat galvanizáltam, belsőleg bromot rendeltem. Az állapot kissé javult, mert a szemhéjgörcsök ritkábban mutatkoztak és enyhébb lefolyással bírtak, a fiú azonban pár hét után a kórházból távozott, tovább megfigyelni alkalmam nem volt.

2. Hasonló betegséget észleltem egy vidéki 38 éves kereskedőnél, kit azonban privatrendelésemen csak egyszer volt alkalmam észlelni, a megfigyelés nem történetelt teljes részletességgel. Jegyzőkönyvemből kiténik, hogy a visus jobb szemén  $\frac{5}{7}$ , bal szemén  $\frac{5}{10}$ . Szemfenék ép volt. Beteg folyton pislog, a világosság annyira hasítja, hogy tükrözni alig lehet. Epileptoid rohamai vannak, a görcsök az arcra és végtagokra is kiterjeszkednek, de eszméletét el nem veszti. A betegnek szintén galvanizációt és hidegvíz-kúrát ajánlottam és a mint a napokban hallottam, a beteg még mindig szemhéjgörcsben szenved és rohamjai sem maradtak el.

Mindkét esetben a szemhéjgörcsöt hysterikus alapon kell magyaráznunk, nemesak fellépésénél és lefolyásánál fogva, hanem azért is, mert a görcsök roham alakjában az arczon léptek fel, a nélkül, hogy a betegek eszméletüket is elvesztették volna. A szemhéjgörcs okát hysteriánál az agykéregben keresik, mely teoriát csak akkor lehetne elfogadni, ha a betegség *suggestio* által gyógyítható volna. A kórházban megfigyelt betegemnél a suggestio annyi volt eredménye, hogy a fiú eléggé kinyitotta a szemét, nem pislogott, ha reáparancsoltam, reákiáltottam. Érdekes mindkét esetben a photopsia és azon tünet, hogy az egyik beteg elkábul, ha világosság jutott a szemébe. A parasztfiú saját szavaival akképen fejezte ki, hogy „a világosság csiklandoz“. A *photopsiát a blepharospasmus hystericusra jellegzetesnek tartom*, megkülönböztetve azon eseteket, midőn a fénykerülés szemhéjgörcs kíséretében a szemteke vagy a kötőhártya gyuladással betegségeinél szokott fellépni.

A szemhéjgörcs a nervus facialis arczot beidegző ágának izgatása által jön létre. Ezen izgalom oka a centrumban vagy a periferiában keresendő. *Sänger és Wildbrand* összeállítása szerint a szemhéjgörcs különböző alakjai *szervezeti elváltozások* és *functionalis* alapon jöhetnek létre. Az agykéregben székelő facialis centrum megbetegedése különböző daganatok, tályog, vérzés, szétesés következtében vagy a facialis magvainak direct izgalma következtében léphetnek fel. Szemhéjgörcsök a facialis *periferikus ágának* direct izgatása következtében az agyalapon székelő gyu-



ladás daganatok vagy aneurysma által okoztatnak és mint tiszta „functionalis” zavar chorea, migraene és hysteriánál fordulnak elő. Ezen utóbbi csoportba tartoznak az itt közölt esetek, különösen az utóbbiak, ezen okból használtam „neuropathikus” elnevezést. *Reflectorikus* alapon a göresök a trigeminus, opticus és sympathicus részéről váltatnak ki.

## IRODALOM-SZEMLE.

A sclerotomia posterior műtétje után visszamaradt hegek szövettanáról értekezik Meller I. Wecker a sclerotomia hasznát glaucománál abban látja, hogy a műtét után egy a folyadék átszűrődésére alkalmas, sajátságos heg (Filtrationsnarbe) képződik. Azt gondolták, hogy a heg környékén a szemteke hártái nemcsak megvékonyodtak, hanem a túlkhártya trabecularis szövetének tökéletlen egyesülése által egy állandó áramlat jön létre. Schweiger szerint a sebszélék közvetlenül összetapadnak, újonnan képződött szövetet nem talált. Szerzőnek alkalma volt két szemet göresövilleg megvizsgálni, melyeknél glaucoma ellen sclerotomiát végeztek. A vizsgálatoknál a fősúlyt a túlkhártában visszamaradt hegre helyezte. A túlkhártya sebszélei szorosan egymáshoz simulnak, összetapadtak a nélkül, hogy közte heg-szövetet lehetett volna találni. A hegen keresztül való átszűrődésről szó sincs, mert minél idősebb lett a heg, annál erősebb és ellentállóbb. Nyulaknál végzett kísérletek is mutatják, hogy a heg 2—3 vagy legfeljebb 4 hétig képes átbocsátani a folyadékot, később elveszti ezen tulajdonságát a heg consolidatioja és összehúzódása következtében. (Archiv f. Augenheilkunde 43. k. 1. f.)

Landsberg a szaruhártyát átható sérülés ritka esetét közli, mely egy lövés által leszakított és elpattant fakéreg következtében jött létre. Egy 19 éves fiatal ember azon perczen érzett szúró fájdalmat szemében, midőn a vonat előtte elrobogott. A szaruhártya belső, felső negyedében egy 4 mm. hosszú, vízszintesen futó átható seb látható, a mellő csarnok tele van vérrel. Megfelelő gyógykezelés mellett a seb begyógyult, a vér felszívódott, a mellő csarnok fenekén lándzsával ejtett seben keresztül csak véralvadékok lehetett eltávolítani, idegen testnek semmi nyoma. A beteg atyjának későbbi elbeszéléséből derült ki azon körülmény, hogy a fiatal ember revolverével 2—3 m. távolságról egy fatörzsre célzott és miután sem a revolver, sem a lövegből semmi nem hiányzott, csak azt lehet elfogadni, hogy a lövés következtében egy darab kéreg elpattant és a perforatit okozta. (Archiv f. Augenheilkunde 43. k. I. f. VI.)

Az acoin érzéstelenítő hatásáról értekezik Hirsch G., melynek 1% oldatát nemesak cseppek alakjában, hanem subconjunctivaliter is használja. A pupillát, alkalmazkodást, a kötőhártya edényeit és a szaruhártya consistentiáját nem befolyásolja, égetést nem okoz. Mérgezési tünetet sohasem észlelt, még subconjunctivalis befeeskenedéseknél sem. Előnye abban rejlik, hogy érzéstelenítő hatása sokáig tart, az eredményre azonban pár perczig várni kell. Az acoin legfontosabb tulajdonsága abban nyilvánul, hogy az oly fájdalmas subconjunctivalis befeeskenedéseket teljesen érzésteleníti. Az acoin-oldatot a kötőhártyára reáseppentjük vagy az oldathoz hozzákeverjük. (Archiv f. Augenheilkunde 42. k. III. f. XVII.)

Knapp newyorki szemtanár *euphthalmin* 7.5% oldatának becséppentése által okozott *glaucoma-eset*et közöl. Előbbeni közleményében állította, hogy az *euphthalmin* a belnyomást kevésbé emeli mint az atropin. Jelen esetben egy glaucomára hajlamos szembe csepentett be két cseppet, mire egy félóra lefolyása alatt jellegzetes tünetek léptek fel, a nyomás emelkedett, a rohamot csak eserin becséppentése által tudta coupirozni. Mindazonáltal az *euphthalmint* tükrözési célból a legtöbb esetben használja. (Archiv f. Augenheilkunde 42. e. 3. f. XIV.)

Az *arcus senilis* kórtaához közöl adatokat Takayasu japáni szemorvos. Hiss és Canton vizsgálatai alapján (1856) az *arcus senilis* és szaruhártya parenchymjának zsíros elfajulása által jön létre, zsíresepkeket szorosan egymáshoz simuló egyirányú fonalszerű sorokban lehet találni. *Virchow* szintén e nézetet pártolta. 1891-ben *Fuchs* újabb vizsgálatokat végzett és állítja, hogy

ezen zavarodás hyalinanyagoknak — concrementumok alakjában — lerakódásán alapszik. A szaruhártya gyurmájának öregkori elfajulása ugyanazon elváltozásokat hoz létre mint a kötőhártyában. A zöldesen csillogó kerekded concrementumok nagyobb részét a Bowmann-féle hártya alatt fekszenek, részint a szaruhártya lemezei között foglalnak helyet, azonban a szaruhártya sejtjeivel összefüggésben nem állanak. Aether és chloroform által változást nem szenvednek, tehát zsirról szó sem lehet, ugyanazon reactiot adják mint a hyalin anyagok. *Leber* véleménye alapján az *arcus senilis*nél hyalin elfajulás mellett mézstestecskék lerakódása is észlelhető, mert egy esetben oxalsavval mézreactiot kapott. E három nézet alapján akarta szerző az igazságot kideríteni az *arcus* kórtaában. Vizsgálataihoz idősebb egyénektől származó 20 hullaszemet használt. A metszeteket *sudon III.* borszeszes oldatával és haematoxylinnal festette. A *sudon-oldat* a zsirt azonnal sárgás-pirosra festi, míg a hyalin, amyloid, egyéb normális és kóros szöveti alkatrészeket nem változtatja meg. A zsír festése annyira jellegzetes, hogy egyéb organikus anyagoktól azonnal meg lehet különböztetni. Ezen festési módszernél a fagyasztási mikrotomot kell használni metszetek készítéséhez. Eredményeit azon pontokban foglalja össze, hogy az *arcus senilis* tényleg a szaruhártya gyurmájának zsíros elfajulásán alapszik, mert a lemezek között található magocskák *sudon-oldat* által kitűnően festhetők, osmium-oldat által megfeketednek, haematoxylin, eosinra egyáltalában nem reagálnak, abszolút alkoholban szétfolynak és eltűnnek. Kinézések is inkább zsírgolyócskák mellett szólnak. A magocskák sokszor a mellő és hátsó, máskor a középső rétegekben találhatók, alakjuk változó, a finomabb kerekded, a nagyobbak hosszúak alakkal bírnak és a szarulemezek hosszirányával egy irányban fekszenek. (Archiv f. Augenheilkunde 43. k. II. f. XIV.)

*Fejér Gyula* dr.

Pneumoniánál előforduló szemfenéki elváltozásról, Peter-től. Hogy a pneumonia után panophthalmitis előfordulhat, az már régebben ismeretes, hogy azonban embolikus úton, kevésbé súlyos, functionális zavarokat alig okozó, teljesen gyógyuló elváltozások is előfordulhatnak, csak újabban ismeretes. Axenfeld és Goh voltak az elsők, a kik leirtak esetet, a hol kis pneumoniás góczok fordultak elő a retinán és a chorioideában. Később Fränkel ír le egy esetet. A szerző 1899. augusztusban észlelt egy esetet, a melyben pneumonia után azzal jött hozzá a beteg, hogy bal szemén rosszul lát betegsége óta. Peter lefolyt iritist talált. A szemfenéken friss chorioretinitishez hasonló kép volt látható, a papilla körül, a macula lutea kivételével, mintegy 3 papillányi távolságban, 7 kerek, elmosódott határu, szürkés-fehér, kiemelkedő gócz volt látható; nagyságuk  $\frac{1}{2}$ —1 papillányi volt. A látásélesség  $\frac{20}{160}$ . A látótérben csak a vakfolt környékén kissé alászállott az észrevevés. Gyenge jodkali, 14 napi izasztó kúra után a tünetek gyorsan visszafelődtek, s a látásélesség teljessé vált. Ezen esetben tehát bizonyos hogy pneumococcus embolia volt jelen. Ezután utal azon diagnostikai nehézségekre, a melyek retinitis septika és pneumonia embolia megállapítása között fennállanak. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde 1901.)

Dr. Bylsma 13 esetről számol be, a melyeknél kétoldali accommodatio paralyssis észlelt. 10 esetben teljes látásélesség, normális pupilla mellett angina diphtheritica után lépett fel a paralyssis, három esetben pedig botulismus után, ez utóbbiaknál azonban a sphincter iridis paralyssise is társulva volt. Mindezen 13 esetben a paralyssis a kiállott előbbi betegségek lezajlása után lépett fel. Egyedüli gyógykezelés a pilocarpin-becséppentés volt, a mely után rövid idő múlva a betegség meggyógyult. (Zeitschrift f. Augenheilkunde 1901. V. 6.)

*Gabler Lajos* dr.

Az orbita retrobulbaris sebészetéről értekezik Domela-Nieuwenhaus. Általában két módszer van a retrobulbaris bántalmak kezelésére: 1. a szemteke feláldozásával előlről való behatolás; ez a mód elvetendő. A szemteke megtartásával ugyancsak előlről való behatolás (Scarpa, Critchett, Bowmann, Pagenstecher, Knapp stb.). Ezen módszer sem állja ki sz. kritikáját; 2. oldalról való behatolás, az orbita felső, belső vagy alsó falának resectiojával; legjobb a Krönlein-féle műtét: a külső fal resectioja. A zürichi sebklinikán összesen 45-ször végezték a Krönlein-resectiot, köztük három ízben enucleatit is kellett végezni, kétszer recidiva miatt exenteratio következett; egy esetben volt halálozás a daga-



nat tovább terjedése folytán az agyra; 38 esetben a műtét a bulbus megtartásával sikeres volt. A resecált csont egyszer sem halt el: a protrusio megszűnt; a daganat okozta papillitis legtöbbször megszűnt, egyes esetekben megmaradt. Hétszer keletkezett ptosis, melyek közül négy utólag gyógyult. A szem mozgása nyolcz esetben egész normalis lett, 11-ben majdnem normalis, kilencben korlátolt és kettőben elveszett. *Leitner Vilmos dr.*

Új trichiasis ellenes műtét az alsó szemhéjon. Az eddigi operálásoknak többféle hátrányuk volt. Blumenthal dr. rigai orvos következőleg jár el: Eljárása akkor legelőnyösebb, ha úgy a szemhéj, mint a porcz megvastagodott. Spatula behelyezése után, a Flarer-féle operáláshoz hasonlóan egyenes lándzsával intratarsalis metszést tesz olyanformán, hogy a porczot hosszában egészen végig ketté hasítja, illetve két lemezre beosztja. A metszést az alsó könyvpont táján kezdi és a külső zúgnál fejezi be. Erre a szemhéjszél alatt körülbelül  $1\frac{1}{2}$ —2 mm.-rel harántredőt fog esípövel; ollóval körülbelül 2 mm.-nyi széles bőrizomlebensyket vág ki a szemhéj egész hosszában. A bőrsebet 3—5 erősebb, mélyebbre ható varrattal egyesíti és végeiket szükség szerint lehúzza, flastrommal erősíti az arcra. A flastromot a 2., a varratokat az 5. vagy 6. napon eltávolítja. A porcz kettéhasításakor elég széles tatóngó rés keletkezik, melyet sarjszövet tölt ki, a melynek szervülése után elég széles, tömött szemhéjszél keletkezik, ennek belső felét conjunctiva takarja, a külső szélén ép pillaszörök vannak. A kettő között hosszú ideig látható vályúszerűen bemélyedt rés látszik. Öt esetet operált szerző említett módon, 1 éven belül visszaesést nem látott. (Centralbl. f. pr. Augenheilkunde. Mai 1901.)

*Barlay János dr.*

### Folyóiratok átnézete.

Archiv für Ophthalmologie, LII. kötet, 2. füzet. *Hertel*: A szem középponti véredényeinek sclerosisáról. *Ruge*: Bonczani tanulmányok a szemgolyó exenteratioját, mint a sympathiás gyuladás megelőzésére szolgáló eljárást illetőleg. *Tuyl*: A szem előre- és hátrafelé való mozgásának grafikus jelzése. *Hanke*: A szem herpes-irise. *Schieck*: Cystaképződés a cornea felszínén. *Elschnig*: A mélysegi dimensio binocularis felismeréséről. *Bernheimer*: A sphincter középpontjának helye. *Fuchs*: A cornea széli részeinek sclerosisa és atrophiaja. *Kopetzky és Rechtsperg*: Az iris és corp. ciliare gyűrűalakú sarcomájának esete. *Hümmelsheim és Leber*: Az arteria centralis retinae nagyfokú endarteritisével beállott retina- és opticus degeneratio esete diabetes mellitus kíséretében. *Birch-Hirschfeld*: A methylalkohol amblyopia pathogenesisére vonatkozó kísérleti kutatások. *Zehender*: Helmbold perimetere és a módosítására vonatkozó néhány megjegyzés.

Archiv für Augenheilkunde, XLIII. k. 2. füzet. *Heine*: Adatok a myopiás szem boncztanához (kezdő conus, gyűrűalakú conus). *Otto*: Arterio-sclerosis és lues kíséretében beálló elváltozások a látóidegben. *Falta M.*: A trachoma kezelése ichthargannal. *Ischreyt és Reinhard*: A pigmentepithel elzsírosodása egy glaucomás szemben. *Pergens*: A látási próbák felismerésénél szereplő tényezőkről. *Takayasu*: Adatok az areus senilis kórboncztanához.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1901. április. *Fröhlich*: Nyitott sebkezelés hályogműtétek után. *Scheffels*: A könnytömlő elsvasztásának gyakorlati értéke a könnytömlő kiirtásához viszonyítva. *Baer*: A csecsemőkori keratomalacia gyógykezelése. *Obermeier*: A fejtetőre történt és következtében mindkét szemén előállt subhyaloideális retinavérzés esete. *Römer*: A retinának az ora serrataról való teljes leszakadása. *Bür*: Üvegtestbe nyuló ütőerég egy embolia arteria centralis retinae megvakult szemben. Május. *Bietti*: Elváltozások a szemén pellagra kíséretében. *Peters*: Adatok a lencse pathológiájához. *Ischreyt*: A rendszerint hosszabb tengelyű szemeken kifejlődött glaucoma boncztana. *Plaut és Zelewsky*: A kötőhártyaszák bacterium tartalma a könnytömlő kiirtása után. *Handmann*: A kötőhártya elsődleges cavernosus angiomájának esete. *Levy*: Adatok a kötőhártya-tuberculosis klinikai tünetei és spontán gyógyulásához. *Peters*: A szemfenék elváltozásai pneumoniánál.

Zeitschrift für Augenheilkunde, 1901. 5. k. 4. füzet. *Dimmer*: A cornea ránczoldásából származott borúság keratitis parenchymatosa után. *Plehn*: Hályogkivonásra szolgáló két síkban vezetett metszés. *Augstein*: A hályog- és glaucoma-műtétek után keletkező érhartya-leválásról. *Wolf*: A macula lutea fényreflexének kóros elváltozásai: chorioiditis, retinitis serosa centralis acuta. *Scheffels*: A cornea véres átvédésének esete. *Capauner*: A lupus carcinomáról. 5. füzet. *Pagenstecher*: Az asthenopia gyógyításáról. *Brandenburg*: A mezőgazdasági üzemből előforduló zsemberszerűségekről. *Levinsohn*: A legfelső nyaki sympathikus dúcz kiirtása után a tengerinyúl szemén bekövetkező életani és boncztani elváltozásokról. *Tscherno-Schwarz*: A könnycsorgás megszűnése és a könnymirigy elváltozásai a könnytömlő kiirtása után. *Junius*. *Pagenstecher*: A ptosis-műtétről. *Golowin*: Az absolut glaucoma

ellen végzendő neurectomia optico-ciliarisról. *Vettiger*: Az iridectomia értéke primaer glaucománál. *Schanz*: Az újszülöttek genyes szemgyulladásának aetiologiája. *Byloma*: Alkalmazkodási bémulás diphtheria és kolbászmergezés következtében. *Tscherno-Schwarz*: A könnycsorgás megszűnése és a könnymirigy elváltozásai a könnytömlő kiirtása után. (Vége.)

Centralblatt für Augenheilkunde, 1901. április. *Bähr*: A szemteke kifejtéséről. (Vége.) *Reuss*: A saruhártya erosioi és következtéző nyes állapotairól. Május. *Lilienfeld*: Pilocarpin-oidatok mydriaticus hatásáról. *Blumenthal*: Az alsó szemhéj trichiasisának gyógykezeléséről.

Archives d'ophtalmologie, 1901. április. *Lagrange*: Az uveitis tractus melanosarcomának kórboncztana. *Campos*: A fényugarak haladása egy, a fődéllök fénytörésének egyenlőtlensége miatt astigmatikus felületen keresztül. *Terrien*: A combinált extractio egy különös indicatioja.

Annales d'oculistique, 1901. április. *Terson*: Cerebro-spinalis syphilis következtében keletkezett keratitis neuroparalytica. Gyógyulás tarsorrhaphia interna után. *Zanotti*: Vesekövek folytán előállott amaurosis és amblyopia és uraemiás eredetű neuritis optica. *Roche*: A cornea limbusában székelő papilloma esete. *Monesi*: Vonalas keratitis két esete. *Morax*: Az orbitalis vérzések semiologiája. Május. *Walle és Lewuillon*: Felső szemhéj colobomája és az orbita cerebroid gliomájának esete. *Dufour*: A variolás szembetegségek gyógykezelése. *Courmont és Rollet*: A variolás ophthalmia abortiv kezeléséről. *Maillart és Wiki*: Egy szemén fellépett, ú. n. nuclearis ophthalmoplegia két esete. *Leprince*: Malariás eredetű cornea- és irisbántalmak.

Revue générale d'ophtalmologie, 1901. február. *Péchin*: Az opticus sérülés okozta atrophiaja. Márczius. Nincs eredeti közlemény. Április. Nincs eredeti közlemény.

Recueil d'ophtalmologie, 1901. márczius. *Galezowski*: A szem leprájáról. *Allport*: A vasúti alkalmazottak látásához kötött feltételek. Április. *Galezowski*: A könnyezés okozta szemhéjszéli gyuladás és gyógyítása. *Seudral*: Fülbevalótól okozott szembajok. Május. *Throsis*: A szem fénytörésének meghatározására szolgáló új módszer és berendezés. *Albertotti*: A szem szerepe az arcz kifejezésben. (Olaszból fordította: Beauvois.)

The ophthalmic Review, 1901. április. *Donaldson*: Phlyctenás conjunctivitis. Május. *Maddox*: Pupilláris vagy tengelydistancia. — *Shan*: Dohányamblyopia. *Junius*. *Fisher*: A nicotin befolyása a ganglion sejtekre.

The American Journal of Ophthalmology, 1901. márczius. *Alt*: Az orbita myo. fibro-sarcomájának esete. *Hansell*: Hirtelen megvakulás esete. *Henderson*: A szemészet tanítása az orvosi iskolákban. *Alt*: Megjegyzések az adrenalinról. Április. *Alt*: Blennorrhoea neonatorum. *Campbell*: Az ophthalmia neonatorum egy szokatlan szövödménye. *Andrade*: Ulcus rodens corneae. *Wassiljeff*: Hályogreclinatioira vonatkozó kísérleti tanulmányok.

Le bulletin médical, 1901. 24. szám. *Trousseau*: A conjunctivitis purulenta prophylaxisa és gyógyítása.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 15. szám. *Donath*: Ophthalmoplegia interior mint a progressiv paralysis tünete; megjegyzések a tabes és paralysis korai felismeréséhez. *Merlin*: Kétoldali veleszületett könnyipoly. 22. szám. *Hamburger*: A trachoma és gyógyítása.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 21. szám. *Hirschberg*: Mágnes-operatio szoba.

British medical Journal, 1901. április 13. *Whitehead*: Az orbita angioma cavernosuma. *Benson*: Az optikus és a cervicalis idegek neuritisének esete. Április 27. *Freeland Fergus*: A szemorvosok gyakorlása.

Prager medicinische Wochenschrift, 1901. 20. szám. *Pichler*: A diabeteses hályog keletkezése.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1901. 59. kötet. 1. és 2. füzet. *Frank*: Az orbita osteoplastikus feltárásának új módja.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1901. 3. szám. *Sulzer*: A szerzett syphilis korai pupillaris tünete.

The Lancet, 1901. 17. szám. *Taylor*: A látszólag gyógyíthatatlan vakság néha eredményes kezeléséről 19. szám. *Worth*: Az összetérfő kancsalság oka és gyógyítása. 22. szám. *Breuer*: A corneális astigmatismus műtéti kezelése.

Wiener medicinische Presse, 1901. 18. és 19. szám. *Elschnig*: Massage a szemészetben.

Therapie der Gegenwart, 1901. 4. füzet. *Wolf*: Műszemek mozgathatósága cseljából végzett műtét.

*Leitner Vilmos dr.*

### VEGYESEK.

— *Krückenmann* dr. lipesei magántanár rk. tanárrá nevezetett ki.  
— *Pichler Sándor* dr.-t Prágában az orvosi fakultás a szemészet magántanárává habilitálta.

— *Weiss Lipót* heidelbergi rk. tanár meghalt.

— *Berger A. M.* ismert szemorvos elhunyt; a szemészet történetének kutatásával szerzett érdemeket s több középkori mű kiadását neki köszönjük.

— A *würzburgi* új szemklinikát május 1-én nyitották meg.

— *Abelsdorf György* dr., volt klinikai tanársegéd, Berlinben a szemészet magántanára lett.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Stiller Bertalan: A gyomorlocsogás klinikai jelentőségéről. 421. l.

Aujeszk Aladár és Wenhardt János: Közlemény a budapesti kir. tud. egyet. II. sz. belklinikájáról (igazgató Kéti Károly dr. tnr.) és a magy. kir. állami bakteriologiai intézetből (igazgató Preisz Hugó dr. tnr.). Adatok a pestis-bacillus agglutinatiojához. 423. l.

Rigler Gusztáv: A teljes vér és a vérsavó lúgosságának ingadozása különböző ép és kóros viszonyok között. 425. l.

Weisz Ede: Közlemény a kórboneztani s kórszöveti intézetből. (Igazgató: Pertik Ottó dr. egyetemi tanár.) A köszvényről. 427. l.

Tarcsa. A budapesti Szabad-Egyetem alapszabályai. 428. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Steiner Pál: A carcinoma-pathogenesis kérdésének jelen állása. 429. l. — Könyvismertetés. Babes und Sion: Die Pellagra. 430. l. — Lapszemle. Szülészeti és nőgyógyászati. Beausselet és Blum: Salpingitis gyógyítása. (Szász Hugó.) — Schatz: A magzat súlypontja. (Kern G.) —

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Az extractum chinae Nanning. — Decubitus megelőzése. — Folyóiratok átnézete. 430—431. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Meghívó a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók XXXI. vándorgyűlésére. — A brit gümőkór-congressus — A physiologusok 5-dik nemzetközi congressusa. — Szünidei orvosi cursus. — Adakozások a „Mihalkovics-szobor” javára. — Kinevezés. — Tauszk Ferencz. — Kérelem. — Házasság orvosi bizonyítvány alapján. — Fürdőink személyforgalma. — Högyes tanár Pasteur-intézete. — A Tauffer-féle szülészeti poliklinikum. — Megjelent. — Elhunyt. — Herezel dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Kron-dorf. 431—432. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

Melléklet. „Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Elberfeld” czég „Tannigen” czinü prospectusa.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A gyomorlocsogás klinikai jelentőségéről.

Közli: Stiller Bertalan dr. egyetemi tanár.

Boas poliklinikájának segédorvosa, Elsner egy közleményében<sup>1</sup> észleletei és kísérletei alapján azon eredményre jutott, hogy a locsogás egészen közönyös jelenség, hogy gyakorlati értéke alig számbavehető, s hogy nem tud esetet, a hol belőle valamely kóriszmészeti következtetést vonhatott volna le. Ezen állításával ellentétbe helyezi magát a legtöbb észleléssel; de különösen én ellenem fordul, a ki a locsogást legbövebben érvényesíteni vagyok hajlandó.<sup>2</sup> Nagyon röstelleném, ha egy kórtani jel, mely úgy szólva vizsgálati költség nélkül oly bő klinikai kamatot hoz, álokoskodás által hitelét veszítené. S azért be akarom bizonyítani, hogy szerző észleleteiből nemesak hamis következtetéseket vont le, hanem maga magával is ellenmondásba jött.

Nézzük, mire építi a locsogás érvényesíthetőségének merő tagadását. Az eseteknek egy sorát idézi, a hol csekély vízmennyiség bevitele a gyomorba már locsogást adott, holott a kiszivattyúzás a próbareggeli után azt mutatta, hogy a gyomor teljesen kiürült. Ebből azt következteti, hogy ezen esetekben nincs atonia, s hogy e szerint a locsogásból atoniára következtetni nem lehet.

Már most tagadom, hogy a gyomornak rendes időben történő kiürülése kizárja az atoniát. A kiszivattyúzási próba csak azt mutatja, hogy rendes-e a szervnek kihajtási ereje s ezt is csak az illető lakomára nézve bizonyítja. A hol az emésztés lassítását vagy a bennék pangását is kimutatni lehet, ott bizonyára

petyhüdség is áll fenn, de nem megfordítva. A tiszta atonia nem jár szükségképp motorikus elégtelenséggel.

Idézett munkámban kiemeltém, hogy a gyomor mozgató működése kettős irányú. Az egyik abban áll, hogy a gyomor bennéke körül tonice összehúzódik, hogy szorosán alkalmazkodik tartalma térfogatához. Ezt az izomzat reflectorikus zsongja eszközli. Második fontosabb működése bennékének kihajtása; ez a peristaltika feladata. Az előbbinek gyöngülése az atonia; az utóbbinak esorbulása a mozgatási elégtelenség.

Természetes, hogy mindkét izomműködés közt igen szoros viszony áll fenn, oly értelemben, hogy a petyhüdt gyomor a peristaltika csökkenésére és az emésztési idő meghoszábitására hajlamosít. Azonban a petyhüdt gyomor rendszerint képes elégséges kihajtó erő kifejtésére. Csakhogy ezen képessége nagyon ingatag; a legesekélyebb túlhajtás, a táplálék legesekélyebb mennyi- és minőleges eltérése, a lakoma idejének, tartamának, helyének módosulása, sőt jelentéktelen kedélyi változás is elégséges arra, hogy a kihajtási erőt csökkentse. Ennek ily fokban való ingatagsága, a pangásnak ezen episodikus fellépése hosszabb rendes időszakok közepette egészen jellemző az atonia klinikai képében. A bántalom kezdetleges szakában és a zavarok közti egyensúlyos szakokban heteken és hónapokon át azt találjuk, hogy a szivattyúzási próba rendes emésztési időt bizonyít és mégis fennáll az atonia s vele együtt a locsogás. A gyomoreső-próba tehát semmikép sem bizonyítja a tiszta atoniának. Aunak physikalís vizsgálata kizárólag a Penzoldt- vagy Dehio-féle nyújtási vagy terhelési próba által történhetik, melynél ugyanis bizonyos vízmennyiség felvétele után a petyhüdt gyomornak alsó határa mélyebben sülyed, mint a rendesé. Én egy egyszerűbb s bizonyítóbb eljárást ajánlottam, egy természetes terhelési próbát, mely abban áll, hogy a beteget oldalfekvésében megvizsgáljuk, vajjon a gyomor kopogtatási hangja nem tompul-e alul fekvő részében. Ha az emésztési időben tompul, akkor tiszta atoniára

<sup>1</sup> Berliner klin. Wochenschrift, 1901. 16. sz.

<sup>2</sup> Lásd Orvosi Hetilap 1899. 7—11. sz. Az enteroptosis és ideges dyspepsia tana a bordajel alapján. Ugyanez: Berl. klin. Wochenschr. 1899. 35. sz.



következtethetünk, ha a rendes emésztési idő lefolyta után, akkor mozgási elégtelenség van jelen, ha éhgyomorra, akkor a petyhüdtesség a pangásig fokozódott. Megjegyzendő, hogy a helyzetváltozásnál beálló tompulat többnyire csak baloldali fekvésnél mutatkozik a gyomor fundusán, igen ritkán jobboldali fekvésnél a pylorikus részen. A mondottak szerint a gyomoresőpróba, ha rendes emésztési időt bizonyít, még ezzel nem zárta ki az atonia fennállását.

Ha szerző helyesnek mondja *Riegel* állítását, miszerint a gyomor nagyobb nyújthatósága még nem azonos mozgató erejének csökkenésével, akkor teljességgel nézetemet bizonyítja, melyből kifolyólag a locsogás ezen nagyobb nyújthatóságot vagy az atoniát jelzi, még mielőtt a kihajtási erő csökkenése kifejlődött volna. A mozgató elégtelenségnek ama előző vagy hajlamosító szaka, a tiszta atonia, épen az, mely a legtöbb szerzőtől elhanyagolva, a peristaltikus gyengeséggel feleseréltetik. Ez nemcsak elméletileg, hanem gyakorlati szempontból is visszautasítandó; mert a mozgató elégtelenség leküzdésénél az annyira hathatós prophylaxist elmulasztjuk, ha a hajlamossági szakot, a tiszta atoniát mellőzve, csak akkor ismerjük el annak, ha már kihajtási gyengeséggé fajult el.

Ezek után ellenemnek egy igen fontos következtetésére térünk át. Miután ő majdnem valamennyi vizsgált esetében, a hol csekély vízmennyiség bevitele is már locsogást adott, egyszermind gastroptosiszt talált, azt állítja, hogy ama jelenség legfontosabb tényezője a gyomor hozzáférhetősége. Következtetését így formulázza: „A locsogás fellépését és fokát lényegesen a gyomor fekvése határozza, részben a hasfal minősége is; a gyomorfallat tonusa ellenben arra vagy semmit sem foly be, vagy csak igen keveset“. Azután így folytatja: „Miután a gastroptosis befolyását a locsogásra megállapítottuk, meg is értjük *Stiller* álláspontját, a ki állítja, hogy a gyomor atoniája az enteroptosisnak legállandóbb eleme. De nem az atonia, hanem a locsogás — melyből *Stiller* atoniára következtet — legállandóbb eleme az enteroptosisnak.“

*Elsner* nagyon téved, ha azt hiszi, hogy állításomnak ezen módosításával kelepcebe ejtett; sőt annyira kevés kifogásom van ellene, hogy örömet magamévá teszem azon meggyőződésben, hogy az eredetivel teljesen azonos. Hiszen magam is tisztán kimondtam, hogy a locsogást az enteroptosis egyik legfontosabb jelének tartom. A miben ellenkezünk, az csak a gastroptosis méltatása. Ő „egy magában egészen közönyös állapotnak“ tartja, tehát csak valami szépségi hibának. Én ellenben azt vallom, hogy 100 eset közül 90-ben legelső és legállandóbb jele egy veleszületett degeneratív szervezethez, a mely számos egyéb tünet mellett enteroptosis által árulja el magát. A hol gastroptosis van, ott majdnem mindig jelen van egyszermind gyengéd esontváz, hosszú paralytikus mellkas, széles bordaközök, hegyes epigastrikus szöglet és a bordaív lazulása hiányos tizedik borda alapján; megvan továbbá petyhüdt vékony izomzat, silány zsírpárna; megvan végre gyenge, ingatag és izgékony idegrendszer, valamint labilis sérülékeny emésztés. És ezen egész fontos veleszületett szervezeti alakzat, mely egy szerfelett gyakori sui generis kórfajt képvisel, azon pillanatban szemem előtt áll, mihelyt a locsogás oly csekélyszerűnek látszó tünetét észreveszem.

Hát igen, a locsogást, de hol marad az atonia? fogja ellenfelem kérdezni. És én felelek: Hiszen a ptosis maga az atonia. Minden lesülyedt gyomor eo ipso atonikus is. Az atonia előbb volt itt mint a ptosis, mert emez csak annak alapján fejlődött. Az atoniás nyújthatóság mindenek előtt a nagy görbületesülyedésére s ezzel együtt a gyomor ürterének nagyobbítására vezet; idővel a cardia-részlet a kis görbülettel együtt is süllyed, ez a gastroptosis; végre a pars pylorica is mélyebbre vonatik s ez a verticalis gyomor. A ki az enteroptosiszt lényegében felfogta, az meg lesz győződve, hogy annak alapvonása, annak mintegy eszméje az atonia. Az egész enteroptotikus szervezethez bevészt jellege a veleszületett petyhüdtesség, mely a csontvázban, a harántrostos izmokban, a zsigerik sima izomsejtjeiben, sőt valamennyi szövetben, végre az izomrendszerben kifejezésre jut. Nyomatékosan kiemeltem, hogy a gyomoratonianak oly fontos fejezete, minden következményeivel: a mozgató elégtelenséggel és tágnalattal, az esetek túlnyomó számában az enteroptosis körébe tartozik s hogy nem ismerék egyéb kórtani területet, a mely csak magközelítő gyakoriságban e n állapothoz vezetne.

A lesülyedt gyomor egyenesen példányképe az atoniának, nemcsak kóreredete, hanem egész klinikai lefolyása és következményei szerint is. Sőt még azon esetekben, a hol az atonia czélszerűtlen táplálkozás, túlesigázás, kicsapongás vagy kedélyi izgalmak által mint szerzett baj lép fel, mondom még itt is, a lesülyedt vagy legalább a lefelé tágult gyomor képében szokott mutatkozni.

Ezek után mindenki meg fogja érteni, hogy azon alap-tételemet, miszerint a gyomoratonia az enteroptosis legállandóbb eleme, *Elsner* módosításában is elfogadom, a mely az atonia helyébe a locsogást teszi; mindkettő egyenértékű előttem, miután az utóbbi csak az elsőnek tünete. Hozzátdom még azt is, hogy ezen majdnem azonos háromság: atonia, ptosis, locsogás, egyszermind az ideges dyspepsiának is legállandóbb tényezője, miután ezen kórkép meggyőződése szerint az esetek messze túlnyomó számában az alkati enteroptosis körébe tartozik. Ezen felfogásom magyarázza azon körülményt, hogy a szerzők minden erőlködése a gyomoratoniat, ideges dyspepsiát és enteroptosiszt kórimészetileg megkülönböztetni hiába való; valamennyi észlelő ezen differentialis szétválasztás le nem küzdhető akadályait el is ismeri, a mi álláspontomnál fogva igen természetes, miután valamennyi azonos kórállapotot képvisel, valamennyi ugyanazon alapbántalomnak egyes jelensége.

*Elsner*-nek igaza van, midőn a süllyedt gyomor hozzáférhetőségének nagy részt tulajdonít a locsogás előidézhetőségében; igaz az is, hogy a hasfal minősége is hozzájárul, szerintem azért, mert ez az enteroptosisnál majdnem mindig petyhüdt és zsirtalan. De nem engedhető, hogy szerző a gyomorfallat magát, ellentétben valamennyi észlelővel, egészen háttérbe szorítsa. Azt mondja: a gyomorfallat feszültségének különbsége a rendes és petyhüdt gyomor közt, ha általában fennáll, nem lehet oly jelentékeny, hogy a locsogást közvetlenül elősegíthetné. Ő csupán a gyomorfallat ruganyosságát veszi tekintetbe és nem veti latba azt, hogy itt izomműködés, izomerő szerepel, a mely ép állapotban szorosan összehúzza a gyomrot bennéke körül, a mely atoniánál egy petyhüdt zsákban mintegy szabadon ömledzik ide-oda. Ha kórtanilag lehetséges volna, hogy egy süllyedt gyomor rendes tonusát megtarthatná és bennéke körül szorosan összehúzódsra képes volna, akkor a szerv hozzáférhetősége daczára bizonyára nagyon meg van nehezítve a locsogás létrejötté.

A locsogás kérdésének legvitásabb pontja a tünet időleges fellépése. A legtartózkodóbb szerzők is megegyeznek abban, hogy a locsogás éhgyomorra pangást jelent s hogy jelenléte a rendes emésztési időn túl ennek késlelésére utal. *Elsner* a süllyedt gyomornál a tünetnek még ezen értékesítését is meg akarja szorítani, miután itt már oly kevés folyadék is képes locsogást felidézni, a mennyi még éhgyomorban is még a rendeshez tartozik. De ha a kórtanban egészen kivételes jelenségeket annyira volna szabad érvényre juttatni, hogy általuk a tapasztalatilag megállapított szabályt megdöntsük, akkor minden kórimészetnek vége. Hiszen már a rendes életfolyamatok is oly szélességben mozognak, hogy a módosítások és eltérések mindenütt mint vad hajtások burjánozzák körül a rendesnek körvonalait; hát még a kóros életjelenségekben lépten-nyomon találkozunk az empirice megállapított kórtypusok ezen túlhajtásaival. Teljességgel egyetértek abban, sőt magam hangoztattam, hogy a süllyedt gyomor már csekély bennékre is locsogással felel, épen mivel az az atonia példányképe. De hogy ha már éhes állapotban is locsog, akkor ez az esetek túlnyomó számában pangást fog jelenteni. Különböztetés különbség locsogás és locsogás közt; a gyakorolt kéz és a jártas fül nagyon jól bírja megkülönböztetni, vajjon sok vagy kevés gyomorbennékekkel van dolgunk. Erre *Sahli* is utal, a midőn megkülönbözteti a mély locsogást a felületestől. Ha mégis kétség forogna fenn, akkor helyzetváltozási módszerem által nyerünk biztosságot, mert ha oldalfekvésnél tompulat támad, akkor kétségtelenül nagyobb mennyiségű bennék, azaz valódi pangás van a gyomorban. Ugyanaz áll a locsogásról, mely az emésztési időn túl mutatkozik; az a legtöbb esetben a kihajtás késlelésére fog utalni. Ha már most szerző kicsinylőleg azt állítja, hogy a locsogás legjobb esetben is nem bizonyít többet, mint a gyomoresőpróba, azt kérdelem, nem elég-e ez? Szeretném őt, a rendelő orvost egyszer mint beteget látni ambulantiámon (hony soít qui mal y pense), a hol azon orvosnak bizonyára kezét esókolna, a ki a kórisme meg-



állapításában az irtózott gyomoreső helyett egy pár gyengéd tapintó ütással érné be.

Eddig tulajdonképp nem pro domo álltam szóba, hanem mindazon szerzőkért, a kik a locsogást velem együtt mint az atonia tanujelét értékesítik. Ezekhez maga Boas is tartozik, vagy legalább tartozott, azon esetben, ha magát ez idő szerint segédje nézetével azonosítja. Most saját magamért kell síkra szállni. Én ugyanis valamennyi észlelével szemben azt a tételt állítom fel, hogy „az egészséges gyomorban az emésztés magasztalan is csak bajosan lehet locsogást előidézni vagy egyáltalában nem, míg az atoniás gyomor legesekélyebb bennéke is mutatja”. Elsner egész munkája tulajdonképpen tételelem második részének érdekében küzd, csak hogy ő azt a sülyedt gyomor javára vitatja, melyet ő nem tart petyhüdtnek, a míg én azt a petyhüdség paradigmájának tekintem. Tételelem első részére pedig csak az a megjegyzése: „Ezen nézet czáfolatra nem szorul, mert a mindennapi tapasztalat szól ellene.”

Már most közvetlenül Elsner cikkének behatása alatt több napon át vizsgálat alá vettem házi rendelésem minden betegét. Miután ezen rendelés ebéd után történt, valamennyi vegyes bajú beteg gyomrát épen az emésztési idő alatt vethettem alá a próbának. Ezután is újra fentartom azon állításomat, hogy az ép, rendes fekvésű gyomor az emésztés alatt is csak nehezen ad locsogást vagy egyáltalában nem. Hogy ha ellenfelem Boas-t idézi, „hogy az egészséges embernél is nagyobb vízmennyiség felvétele után — 1—2 liter és több — locsogást kisebb-nagyobb terjedelemben lehet előidézni”, akkor ezt concedálok; de azon megjegyzéssel, hogy ezen kísérlet a rendes emésztéssel nem azonos állapotot szül. Hogy ha én egy pár percz lefolyása alatt 1—2 liter vizet vagy többet itatok a kísérleti egészséges emberrel, akkor gyomrát egyszerűen ezen kísérleti idő tartamára atoniába ejtettem, mert mértéken túl megterheltem. Ily igénynek még az ép gyomor sem felel meg. A mellett tekintetbe veendő, hogy az emésztési gyomorbennék összeállása a locsogási képességre nézve a tiszta vízzel távolról sem azonos.

E tárgyat illetőleg újra körülnéztem az irodalomban s nagy meglepésemre azt találtam, hogy nézetemmel még sem állok egészen egyedül. Nem kisebb ember, mint az alapos és tapasztalt Boweret az, a ki velem szóról-szóra egyetért. A gyomorbetegségeket tárgyaló kézikönyvében ugyanis így nyilatkozik: „A Vétat normal, le clapotage fait défaut après le repas, ou bien il est difficile de le provoquer, et il disparaît très rapidement.” Továbbá azt mondja, hogy ha az ép izomzatú üres gyomorba 200—300 gramm vizet vétünk fel, locsogást nem ad, vagy legfeljebb csak nagyon mulékonyan. Állításom tehát mégis csak czáfolatot érdemel.

Az eddig mondottakból minden elfogulatlan olvasó meg lesz győződve, hogy a locsogás mégis csak az atoniának mutatója. Figyelmeztettem idézett munkámban a locsogás egy localisatiójára, mely az enteroptosis legtöbb esetében mint a bélatonia tanujele észlelhető. Egy kézzel való nyomó tapintás által ugyanis locsogást lehet előidézni a vakbélben. Itt Elsner csak nem fogja a vakbél hozzáférhetőségét mint a tünet okát érvényesíteni, a mint azt a gastroptosisnál teszi, mert a vakbél rendes állapotban is ép oly hozzáférhető a tapintó kéznek. Itt csupán a szerv atoniája okolható. Végre még egy megjegyzést. Maga Boas közölt egy módszert, a lehágó vastagbél atoniájának bizonyítására, t. i. mintegy 300 gramm víz beöntését a végbélbe. Ha a vastagbél atoniás, akkor a bal alhasban locsogás észlelhető. Már most mit vétett a gyomor, hogy megtagadnók neki azon jussát, miszerint petyhüdségét locsogás által elárulja, míg ezen jogot a vastagbélnek magától érthetőleg megadjuk.

Végül összegezem az eredményeket. A gyomor atoniája izomzatának petyhüdségében áll, mely abban mutatkozik, hogy bennéke körül nem húzódik össze szorosan. Nagyobb nyújthatósága alapján tartalma súlyának könnyen enged, alsó határa le-súlyed, ürtere nagyobbodik. Fokként fejlődik ptosis, sőt függőleges helyzet. Tiszta atoniánál csupán a gyomor tonikus összehúzódása gyöngült, peristaltikus mozgása rendes; idővel ez is esökkenhet, ennek folytán az emésztési idő hosszabbodik, végre oly mértékben, hogy teljes mozgási elégtelenség, állandó pangás, végleges gyomortágulat jöhet létre. De korántsem szükségképpen;

az esetek túlnyomó számában a tiszta atonia éveig, sőt élet-hossziglan fennállhat ama komolyabb következményes állapotok nélkül. A tiszta atonia klinice a gyöngé gyomrot képviseli, melynek mozgató ereje a legesekélyebb helybeli vagy általános zavar folytán időszerűleg csorbát szenved.

A gyomoratonia csak kivételesen egy helybeli bántalom vagy localis okok szüleménye. Az esetek túlnyomó számában az egész szervezetnek veleszületett atoniáján alapszik, vagyis ugyanazon szervezeti állapotban, mely az enteroptosis, az ideges dyspepsiát és az általános neurastheniát szüli. Mindezek csak egyes jelenségei egy szerfelett gyakori különleges betegségnek, melynek idővel egy általános új elnevezést kell adni; én atonia universalis congenita névvel jelölöm. Ezen specifikus betegségnek a gyomoratonia többnyire legelső s minden esetre legállandóbb tünete.

Ezen oly fontos és suggestiv rendellenesség megállapítására egy igen jellemző és könnyen kezelhető reagenssel birunk s ez a locsogás. Egyszerű atoniánál az emésztés egész ideje alatt nagyfokban előidézhető, az ép gyomorban nem vagy csak nehezen. Hogyha az emésztési idő lefolyta után is mutatkozik, akkor ennek késlelésére, a peristaltika gyöngülésére, kihajtási elégtelenségre utal. Ha végre éhgyomorra is előfordul, akkor pangásnak, gyomortágulásnak a jele. Ezen következtetéseket, melyeket a locsogásból vonunk, nagyban kiegészíti a gyomor hangváltozása a test helyzete szerint. Mindkét vizsgálati módszer sok esetben feleslegessé teszi a gyomoreső alkalmazását. Végre a a locsogás terjedelméből a gyomor helyzetére, nagyságára s körvonalaira is lehet következtetést vonni.

Ha már most Elsner maga bizonyítja, hogy a locsogás állandó jele a gastroptosisnak; ha megengedi, hogy legalább a nem sülyedt gyomornál fellépésének ideje szerint az emésztés késését és a bennék pangását bizonyítja; ha már ab ovo elvitázhatatlannak mondja, hogy a locsogás területéből a gyomor nagysága és helyzete megítélhető; ha bizonyos esetekben legalább egyértelműnek vallja a locsogást a locsogást a gyomoresővézéssel; és ha végre mindezen concessiók után azon következtetésre jut: „hogy a locsogás egészen közönyös jelenség, hogy gyakorlati értéke alig számbavehető s hogy nem tud esetet, a hol belőle valamely kórisméteti következtetést vonhatott volna le”, akkor ez azon kirívó ellenmondás, melyet leleplezni e sorok elején igyekeztem. És csak arra kérném az oly nehezen kielégíthető fiatal klinikust, hogy nevezzen meg nekem még sok ilyen kórtani applicatiót, mely mint ez, a megtanulásnak és alkalmazásnak úgyszólván minden fáradsága nélkül oly dús gyakorlati érvényesítést szolgáltatna.

**Közlemény a budapesti magy. kir. tud. egyet. II. sz. belklinikájáról (igazgató Kétli Károly dr. tnr.) és a magy. kir. állami bakteriologiai intézetből (igazgató Preisz Hugó dr. tnr.)**

**Adatok a pestis-bacillus agglutinatiojához.<sup>1</sup>**

Irták: *Aujeszky Aladár* dr., főiskolai segédtanár és *Wenhardt János* dr., belklinikai tanársegéd.

(Vége.)

**Agglutinációs kísérlet vizelettel és pestismikrobákkal.**

A vizeletnek a pestismikrobát agglutináló képességét tudtunkkal először *Chairns* és *Wenhardt* vizsgálta *Glasgowban*. Kiderítették, hogy a pestisből lábadozók vizelete ép oly jól agglutinál, mint a vérük. Sőt két, több hét előtt pestis ellen passive immunizált egyén vizelete is igen jól agglutinált. Minthogy azonfelül ezek közül az egyik csak 50 kem. serumot kapott, szükségesnek tartottuk egészséges vagy legalább is nem lázas emberek vizeletét megvizsgálni, hogy vajjon ez nem agglutinálja-e szintén a pestis mikrobáit?

E kérdés eldöntésére a fent említett négy egyént annál is inkább alkalmasnak találtuk, mert vizeletüket a serum befecskendezése előtt és után vizsgálhattuk. Ezen kísérleteket 1:1, 1:10, 1:25 és 1:50 arányban végeztük.

A serum befecskendezése előtt mind a négy egyén vizeletével negatív eredményt kaptunk. Igaz, hogy az I. esetben 1:1 arányban és a III. esetben 1:1 és 1:10 arányban 24 óra mulva az agglutinációnak némi nyomai mutatkoztak ugyan, azon-



ban, minthogy az agglutinatio még 44 óra múlva sem fejlődött ki, ezen eseteket is negativeknek kell tartanunk.

Az I. esetben a serum befeeskendezése után 13<sup>40</sup> óra múlva ürített vizelet 1:1 és 1:10 arányban 20 óra után az agglutinációnak némi jelét adta. A 8 nap elteltével ürített vizelet agglutináló hatása 1:1 arányban 5 óra múlva már kezdett mutatkozni, 20 óra után pedig erősen kifejezett volt. A második befeeskendezés után 23<sup>1/2</sup> óra múlva ürített vizelet egészen úgy viselkedett, mint az előbbi.

A III. esetben a serum befeeskendezése után 23<sup>30</sup> óra múlva vizsgált vizelet agglutináló képessége 10:10 arányban 5 óra elteltével nyomokban már mutatkozott, 24 óra múlva pedig erősen bizonyult. 1:10 arányban még 44 óra múlva sem volt ugyan egészen negatív, de kérdéses maradt. A három nap múlva ürített vizelet 1:1 arányban még 22 óra múltán is kérdéses volt.

A II. esetben a serum befeeskendezése után 23<sup>30</sup> óra, illetőleg 17<sup>15</sup> óra és 9 nap múlva ürített vizelet agglutináló képessége határozottan negativnek bizonyult. Ugyanígy viselkedett a IV. esetnek a befeeskendezések után 42, illetőleg 22<sup>30</sup> óra múlva ürített vizelete.

Ezen vizsgálatokból látható, hogy nem pestises emberek vizelete a pestis bacillusait nem agglutinálja; de egyes esetekben megtörténik, hogy esekély hígításban kiskókú feltisztulást előidéz. Kísérleteink eredménye oda mutat, hogy a mely egyén vizelete a serum befeeskendezése előtt az agglutinációnak nyomát sem mutatja (II., IV.), annak a vizelete az injectio után sem agglutinál. (Ezen esetekben a vér sem agglutinált.) Ellenben kiderült, hogy a mely egyének vizelete a befeeskendezés előtt az agglutinációnak csak nyomát is adja, az a serum injectioja után agglutinál. Megtörtént, hogy a vizelet az agglutinatio nyomait mutatta, mikor a vér ugyanazon arányban negatív eredményt adott. Máskor a vér jobban agglutinált, mint a vizelet. Sajnos, hogy e kísérletek arra nézve egyáltalában nem adtak felvilágosítást, miért agglutinált oly jól Glasgow-ban ama két serummal oltott, különben egészséges ember vizelete.

#### Haffkine-féle védőojtó-anyaggal kezelt nyulak.

A német pestisbizottság szerint két egészséges, körülbelül három hét előtt Haffkine-féle védőojtó-anyaggal beoított ember vére az agglutinációnak nyomát sem adta. Ezzel szemben Leumann,\* a ki a bombayi pestislaboratoriumban dolgozott, azt állította, hogy nemcsak a pestisből lábadozók vére agglutinált, hanem a Haffkine-féle védőojtó-anyaggal beoított emberek vére is. A német pestisbizottság nem közli az arányokat, a melyekben az agglutinációs kísérleteket végezték, Leumann cikkének eredetijét pedig nem tudtuk megszerezni. Zabolotny szerint a Haffkine-féle methodus szerint beoított emberek vére 1:6 és 1:12 arányban rendszeren agglutinál; nagyobb hígításban nem. Az eltérések oka ú. l. az arányokban rejlik, a melyekben az agglutinációt végrehajtották.

Paltauf 65<sup>0</sup> C. -on sterilizált pestismikroba-kulturákat feeskendezett tengerimalaczba és nyúlba. Az 1 kgm. testsúlyra eső kultúra mennyiségét és az egyes injectiók között eltelt időt nem közli. A 4-dik és 5-dik befeeskendezés után egyik-másik állat vére a pestis mikrobáit agglutinálta 1:5 arányig. Miután két lóba 11-szer subcután sterilizált pestiskulturát és azután többször intravenásan élő pestismikrobákat feeskendezett, a lovak vére szintén adta az agglutinációs tünetet.

Minthogy a Haffkine-féle védőojtó-anyag befeeskendezése után igen kellemetlen reactio fejlődik, azért embereken nem kísérleteztünk vele, hanem csak házinyulakon.

Mindenekelőtt meggyőződünk arról, hogy a kísérletre szánt két nyúl vére 1:10, 1:25 és 1:50 arányban a pestismikrobákat nem agglutinálja. Ezután a következőképen jártunk el:

A) 2750 gm. súlyú nyúlra 1 kgm. jára számítva 5<sup>0</sup> kem. (összesen 13<sup>8</sup> kem.) Haffkine-féle védőojtó-anyagot feeskendeztünk a bőre alá. (Haffkine felnőtt emberbe eleinte 2<sup>0</sup>–3<sup>0</sup>, később 20<sup>0</sup>–25<sup>0</sup> kem.-t feeskendezett.) A nyúl hőmérséklete 38<sup>6</sup>°-ról hét óra alatt 40<sup>2</sup>°-ra szökött fel s az állat aznap nem evett. A következő naptól kezdve hőmérséklete normalis volt és

\* Cit. Klein nyomán.

az állat rendszeren táplálkozott. A vérsavójának agglutináló hatását két és öt nap múlva 1:10, 1:25 és 1:50 arányban, 21 nap után pedig 1:5, 1:10, 1:25 és 1:50 arányban vizsgáltuk. Az eredmény minden esetben teljesen negatív volt.

B) 3965 gm. súlyú nyúlra 19<sup>8</sup> kem. Haffkine-féle védőojtó-anyagot adtunk subcután (5<sup>0</sup>:1000 gm. testsúlyra). Aznap a hőmérséklete 38<sup>7</sup>°-ról 39<sup>7</sup>°-re emelkedett, mindamellett az állat rendszeren táplálkozott. Ezentúl még ily kisebb hőemelkedés sem volt észlelhető. 2, 5 és 9 nap múlva a vérsavója 1:10, 1:25 és 1:50 arányban nem agglutinált. Az első injectio napjától számított IX. napon az agglutinációra szánt vér kibocsátása után 5 óra múlva a 4000 gm. súlyú állatba 10<sup>0</sup> kem. Haffkine-féle ojtóanyagot (2<sup>5</sup>:1000 gm. testsúlyra) feeskendeztünk (subcután). A XVII. napon (az első injectio napjától számítva) a vér 1:5, 1:10, 1:25 és 1:50 arányban egyáltalában nem agglutinált. Ugyanezen napon a 3890 gm.-ra fogyott nyúlba 9<sup>7</sup> kem. Haffkine-féle ojtóanyagot (2<sup>5</sup>:1000 gm. testsúlyra) feeskendeztünk (subcután). A XXV. napon a vérsavó 1:5, 1:10, 1:25 és 1:50 arányban az agglutinációnak nyomát sem mutatta. E napon a nyúl két jól fejlődött kölyköt szült. Ezeknek vérével ugyanazon arányban végeztünk agglutinációs kísérletet, szintén teljesen negatív eredményvel.

Az első kísérlet azt bizonyítja, hogy ha nagy adag Haffkine-féle védőojtó-anyagot feeskendezünk nyúlba, még annak ellenére is, hogy erős reactio\* fejlődött, a nyúl vére a jelzett arányokban nem agglutinál. A második kísérlet az elsőnek az eredményét megerősíti azon variatioval, hogy ismételt haffkinizálás után sem nyer a nyúl vére agglutináló képességet. Ezen utóbbi kísérlet egyszersmind azt is bizonyítja, hogy, mint nem is volt másként várható, az ilyen nyúl kölykeinek vére sem agglutinál.

#### Agglutinációs kísérletek serummal és Haffkine-féle ojtóanyaggal.

Tekintettel arra, hogy agglutinációra alkalmas, élő pestis-kulturák fentartása fáradságos, hogy ezeknek tartására hazánkban külön belügyministeri engedély kell, hogy a pestis-tenyészetekkel való foglalkozás nem veszélytelen és szállításuk alkalmával is könnyen baj történhetik: ezélszerűnek tartottuk megvizsgálni, hogy az agglutinációnál az élő pestismikrobákból álló emulsiót nem lehetne-e helyettesíteni a Haffkine-féle ojtóanyaggal, mely tudvalevőleg nem egyéb, mint pestismikrobák húsleveses tenyészeté, a melyet 0<sup>5</sup>% phenol hozzáadása után 70<sup>0</sup> C-on sterilizáltak.

Ezen kísérletek tulajdonképen csak tökéletesítései a mindjárt említendő vizsgálatoknak. Ugyanis Widal bebizonyította, hogy elhalt typhuskulturák is alkalmasak az agglutinációra. Ezen állítást Kraus R. a typhusra és cholérára nézve megerősítette. Ugyancsak Kraus állapította meg, hogy a pestisserum pestis-kulturák steril száradékában csapadékot idéz elő, a melyet specifikusnak kell tekinteni, mert más serumok hozzáadására az nem jön létre. Kraus szerint a serum kicsapta anyagok a mikrobák testéből származnak, ilyenek pedig a Haffkine-féle ojtóanyagban, mint régi, sterilizált tenyészetekben bőven lehetnek. Ha mást nem is lehetett várni a Haffkine-féle anyaggal való agglutinációs kísérletektől, mint azon fajlagos csapadékot, akkor ez maga már elég, mert a csapadék a leülepedéskor magával ránt több-kevesebb suspendált mikrobát, a minek következtében a kultúra gyorsabban és tökéletesebben tisztul, mint a control, az üledék pedig nagyobb lesz, mint a controlé.

Chairns és Wenhardt Glasgowban összehasonlító vizsgálatokat végeztek olyaténképen, hogy ugyanazon pestisreconvalescens egyén vérsavójából egyenlő arányban adtak élő pestismikrobákból készült emulsióhoz és Haffkine-féle ojtóanyaghoz. Az eredmény minden esetben positiv volt azon különbséggel, hogy a Haffkine-féle ojtó- anyaggal az agglutinatio általában sokkal gyengébbnek bizonyult.

Ezen kísérleteket, helyességük megerősítése végett Budapestén megismételtük párisi pestis elleni vérsavóval. Az eredmény, mint a mellékelt táblázaton látható, nagyjából egyezik a glasgowi adatokkal. (+ + igen erős agglutinációt jelent. ? = az agglutinációnak nyoma.)

\* Erről egy másik közleményemben bővebben lesz szó. Wenhardt



	Arány	3 óra	6 óra	20 óra	44 óra
Serum + emulsio	1:10	—	—	++	++
	1:25	—	—	++	++
	1:50	—	—	+	+
	1:100	—	—	?	?
Serum + Haffkine	1:10	?	+	+	+
	1:25	—	?	+	+
	1:50	—	?	+	+
	1:100	—	?	?	?

A Haffkine-féle ojtóanyaggal Budapesten végzett kísérleteink pozitív eredmény esetében sokkal szembeszökőbbek voltak, mint Glasgowban. Ennek okát vagy a serumban kellett keresnünk, mely esetleg erősebben agglutinált, mint a glasgowi pestisreconvalescensek vérsavója, vagy azon körülményben, hogy a vizsgált anyagot Glasgowban szobahőmérsékleten tartottuk, Budapesten pedig thermostatba helyeztük. Itthon, mivel pestisbetegek vére nem állott rendelkezésünkre, csak a hőfok befolyását tehetjük megfigyelésünk tárgyává. Az összehasonlító kísérleteinket úgy hajtottuk végre, hogy párisi pestis elleni serumot és szeptipérvári Haffkine-féle ojtóanyagot 1:10, 1:25, 1:50 és 1:100 arányban összekevertünk és négy kémlőcsövet 20° C-on, négyet pedig 37° C-on tartottunk.

A szobahőmérsékleten tartott kémlőcsövekben számottevő feltisztulás egyáltalában nem jött létre. De mindegyikben jóval több üledék képződött, mint a megfelelő control kémlőcsőben. Legtöbb volt 1:10-ben, mely már egy óra múlva szembetűnt, legkevesebb az 1:100-ban.

A thermostatban az üledék ép úgy viselkedett, legfeljebb minden kémlőcsőben valamivel több volt, mint a szobahőmérsékleten tartott megfelelő kémlőcsövekben. Azonban nagy különbséget mutatott az 1:10 arányú, mert az a thermostatban egészen fel is tisztult. Ezért a glasgowi és budapesti eredmények közti különbséget a hőmérsékletbeli differentianak kell betudni.

Ezek után vizsgálataink eredményét a következőkben foglaljuk össze:

Az egészséges ló vérsavója is agglutinálja a pestis bacillusait, de csak 1:10 arányig.

A pestis elleni serum 1:5 arány alatt nemcsak a pestis-bacillussokat, hanem más mikrobákat is agglutinál.

Egészséges emberek és tuberculosisban szenvedő lázas egyének vére a pestis bacillusait nem agglutinálja.

Pestis elleni serummal való immunizálás után az emberek vére néha agglutináló képességet nyer.

Egészséges nyulak vére nem agglutinálja a pestis-bacillussokat; serummal való immunizálás után kivételes esetekben agglutinál.

Egészséges emberek vizelete nem agglutinál, de serum befeeskenedése után megtörténhetik, hogy a vizelet is adja az agglutinációs reakciót.

A nyulak vére Haffkine-féle ojtóanyaggal való immunizálás után sem agglutinálja a pestis bacillusait.

Végül kimutattuk, hogy a Haffkine-féle ojtóanyag is használható agglutinációra, de az élő pestis-bacillussal végzett vizsgálatok élelkebb reactit adtak.

*Irodalom, Bericht d. deutschen Pestkommission. 1899. — Besprechung über die Pestfrage. Abgehalten im kaiserlichen Gesundheitsamte. Centralbl. f. Bakter. etc. 1899. Erste Abtheil. XXVI. 726. — Dieudonné: Schutzimpfung und Serumtherapie. Leipzig, 1900. — E. Gotschlich: Über wochenlang Fortexistenz lebender virulenter Pestbacillen im Sputum geheilter Fälle von Pestpneumonie. Zeitschr. f. Hyg. etc. XXXII. 37. l. — C. Klein: Remarks on agglutination by plague blood. Lancet. 1901. I. köt. 7. sz. — R. Kraus: Ueber spezifische Reactionen in keimfreien Filtraten aus Cholera-, Typhus- und Pestbouillonculturen, erzeugt durch homologes Serum. Wiener Klin. W. 1897. 736. l. — Müller u. Pösch: Die Pest. 1900. — Paltauf: Wiener Kl. W. 1897. 537. — Preisz H.: A pestisről. Budapest, 1900. — G. Sticker: Münch. Med. W. 1898. 14. l. — Wyssokowitsch et Zabolotny: Recherches sur la peste bubonique. Annales de l'Inst. Pasteur. 1897. XI. 663. — Zabolotny: Ueber die agglutinirende Wirkung des Bluteserums bei der Pest. Russkij Archiv Pathologii. III. Ref. Baumgarten's Jahresbericht. XIII. 433. — Zabolotny: Sur les propriétés agglutinantes du serum dans la peste bubonique. Compt. rend. de la soc. de biologie. 1897. Dix. série. IV. k. 520. — Zabolotny: Recherches sur la peste. Extrait des „Archives des sciences biologiques“. VIII. k. 1. sz.*

### A teljes vér és a vérsavó lugosságának ingadozása különböző ép és kóros viszonyok között.

Közli: Rigler Gusztáv dr., a közegészségtan ny. r. tanára Kolozsvárt. (Folytatás.)

Minden fejtegetésnél jobban bizonyítanak a következő (4. sz.) táblázat és rajz (1. sz.) adatai, melyekben a törtek számlálója egy gramm teljes vér, nevezőjük pedig egy gramm vérsavó lugosságát mutatják  $\text{cm}^3 \frac{1}{50} \text{n. H}_2\text{SO}_4$ -ben kifejezve. A rajzokon V a vér, S a savó lugosságának a vonala; a nyíl a beoltást, a római számok a napokat, az arabok az  $1 \text{ cm}^3$ -re elhasznált  $\text{cm}^3 \frac{1}{50} \text{n. H}_2\text{SO}_4$ -et jelentik.

5. tábla.

Ép állatok teljes vére és vérsavója lugosságának ingadozása hét napon belül.

Az állat száma	Az állat súlya gm.	0 óra	24 óra	2×24 óra	3×24 óra	4×24 óra	7×24 óra
20	1820	4.70	4.55	—	4.47	—	—
		2.21	2.25	—	2.24	—	—
21	1550	4.96	4.85	—	—	—	—
		1.90	1.93	—	1.93	—	—
47	1450	4.88	—	4.86	—	4.90	4.79
		2.23	—	2.21	—	2.28	2.30
48	1570	4.55	—	4.41	—	4.42	4.42
		2.50	—	2.45	—	—	2.47
65	1700	3.71	—	3.71	—	3.69	3.69
		2.32	—	2.39	—	2.24	2.24
66	1730	4.68	—	4.71	—	4.65	4.52
		2.04	—	2.03	—	2.03	2.02

A táblázat és a rajz eléggé mutatja azt, hogy az ép kísérleti állatok teljes vérenek és vérsavójának lugosságában mily kismértékű az ingadozások. Még világosabban fog e tény előttünk állani, ha az adatokból kiszámítjuk, hogy a maximális, minimalis és közepes ingadozás az eredeti lugosságnak hány százalékát teszi ki.

Íme a számok.

6. tábla.

	Teljes vérnél		Vérsavónál	
	emelkedés	esés	emelkedés	esés
Maximum	0.61	4.89	3.00	3.45
Minimum	0.40	0.53	1.57	0.89
Átlag	0.52	2.67	2.31	1.63

Mindaz világosan bizonyítja és megerősíti az állatokra vonatkozólag minden vizsgáló, de főleg Fodor által a vérsavót illetően azon kimondott tényt, hogy azonos körülmények között élő, ép állatoknál van ugyan némi ingadozás ugyanazon állat teljes vérenek és vérsavójának lugosságában, de ez az ingadozás úgy fel, mint lefelé igen csekély. Eseteimben mindkettőt összevéve és maximumban nem igen ment az túl az eredeti lugosság értékének 6%-án.

#### IV.

Az ép állatok teljes vérenek és vérsavójának lugosság szempontjából való vizsgálatánál még érdekesebbnek és fontosabbnak látszott előttem tanulmányozni azt, hogy a különböző fajú és virulentiájú fertőző mikroorganizmusok beoltása által beteggő tett állatok vérenek és vérsavójának alkalicitásában mily változások folynak le.

Összesen 11 különféle mikroorganizmus ebbeli hatását vizsgáltam, még pedig mindegyiket 6—6 nyúlra. A fertőzés valamennyinél az illető mikroorganizmus 2×24 órás agartenyésztéssel történt, a melyet lekaparva, a nyert anyagot 15  $\text{cm}^3$  destillált vízzel addig ráztam össze, míg lehetőleg homogen folyadékot nyertem. Ebből a folyadékból feeskenedtem minden állatnak bőre alá 1—1  $\text{cm}^3$ -nyi mennyiséget egy kilogramm testsúlyra.

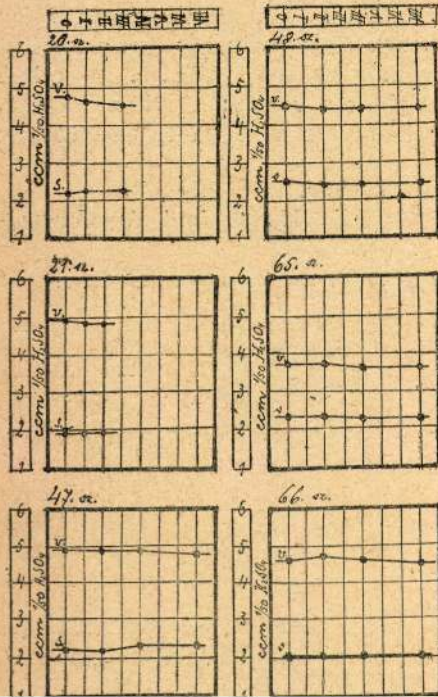
Az első vérvétel közvetlenül a fertőzés előtt történt. (A táblázatokban 0-sal jelölve.) Másodszor, igen kevés kivételtől eltekintve, 24 óra múlva, harmadszor 2-szer vagy 3×24 óra múlva, negyedszer 4-szer vagy 5×24 óra múlva, ötödször — ha a halál nem következett be korábban — 8×24 óra múlva vettem vért. Ezen utolsó alkalommal az állat rendesen levágotott.

Az egy  $\text{cm}^3$  mennyiségre eső  $\frac{1}{50} \text{n. H}_2\text{SO}_4$  mennyiséget itt is a teljes vérnél a törtek számlálói, a vérsavónál azok nevezői mutatják. A táblázatos kimutatáson kívül rajz alakban is észszerűnek véltem a szemléltetés szempontjából feltüntetni az eredményeket.

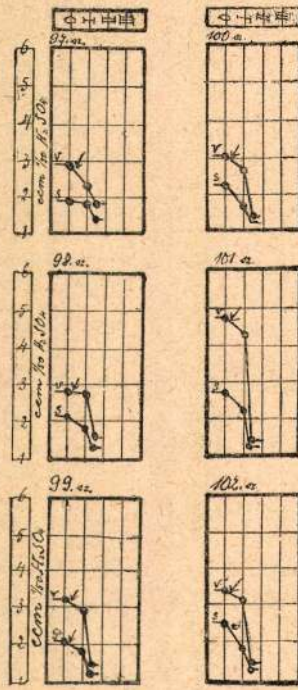


Jól tudom, hogy a táblázatok is, meg a rajzok is csak durván mutatják a valóságot, mert hiszen a vizsgálatok között eltelt időközökben más ingadozások is előfordulhattak. Ezeket azonban ugyanazon nyulakon, mondjuk nyolcz nap alatt nyolczszor megfigyelni nem látszott előttem tanácsosnak, mert egyrésről a sok-

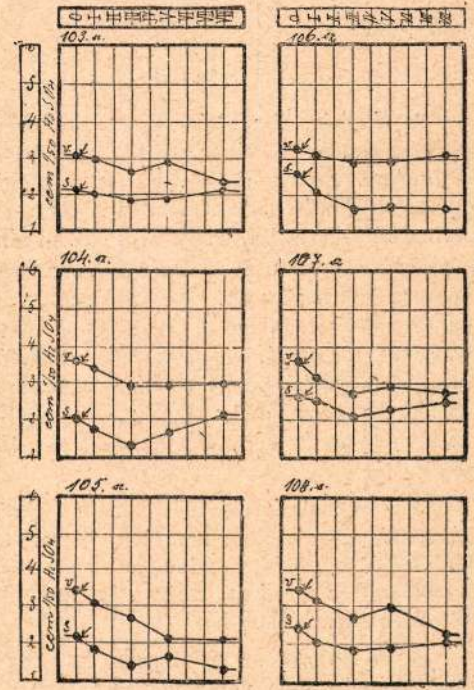
Ugy a tábla, mint a rajz egyértelműleg bizonyítja, hogy halálos anthrax-fertőzésnél úgy a teljes vér, mint a vérsavó lugossága már 24 óra múlva erősen csökken, az után pedig az esés még vehemensőbb lesz a halálig. A csökkenés nagyobb a teljes vérnél, mint a vérsavónál.



1. rajz.



2. rajz.



3. rajz.

szor elvont kis mennyiségű vér is sokra ment volna s így önmagában is befolyásolhatta volna a talált értékeket, de másrészt a gyakori beavatkozással jobban kitétem volna állataimat a sebfertőző bántalmaknak s ezekkel együtt vérük lugossága megváltozásának.

Végül még csak azt jegyzem meg, hogy sebfertőző bántalomban egyetlen állatot sem vesztettem el. Néhány a vérvétel alatt levegő-embolia következtében az operáló asztalon maradt. Utóbbiak a táblázatokban és rajzokban világosan fel vannak tüntetve.

\* \* \*

1. A lugosság ingadozása halálos lépene-fertőzésnél.

Fodor fentebb már többször említett közleményében a lépene fertőzésnél a vérsavóban beálló lugosságváltozást úgy írja le, hogy a fertőzés után körülbelül 10 óráig a lugosság emelkedik, hogy azután, főleg a 24-dik órától a halálig gyorsan és nagy fokban süljedjen.

Az előbb felhozott okoknál fogva a táblázatban és rajzban csak a 24 órai, illetve az ezen túl beálló ingadozások találhatók s így az emelkedési időszak belőlük kiesik.

Megjegyzem, hogy a fertőző anyag, a melyet Lőte tanártól kaptam, igen virulens volt s nagyon prompt hatásúnak mutatkozott, a mennyiben mind a hat állat a 36-dik órában már agonizált s így le is öletett.

Az eredmény a következő:

7. tábla.

Az állat száma	Az állat súlya gm.	0 óra	Fertőzés	24 óra	36 óra
97	1570	2.89	1 cm <sup>3</sup> agar-tenyészet-hígítás pro kgm.	2.29	1.85
		1.95		1.88	1.40
98	1340	2.82		2.78	1.60
		2.14		1.81	1.32
99	1580	3.18		2.90	1.52
		2.10		1.88	1.27
100	1570	3.03		2.71	1.36
		2.27		1.69	1.27
101	1200	4.73		4.30	1.44
		2.68		2.20	1.25
102	1580	3.39		3.13	1.49
		2.50		1.86	1.30

2. A lugosság ingadozása nyolcz napon belül nem halálos sertés-orbáncz-fertőzésnél.

A fertőzésre használt sertésorbáncz-bacillus tiszta tenyészetét Preisz tanár volt szíves átengedni. A vele beoltott két fehér egér elpusztult. A vele fertőzött kísérleti állatok teljes vére és vérsavója lugosságában beállott változásokat a következő 8. tábla és 3. rajz mutatja.

8. tábla.

Az állat száma	Az állat súlya gm.	0 óra	Fertőzés	24 óra	3×24 óra	5×24 óra	8×24 óra
103	1470	3.12	1 cm <sup>3</sup> agartenyészet-hígítás pro kgm.	3.01	2.63	2.34	2.38
		2.12		—	1.87	1.90	2.17
104	1640	3.61		3.40	2.95	2.94	2.98
		2.05		1.76	1.36	1.66	2.18
105	1900	3.46		3.02	2.67	2.12	2.07
		2.20		1.85	1.45	1.64	1.38
106	1430	3.24		3.13	2.94	2.93	3.11
		2.60		2.04	1.64	1.68	1.62
107	1320	3.63		3.14	2.72	2.89	2.73
		2.65		2.50	2.11	2.38	2.50
108	1340	3.43		3.16	2.68	2.94	2.18
		2.10		2.05	1.82	1.91	2.06

Ezen kísérlet-sorozat azt bizonyítja, hogy a fertőzött állatok teljes vérének és vérsavójának lugossága szintén csökken, még pedig már a fertőzés után 24 óra múlva; a lugosság legmélyebb állását a 3-5. nap körül éri el, a mely után a nyolczadik napig a mély állás több állatnál megmarad, némelyiknél azonban kisérték emelkedésnek ad helyet, de a lugosság így sem éri el a nyolczadik napon sem a fertőzés előtti magaslátot.

A teljes vérnél aránylag kisebb fokú a csökkenés, mint a vérsavónál.

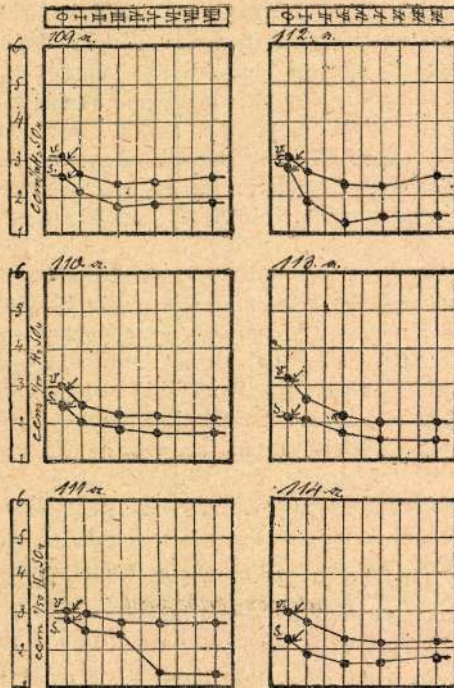
3. A lugosság ingadozása nyolcz napon belül nem halálos sertés-vész- (suisepticus) fertőzésnél.

A suisepticus bacillusának tiszta tenyészetét szintén Preisz tanár szíveségének köszönhetem. A vele beoltott két fehér egér elpusztult. A fertőzésre beálló lugosság-változásokról a 9. tábla és a 4. rajz világosít fel bennünket.



9. tábla.

Az állat száma	Az állat súlya gm.	0 óra	Fertőzés	24 óra	3×24 óra	5×24 óra	8×24 óra
109	1400	3.10		2.60	2.31	2.40	2.51
		2.60		2.17	1.74	1.81	1.81
110	1380	3.00		2.51	2.25	2.23	2.18
		2.53		2.01	1.81	1.71	1.71
111	1620	3.03		2.93	2.2	2.70	2.72
		2.85		2.50	1.42	1.38	1.33
112	1570	3.11		2.69	2.34	2.24	2.53
		2.84		1.87	1.32	1.44	1.44
113	1720	3.19		2.71	2.20	2.01	2.01
		2.15		2.07	1.70	1.54	1.51
114	1420	3.00		2.75	2.30	2.14	2.19
		2.28		1.87	1.63	1.65	1.78



4. rajz.

Mindkettő világosan bizonyítja, hogy a nyúl teljes vérenek és vérsavójának alkalicitása a suisepticus fertőzésre gyorsan és erősen reagál. Már 24 óra múlva erős és tapasztalható mindkettőnél, a mely folytatódik a 3-5. napig. Ekkor a további esés megszűnik, sőt esetleg kis fokú emelkedés is áll be, de a lugosság még a nyolcadik napon sem közelíti meg azon magasságot, a melyen a fertőzés előtt állott.

Itt is, miként az előbbinél, a savó lugosság-vesztesége aránylag nagyobb, mint a teljes vére.

(Folytatása következik.)

**Közlemény a II. kórbonczatani s kórszöveti intézetből. (Igazgató: Pertik Ottó dr. egyetemi tanár.)**

**A köszvényről.**

A XI. balneologiai congressuson előadta Weisz Ede dr., pöstyéni fürdőorvos.

(Vége.)

Túlsoká foglalkoztam, tisztelt uraim, a köszvény pathogenesisével. Tünettanával ma foglalkoznom, úgy érzem, nincs időm, és gyógytanával mai előadásom keretén belül is legfeljebb csak néhány szóval lehet megemlékezni.

A mi a daetetikát illeti, nyilvánvaló, hogy a rideg schemák jogosultsága nem áll arányban sem elméleti tudásunkkal, sem az általuk elért gyakorlati eredményekkel. A diaeta legyen más szempont szerint is egyénileg változó, általában vegyes és a vesét (alkohol, fűszerek eltávolítása) lehetőleg kímélje. Ivókúrák inkább szintén csak a vese szempontjából jöhetnek esetleg szóba, a vér alkalescentiája köszvénynél nem játszik szerepet; azt fokozni nem szükséges s ivókúrával nem is igen lehetséges. A végtagok táplálkozása céljából, úgy látszik, mégis csak legfontosabb fel-

adat jut a fürdőknél s részben a massagenak. A mi a gyógyszerket illeti, a colchicumnak eddig még komoly concurrens nem igen akadt. Az úgynevezett húgysav-oldó szerek az eprouvetteben bírják ugyan oldó hatásukat kifejtteni, de mint azt Mendelsohn kimutatta, vizelet avagy vizeletbeli sók jelenlétében már egészen hatástalanok. A kísérleti madárköszvénynél alkalmazott húgysav-oldó szereket illetően — nálunk főleg Aujezsky, Donogány, Meisels foglalkoztak e kérdéssel — az adatok szintén ellentmondók.

S most előadásom végére értem, a nélkül, hogy a kitűzött tárgyat kimerítettem volna. De szíves türelmükkel nem akarván visszaélni, csupán arra kérem, tisztelt uraim, méltóztassanak még csak azt megengedni, hogy a lehető legrövidebben beszámoljak az állati köszvényre nézve végzett kísérleteimről. Daczára hogy e kísérletek egész télen foglalkoztattak, ki kell jelentenem, hogy most is még csak a kísérletezésnek kezdetén állok. De kísérleteim már eddig is némi betekintést engednek a húgysavas lerakódások kérdésébe s mert kifejtett felfogásomban határozottan támogatnak, bátorkodom szíves engedelmökkel futólag felemlíteni.

A kísérleteket — azok részletes mérlegelése külön közlemény tárgyát fogja képezni — Pertik tanár szívesége folytán, a melyért e helyen is hálás köszönetet mondok, a II. kórbonczatani intézet laboratóriumában végeztem. A vizsgálatok szövettani irányban folytak s főleg a vese szerepével foglalkoztak.

Méltóztatnak tudni, hogy míg emlősök testében eddig a vesét, illetőleg vesemedenczét kivéve mesterséges húgysavas lerakódásokat előidézni nem sikerült, madaraknál könnyen lehet különféle módon húgysavas lerakódásokat a test különböző helyein előidézni. A madarak anyagcsereje több húgysav képződésével jár s így könnyebben előállíthatók azon kísérleti feltételek, a melyek mellett a felhalmozódott húgysav s sói bizonyos helyeken szilárd alakban kiválhatnak.

Már Galvani-nak sikerült az ureterek lekötése által húgysavas lerakódásokat előidézni. Ebstein kalium chromicum befeeskenedése által nagy mérvű lerakódásokat tudott létesíteni, végre nálunk Kóssa sok másféle anyag intramuscularis befeeskenedése által is tudott szárnyasokon úgynevezett mesterséges köszvényt előállítani.

Ezen különféle eljárások közös vonása, hogy a kísérleti madárnál a vese működése vagy lekötése által mechanice, avagy különböző vesemérgek által vegyi úton, azaz a vese-parenchym megkárosítása által ki lett rekesztve; ilyenkor szünetel a vérnek a húgysavtól a vese útján szokott tisztulása, a húgysav felhalmozódik s végre jegeczek alakjában kiesik.

A nélkül, tisztelt uraim, hogy ezen kísérleti lerakódásokat a köszvényvel azonosítanom, magam is, jobb módszer és klinikai autopsiák hiányában, alkalmas substratumnak tartom, a melynek segítségével a húgysavas lerakódások képződését tanulmányozni lehet. De az eddig végzett kísérleteket — a magaméit is beleszámítva — nem tartom elégségeseknek arra, hogy azokkal az emberi köszvény pathogenesist minden kívánatos irányban megvilágítsunk lehetne.

De a kísérlet csak analogiát teremt. Az analogia daczára azonban még mindig számos mozzanat oly válaszfalat képezhet a két analog dolog között, melyet eltüntetni s elsimitani alig lehet.

Hogy egyebet ne említsek, az ilyen kísérleti madárnál példának okáért első sorban a vesében szeret a húgysav lerakódni, másodsorban a serosákon, nevezetesen a pericardiumon s peritoneumon s csak harmadsorban az ízületekben. Emberi köszvénynél legeslegelőször az ízületek szoktak a lerakódások színhelye lenni, a vesében igen sokszor lerakódás nincs s a serosákra is nagyon későn s alig kerül a sor.

S míg a kísérleti szárnyasnál különböző mérgek befeeskenedése által a vese-parenchym megbetegedése folytán látszanak a lerakódások létrejönni, tudjuk, hogy köszvényes emberek veséje igen soká ment lehet minden degenerációtól s hogy másfelől embernél a vese számos megbetegedése nem szokott köszvényes lerakódásokat maga után vonni.

Ezek értelmében én sem akarok kísérleteimből az emberi köszvényre közvetlen következtetéseket vonni s legfeljebb a húgysavas lerakódások képződéséhez általában némi adattal hozzájárulni.

Kísérleteimből, melyeket galambokon kizárólag kalium



chromicum intramuscularis befecskendésével végeztem, kitűnik mindenekelőtt, hogy a kalium chromicum nem annyira az anyagcserére gyakorolt befolyásánál, mint egyszerű vesemérgező, veserontó tulajdonságánál fogva képezi a kísérleti állat húgysavas lerakódásainak kiváltó okát.

Ha egy 1%-os kalium chromicum-oldatból a galambnak egy Pravaz-fecskendővel befecskendettem, mindössze tehát 1 cgm.-ot, az állat rendszeren 22–26 óra múlva elpusztult; pericardium s peritoneum tele volt fehér, néha kissé sárgás pépszerű lepedékekkel; a góresői vizsgálat a vesének igen nagyfokú parenchymatosus s részben zsíros degenerációját mutatta.

Ha ugyanazt vagy annál kétszerre nagyobb adagot kis részekre osztva napokon át fecskendettem be az állatoknak, többnyire csak a vesében lehetett makroszkopikus lerakódásokat találni, a test egyéb részei mentek voltak; a góresői vizsgálat a vesének sokkal gyengébb elváltozását mutatta.

Kísérleteim folyamán érdekelt az a kérdés is, vajjon mennyi idővel a heveny halálos mérgezés után szoktak a savós hártálykon a lerakódások mutatkozni? Leölttem az egyidejűleg 0.01-os befecskendéssel kezelt állatok közül 3, 9, 15 s 19 óra múlva egyet-egyet és a szokott lerakódásoknak semmiféle nyomát nem láttam. Azon körülmény, hogy állataimnál a pericardiumon s peritoneumon többnyire vagy semmi, vagy igen nagyfokú lerakódásokat szoktam találni, szintén a mellett látszott szólni, hogy acut mérgezés mellett ilyen lerakódások bizonyára rohamosan s tömegesen, minden valószínűség szerint az állat utolsó óráiban szoktak létrejönni.

S vajjon miképpen viselkedett a vese az ilyen idő előtt leölt állatoknál? A góresői vizsgálat nagyon érdekes volt. Kitűnt, hogy a vese már 3 órával a befecskendés után igen nagy mérvben volt parenchymatosusan elváltozva. Ugy látszik tehát, hogy a vese parenchymás degenerációjának elég soká fenn kellett állnia s a húgysavnak a vérben hosszú időn át visszamaradnia, talán igazán a telítés fokáig, míg látható alakban a serosákon kivált.

Utóbbi felvételt, valamint azon felvételemet, miszerint a kalium chromicum nem az anyagcserére gyakorolt hatásánál fogva idéz elő húgysavas lerakódásokat, egy másik galamb is igazolta. Ez a szokott halálos dosis kétszeresét kapta, azaz 2 cgm.-ot egyszerre. A galamb 24 óránál rövidebb időn belül pusztult el — a halál az éj folyamán következett be —, de a befecskendést követő 12 órán minden esetre túl, azonban savós hártályain a vese maximalis degeneratioja daczára lerakódás nem volt. A galambon az intoxicatio jelei korán kezdtek mutatkozni s a halál is bizonyára a húgysavas telítés beállta előtt következett be.

Megjegyzem, hogy hevenyen mérgezett állataimnál a makroszopice látható lerakódásokat mindig csak a vesében, pericardiumon s peritoneumon találtam, de nem sikerült az izületekben is találnom még azon galambok végtagjain sem, a hol az ischiadicus néhány nappal előbb át lett metszve.

Ez feltűnő tény. Nyilván azt kell hinnünk, hogy a pericardium s peritoneum ezen állatok ép izületeivel szemben kedvezőbb talajt képeznek a húgysavas lerakódások számára. De maguk is ép szervek lévén, melyek a lerakódások folytán még utólagos elváltozásokat sem igen mutatnak, bizonyára különös szerkezetüknél, illetőleg különös jellegüknél fogva képezik a húgysavas lerakódásoknak praedilectiós helyeit. Hogy ezen különös előnyök miben állanak, nem akarom most részletesen fejtegetni. Gyanum az, hogy a madárszervezet, ha veséje tehetetlen s bőre is úgy látszik alkalmatlan, a húgysavas mérget más úton, szervi helyesere által igyekszik a vérkeringésből kiszorítani s kirekeszteni. Erre törekedve, első sorban természetesen a legnagyobb felületeket, tehát a peritoneumot s pericardiumot keresi fel, mint a hová legtöbbet tud deponálni. A peritoneum s pericardium ezen viselkedésében a vesével szemben nem látok egyebet, mint mentő jellegű complementaer működést.

Mennyit lehet s mennyit szabad, tisztelt uraim, kísérleteinkből a köszvény tanára átvinni?

Kísérleteink látszólag még némi ellenmondást is rejtenek magukban a köszvényről elmondott nézeteinkkel szemben. Azt vitattuk, hogy az emberi köszvényénél a mennyileges meghatározások a húgysavas elárasztás, a húgysavas túltelítés ellen szólnak. Fejtegettük, hogy biológiai szempontból az embernél szóba jövő

kis húgysav-arányokkal szemben húgysavas diathesisről beszélni — a szó régi értelmében — phrasis. És kísérleteink épen azon ellenkező felvételre látszanak kényszeríteni, hogy a madár testében a húgysavas lerakódás a retentio folytán és igazán a túltelítés s túlárasztás következtében jön létre.

De ne felejtünk egyet. A madár szervei, a hol a lerakódások kényszerből történnek, tulajdonképen épek. A szokatlan szerepcsere egyfelől a peritoneum s pericardium, másfelől a vese között, így igazán csak szélső viszonyok között állhat be. De hogy az általános körülmények mellett a húgysavas lerakódások helyére nézve az alkalmas helyi viszonyok döntők, a kísérletek is igazolni látszanak.

Az emberi köszvényénél a dolog következőképen áll: Az embernél a húgysav-arányok általában sokkal kisebbek mint a szárnyasnál. E mellett szól az is, hogy különböző vese-megbetegedéseknél sem sokott a húgysav az emberi testben excessiv módon felszaporodni. Ha tehát ilyen kis arányok daczára köszvény esetén mégis igazi húgysav-lerakódások képződhetnek, szükségképen azt kell következtetnünk, hogy a köszvényes izületekben valóban rendkívül kedvező, úgy szólva csábító helyi viszonyok vannak, a melyek vonzalmának a húgysav adott esetben engedhet.

S ha a szárnyas kísérleti köszvényénél szerepcserét láttunk kóros vese s ép peritoneum között, az emberi köszvényénél miért ne láthatnánk szerepcserét, esetleg vese s bizonyos értelemben kóros izület között. Ez is, noha szerencsétlen természetű dolog, de végre complementaer működés, mint már jeleztük, valóságos error loci. Ezen feltevéssel jól egyezik a legújabb szerzők jóformán összevágó ana állítása, hogy a vizeletnek húgysav dolgában egyetlen jellegző viselkedése köszvényeseknél abban áll, hogy a heveny roham ideje alatt a húgysav a vizeletben tényleg megkevesbedett.

Ilyenformán, tisztelt uraim, elvetve a „húgysav diathesis“ fogalmát régi értelmében, be kell látnunk, hogy egy másik, a köszvényt identifikáló szóban, azaz a régi „arthritis“ elnevezésben majdnem több van, a mi modern köszvénytanaink keretébe illik.

Kísérleteim még más irányban is vetnek érdekes világot a húgysavas lerakódásokra. Kitűnt pl., hogy *kopáló galambokon ritkábban s nehezebben lehet kísérleti köszvényt előidézni* stb.

De szíves türelmüket már is túlsoká véve igénybe, szabadon kísérleteimről majd más alkalommal részletesen beszámolni.

## T Á R C Z A.

### A budapesti Szabad-Egyetem alapszabályai.

(Megállapították a vallás- és közoktatásügyi m. kir. minister folyó évi 9830. sz. alatt kelt rendeletével.)

1. §. A budapesti Szabad-Egyetem czélja azoknak a társadalmi köröknek, a melyek az egyetemi oktatásban nem vehetnek részt, tudományos képzését és művelését a fővárosban és a vidéken elősegíteni és általában az értelmi műveltség színvonalát minél szélesebb körben emelni.

2. §. E czélt szolgálják:

a) A Szabad-Egyetem központi bizottsága által czéltudatosan megállapított előadások, melyek a dolog természetéhez képest több (rendszen hat) óras cyklust alkotnak. Ez előadások bármely tudománykört, ugyanannak egy-egy szerves részét közérthető alakban tárgyalják.

b) A szellemi közlekedés bármely, a bizottság által alkalmasnak ítelt módjának (eszmecsere, vándorkönyvtárak, utasítások magántanulásra stb.) alkalmazása, az előadások s tanfolyamok tárgyának kivonatokban (syllabusokban) való ismertetése s esetleg rendszeres irodalmi feldolgozása.

3. §. A Szabad-Egyetem ügyeit a vallás- és közoktatásügyi minister hatósága és közvetlen felügyelete alatt álló központi bizottság intézi, melynek végrehajtó közegeit rendszerint Budapesten a Szabad-Lyceum egyesület, vidéken a helyenként külön alakítandó helyi bizottság képezi.

4. §. A központi bizottság a budapesti tudomány-egyetem valamennyi karának összes tanárai közül s a műegyetem valamennyi szakosztályának tanárai közül az egyetemi s illetőleg a műegyetemi tanács által választandó négy-négy tagból, a Szabad-Lyceum által kiküldött négy tagból s a vallás- és közoktatásügyi minister által kinevezett négy tagból áll. — A központi bizottság elnökét és alelnökét a tagok sorából, a bizottság titkárárt pedig a tagok körén kívül álló szakemberek sorából, a központi bizottság meghallgatásával a vallás- és közoktatásügyi minister nevezi ki.

Az összes kiküldöttek s illetőleg kinevezettek megbízatása négy évre terjed.

5. §. A bizottsági tagság tiszteletbeli állás s a tagok úti költségeiken kívül más javadalmazásra igényt nem tarthatnak.



6. §. A központi bizottság önállóan intézi a Szabad-Egyetem ügyeit. Ezekre nézve a szükséghez képest szabályzatokat alkot és ügyrendjét is megállapítja.

A szabályzatok és ügyrend azonban jóváhagyás végett a vallás-és közoktatásügyi ministerhez felterjesztendő.

A központi bizottság különösen:

1. Megjelöli a tartandó előadások tárgyát, körét, számát, s ha szükségesnek látja, azok irányát, egymásutánját s azt a módozatot is, mely szerint tartassanak.

2. Rendszeresen felülbírája az előadási cyclusok, tanfolyamok s általában az előadások tartása iránt Budapestre nézve a Szabad-Lyceum s a vidékre nézve a helyi bizottságok által eléje terjesztett tervezeteket, melyek az előadások tárgyának nyomtatott kivonatát ismertetésére (syllabusok) s esetleg irodalmi feldolgozására, nemkülönben az előadók díjazására s a belépő vagy egyéb díjak szedésére is kiterjednek.

3. A Szabad-Egyetem céljának minél teljesebb elérésé végett a vidéken is rendszeresen megújuló előadások és tanfolyamok megtartására s evégből helyi bizottságok alakítására törekszik, ezekkel az állandó érintkezést fentartja s felügyel működésükre.

4. Külön tanácskozás tárgyává teszi s a szükséghez és lehetőséghez képest intézkedik, hogy az értelmi műveltség terjesztése érdekében hol és minő előadások s tanfolyamok tartassanak. E célból megjelölheti az egyes testületeket, egyesületeket s más társadalmi érintkezési központokat, a hol az ily előadások és tanfolyamok a legeredményesebben tarthatók.

5. Felügyel és intézkedik a Szabad-Egyetem gazdasági és pénzkézeltében.

6. A vallás- és közoktatásügyi minister kívánatára véleményt ad a Szabad-Egyetem működési körébe vágó ügyekben.

7. A szükséghez képest esetről esetre, évenként azonban legalább egyszer általános jelentést tesz a minisiternek működéséről, gazdaságkezeléséről, javaslatot a jövőre teendőkről s a mutatózó szükségletéről.

7. §. A központi bizottság évenként legalább kétszer az előadások megkezdése előtt s azok befejezése után üléseket tart. Időközi teendőit saját tagjainak sorából alakítandó öt tagú végrehajtó bizottságra bízhatja, melynek határozatképességéhez legalább három tag jelenléte szükséges.

8. §. Az előadások megtartása iránt a központi bizottságnak a 6. §. értelmében teljesítendő felülbírálása után Budapesten a Szabad-Lyceum egyesület, a vidéken pedig helyi bizottságok útján közvetlenül a központi bizottság intézkedik.

Az előadók díjazása a közvetítésével tartott előadások után a Szabad-Lyceumot, egyéb esetekben a központi bizottságot terheli.

Ugyane szempontra szemeltartásával illetik még az előadások tartásából eredő bevételek is a Szabad-Lyceumot, illetőleg a központi bizottságot.

Az előadások s tanfolyamok tárgyát feltüntető kivonatoknak (syllabusoknak) készítésével s általában az előadások irodalmi feldolgozásával járó kiadások és az azokból eredő bevételek — ha csak az előadó javára nem tartattak fenn — a központi bizottság kiadását és bevételét képezik.

9. §. Az előadások díjazásban részesülnek, a vidékre utazóknak azonkivül útiköltségei megtérítetnek. A díjazás összegét a központi bizottság állapítja meg.

10. §. Az előadásokat hallgató kívánatára az előadás tárgyát s az előadások hallgatását tanúsító bizonyítvány adatait, melyet a Szabad-Egyetem nevében a Szabad-Lyceum által tartatott előadásokról a Szabad-Lyceum, egyéb előadásokról a helyi bizottságok állítanak ki.

11. §. A Szabad-Egyetem jövedelmei:

1. Az alapítványok és egyéb tőkék kamatai.

2. A belépti díjak s az irodalmi kiadványokból eredő jövedelem.

3. Adományok.

4. Az állam vagy erkölcsi testületek részéről biztosított évi segélyek.

12. §. A pénzek kezelése iránt a központi bizottság ügyrendje intézkedik.

Kiadások csakis az elnök által láttamozott utalvány alapján eszközölhetők.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

A carcinoma-pathogenesis kérdésének jelen állása.

Közli: Steiner Pál.

Irodalom. *Beneke*: Neuere Arbeiten zur Lehre vom Carc. Schmidt Jahrb. 234, 1892. — *Binaghi*: Blastomyceten im Epitheliomen. Zeitschr. f. Hyg. XXIII, 1890. — *Bosc*: Le cancer. 1898. — *Bra*: La thérapeutique des tissus. 1900. — *Bra*: Thèse de la société de biologie. 1898. — *Brosch*: Theoret. u. exper. Unters. z. Pathogenese u. Histogenese d. malign. Geschwülste. Virch. Arch. 1900. — *Burchard*: Ueb. ein Coccidium im Schleimkr. Virch. A. 131. 1893. — *Claessen*: Ueb. d. in Carc.-zellen gefundenen Einschl. B. v. Ziegler. XIV. 1893. — *Claude*: Cancer et tuberculose. 1900. — Comptes rendus du congrès international. Paris. 1900. — *Cohnheim*: Vorlesungen ueb. allg. Path. 1882. — *Fabre-Domergue*: Les cancers épithéliaux. 1898. — *Hanseman*: Die Anaplasie d. Geschwulstzellen. Virch. A. 129. 1892. — *van Heukelom*: Intracelluläre Gebilde im Carc. Cbl. f. allg. Path. 1890. — *Kovatscheva*: Bastomycoetes et tumeurs. Thèse de Nancy. 1900. — *Leopold*: Unters. z. Aetiologie des Carc. u. über die pathog. Blastomyceten. Arch. f. Gynaekologie. 1900. — *Lubarsch*: Hyperplasie u. Geschwülste. 1895. — *Pfeiffer*: Die Protozoen

als Krebsreger. 1891. — *Pfeiffer*: Untersuchungen u. d. Krebs. 1893. — *Pianese*: Beitr. z. Histologie u. Aetiologie d. Krebses. 1896. — *Ribbert*: Ueb. Einschlüsse im Epithel des Carc. Deutsche m. W. 1891. — *Ribbert*: Histogenese d. Carc. V. A. 135. 1894. — *Ribbert*: Die Entstehung d. Geschwülste. D. m. W. 1895. — *Ribrowsky*: Ueb. d. intracellul. Einschlüsse beim Carc. Cbl. f. Bakt. 1901. — *Roncaldi*: Actiol. d. Krebses. Centralbl. f. Bakt. XXI. 1897. — *Rosenthal*: Mikroorg. in Geschwülsten. Zeitschr. f. Hyg. 1889. — *Rosenthal*: Ueb. Zellen mit Eingenbewegung d. Inhaltes beim Carcinom des Menschen. Archiv f. Gynaek. LI. — *Sanfelice*: Ueb. die pathog. Wirkung d. Blastomye. Zeitschr. f. Hyg. 1896. — *Sjöbring*: Verhandlungen d. deutschen patholog. Gesellsch. 17—20. Sept. 1900. — *Thoma*: Allg. patholog. Anat. 1894. — Versammlung XXX. der deutsch. Ges. f. Chir. Berlin, 10—13. April 1901. — *Virchow*: Die krankhaften Geschwülste. 1863. — *Ziegler*: Allgemeine Pathologie. 1898.

Indagandis causis morborum! A folyton kutató, örökké munkálkodó emberi elme már hosszas idők óta vizsgálódás tárgyává tette a rákos megbetegedés okát, de főleg 1773 óta kutat ezen kérdés körül, mióta a lyoni akadémia ezen kérdést felvetette. Óriási munkálkodás, ezen hévben néha az alaposág rovására menő kutatás, újabb irányzatok jellemzik az ez irányban történő vizsgálódásokat s igazán sajnálattal ismételjük meg még most is Peyrilhenek 1774-ben mondott szavait „ut canerum curare, sic eum definire perarduum est!“

Csak futólag említsük fel *Broca*-nak blastem theoriáját, a mely az „omnis cellula e cellula“ törvényével jön ellenkezésbe, s így ezen a heteromorphismuson alapuló theoriához szavunk nem is lehet. A *diathesis* theoria is túlzásba jut, mikor neoplastikus dispositiót vesz fel, bár azzal, hogy localis ingert is szükségesnek tart, közelebb jut a rák oktatásának jelen állásához. Remak felfedezésével a csirlevek határozott szöveti evolúcióját kétségkívül tette, ezen építik fel *Durante* és *Cohnheim* praexistáló csirleméletüket, mely szerint a csirlemezek nem szabványos elhelyeződése az embryonalis folyamatok megzavarását, zárványok keletkezését okozzák, a melyek a kellő inger behatására gonosz tevékenységre öbrödnék. De ezen elmélet nem kielégítő, mert miért öbrödnék e latens csirok ép akkor életre, mikor az egész organismus élettevékenysége esőknek, miért áll be határtalan növekedés, miért ritkább a kemény szájjad rákja, holott itt sok embryonalis hámgöngy van?

Jelenleg leginkább két nézet áll egymással szemben: a *parasitaer* és *traumás* elmélet, melyek közül az első mellett a klinikai lefolyás, a második mellett a bakteriologiai negatív lelet, a sejt functiójának számos irányba kiterjedése szólnak. A bakteriologia haladásával Raymond szerint valóságos coup de théâtre fejlődött ki, annyi és annyiféle mikro-organismust irtak le, hogy rendszerbe foglalásuk alkalmával ügyelniük kell, hogy egy bakteriumot két csoportba ne vegyünk. *Rappin*-nek sikerült számos rák nedvéből egy diplococust izolálni, a melyet házinyulakba oltva ezekben máj- és mirigyrákot létesített. *Scheuerlen* bacillust fedezett fel, a melyet *Ribbert*, *Baumgarten* nem fogadni el, hanem saprophytának tartják, *Pfeiffer* a proteus mirabilis *Hauser*-nak. Ép így *Kubasoff* bacillusától a vizsgálók a specifikitást megvonták. Midőn a bacillus hívei már fogyni kezdtek, *Pfeiffer*, *Thoma* a protozoon, a coccidium-typust hozták forgalomba és ezt a psorospermose folliculaire végétante-nál, a *Paquet*-féle betegségnél, a molluscum contagiosumnál az epithel-sejtekben, a sejtek közt kimutatják. Hasonló coccidiumokat ismertettek *Albarán*, *Sjöbring*, *Malassez*; még tovább megy *Adamkiewicz*, ki a ráksejt epithelialis jellegét kétségbe vonja s számos ily parasita conglomeratumának tartja. *Kahane* haematozoon-ja sem specifikus, hanem a vértetek elhalási folyamatánál keletkező termékek. *Sjöbring*, az 1900. pathologiai gyűlésen pozitív eredményekről számol be, még áoltásait is siker koronázta, s azért a rákot az infectiosus granulatiós daganatok közé sorolja, csak hogy oly alapos vizsgálók, mint *Jürgens* és *Israel* számos ellenvetései elől *Sjöbring* kitérni kénytelen. *Bosc* coccusokat ismertet, melyeket szerinte csak elfogult vizsgálók tarthatnak fehér véresejteknek, hyalin-, colloidalis vagy nyákos elfajulási terméknek, mert ő a legkülönbözőbb fejlődési phasisban észlelte s parasitáján a fejlődési dimorphismus jelenségét constatálja. S ép itt van a helye a kétségnek, mert mikor áoltáskor az eredeti parasita-alakot kimutatni nem tudja, a dimorph-evolutoria hivatkozik, a mi pedig ez esetekben hypothetikus marad.

Sem a bacillus, sem a coccidium specificitását nem fogadta el a tudományos világ, kellett tehát jönni egy harmadik parasita-alaknak, a mely egy egész új irányzatot alapít. *Russel* az ő fuxinophil testecseit blastomycesnek tartja, csakhamar megjelennek *Niesser* canceromyces, *Maffucci* és *Sirleo* saccharomyces niger-e, *Sanfelice* saccharomyces litogenes-e és neoformans-a, s sok más vizsgáló blastomycetái. Csakhamar *Ballance* és *Pianese* kimutatják a *Russel*-testecseket egyéb nem neoplastikus szövetben és nedvben, mint croupban, diphtheriában, blennorrhoeás váladékban. Ezzel szemben *Binaghi* blastomycetákat állandóan lel rákos szövetben, más egyéb kóros és ép szövetben nem találja, legújabbán pedig *Rosenthal* és *Leopold* foglalnak állást a blastomyceták mellett. *Leopold* ezen vizsgálatairól az 1900. augusztusban lefolyt párisi congressus gynaekologiai osztályában referált. *Leopold* a legfrissebb rákos szövetet steril vérsavóban, bouillon függő cseppében vizsgálta 200 napon át a nélkül, hogy rothadási jelenségek a vizsgálatot megzavarták volna. A kellő hőfokra felmelegített tárgyszálaton positive blastomycest állapított meg, melynek még sporulatióját is követhette. Sőt sikerült neki tiszta culturát is előállítani, sikeres oltásokat végezni, steril szőlőcukor-oldatban vele erjedést létesíteni, oly jelenségek, melyek a parasita jelenlétét bizonyossá teszik. Ugyanezek újabbán *Bra* több növényen parasitát talált (plasmodiophora brassicae), mely állati szervezetbe oltatván, ott állítólag rákhoz hasonló szöveti structurával bíró daganatokat létesített.

De ha valahol áll az audiatur et altera pars, úgy itt minden esetre helyén való. *Petersen* és *Exner* 22 esetben alapos vizsgálódással



keresték a blastomyecetákat, de *egyszer sem* sikerült nekik blastomyec-culturát kitenyészteni, még kevésbé sikeres oltásokat végezni; *Fabre-Domergue* (1898) számos vizsgálat alapján a blastomyeceták jogosultságát elveti; *Ruffer*, majd *Plimmer* (1899) 1278 friss esetet vett vizsgálat alá s az 1130 esetben látott zárványokat bár parasitáknak tartja, de csak egy esetben sikerült neki egy emlőrákból culturát kitenyészteni, csak hogy ezen cultura specificitását kétségbe kell vonnunk, mert nem említi, vajjon az a carcinoma mammae nem volt-e exulcerálva? Hasonló számos ellenvetést lehet tenni a többi kutató vizsgálataival szemben. Azok a Russel-féle testecsek nem egyebek, mint vagy degenerált hámszövetek, vagy — *Dean* szerint — friss zsírszemcsék vagy intracellularis szemcsék, egy szóval: sejtzárványok. A mollusum contagiosum testecsei *Török* szerint colloid degenerációs termékek, mások szerint átalakult epithel-sejtek, mert életjelenségek nyilvánulását nem észlelték, a coecidiumokat festő reagentiákkal szemben resistentiát fejtenek ki.

A *Darier-féle psorospermosc folliculaire végéthane-nál* ismertett „Corps ronds” nem gregarina, hanem mint *Genersich* és *Pertik* hangsúlyozzák, az elszarvult sejtekben előforduló keratohyalin s a folyamat egy keratosis follicularis. *Krebs* és *Ribbert* is átalakult hámszöveteknek tartják a bármiféle alakban is ismertett parasitát s ők a hyalindegeneratióban lelik a sok félszeg állítás magyarázatát. Legújabbban (1901) *Rebrovsky* kel ki a parasita-theoria ellen, mert számos uterus carcinomában hiába kereste a parasitát s ha talált is zárványt, úgy ez már exulcerált rákos daganatban volt, a hova egyes sporozoon secundaer úton jutott. *Kovatscheva* most megjelent alapos tanulmányában szintén tagadja a blastomyeceták jelentőségét, melyekkel rákot sohasem, legfeljebb mechanikus alapon lobot létesíthetett.

Ha így elfogadjuk, hogy jelen ismereteink szerint a parasitaer álláspontra nem jogosult, úgy hát minek tulajdonítsuk a rák fejlődését, progressivitását, recidív megjelenését, metastatikussá fellépését? A szövetalkotásban, a sejten van a hajlam bizonyos sejtté való alakulásra, miként azt *His* az ő theoriájában kifejtette? A fiatal sejtek hasonlítanak a szintelen vándorsejtekhez (primordial-sejtek), a fiatal sejtek egymáshoz hasonlóak, de nem egyenértékűek. A sejtek típusukat állandóan megtartják és felesleges a Köllicker-féle heterotopiához ragaszkodnunk, a mely a határozott irányban való fejlődést kétségbe vonja. Tehát a sejt az, a melyben bizonyos hajlam van kóros sejtté való alakulásra, nevezük ezt dispositionnak s felesleges mikroorganismusként betudni azt, a mit a sejt sokoldalú tevékenységével magyarázhatunk. Számos vizsgáló heidegési hibában látja a sejt határtalan növéseinek okát; így *Marshall*, *Schröder van der Kolk* az anarchikus növés okát a sejten létező functionalis erők megzavarásában, a vegetatív functio növekedésében látják. Csak hogy elfelejtik e vizsgálók, hogy a sejtek nem tápláltnak, hanem táplálkoznak, határozott mennyiségben assimilálnak, s maga a vegetatív functio a határtalan növekedés okát nem adja.

(Folytatása következik.)

## Könyvismertetés.

**Babes und Sion: Die Pellagra.** Wien, Alfred Hölder, 1901.

A 87 lapra terjedő monographia, mely egyik részét képezi a Nothnagel-féle nagy gyűjtőmunkának, jól áttekinthető, minden részletre kiterjedő leírását adja a pellagrának. Szerzőknek bő alkalmuk volt ezen bajt tanulmányozni, mert Romániában állandóan nagy számmal fordulnak elő pellagra-esetek; így 1898-ban 21,272, 1899-ben pedig — a mely esztendőben rossz volt a termés és gazdasági válsággal küzdött az ország — körülbelül 40,000 pellagrás beteg volt.

Szerzők a pellagrát idült és periodikusan visszatérő intoxicációs betegségnek tartják, melyet többé-kevésbé romlott kukoriczában képződött, specifikusan mérgező anyag okoz; ezen anyagnak huzamosabban és nagyobb mennyiségben a szervezetbe jutása különösen az idegrendszerre hat sajátos módon károsan.

A romlott kukoriczából sikerült a mérgező anyagot kivonni és ezzel pozitív eredményű állatkísérleteket végezni. Érdekes szerzők azon tapasztalata is, hogy pellagránban szenvedők, vagy e bajból kigyógyultak vérében egy anyag van jelen, mely képes a romlott kukoriczából készült kivonat mérgező hatását megsemmisíteni.

Szerzők nagyon behatóan tárgyalják a pellagránál található kórboneztani és kórszövet-tani elváltozásokat, valamint — a mi a gyakorlatra nézve nagyon fontos — a gyógyítást is, főleg pedig a prophylaxist. 11 lapra terjedő bibliographia zárja be az érdekes, sok új adatot tartalmazó munkát.

**Uj könyvek.** *Oswald*: Über die chemische Beschaffenheit und die Function der Schilddrüse. Strassburg, K. J. Trübner. — *Kirchner*: Die Verletzungen des Ohres. Würzburg, A. Stuber. — *Hartmann*: Klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen über die uncomplirten traumatischen Rückenmarkserkrankungen. Wien, F. Deuticke. — *Meyer*: Die städtische Verbrennungsanstalt für Abfallsstoffe am Bullerteich in Hamburg. Braunschweig, Vieweg. — *Baumstark*: Bad Homburg und seine Heilquellen. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Lenzmann*: Die entzündlichen Erkrankungen des Darms in der Regio ileo-coecalis und ihre Folgen. Berlin, A. Hirschwald. — *Sachs*: Die Gicht-Therapie in Karlsbad. Berlin, S. Karger. — *Dagouret et Picqué*: Chirurgie des aliénés. Paris, Masson et comp. — *Desnos*: Traitements modernes de l'hypertrophie de la prostate. Paris, Masson et comp. — *Mason*: Hypnotism and suggestion in therapeutics. London, Kegan Paul, Trench, Trübner and Co.

## Lapszemle.

### Szülészet és nőgyógyászat.

A salpingitis bizonyos nemeinek a méhür tágitásával, curettage-zsal és prolongált drainezéssel való sikeres gyógykezeléséről számol be *Beausselet* és *Blum* 20 eset kapcsán. Laminariával való tágitás után a méhüreget alaposan kikaparják, különös gondot fordítva a tubaris sarkok kítakarítására. Utána irrigatio 1:1000 sublimattal és kitérőlése a méhnek 10% chlorzinkbe vagy 1/30% creosotos glicerinbe mártott vattadarabkával. Ennek megtörténte után a méhbe 1—1 1/2 cm. széles s 3 mm. vastag, nem nagyon légy ablakos kaucsukdrain helyeznek be. Az utókezelés a drainnek 48 óránként való megújításában, a méhür kimosásában s edzésében áll. Ezt ismétlik 10—20-szor. Ugy vélik, hogy a tuba uterinalis szájadékánál esetleg összetapadt nyákhártyának curettal való eltávolítása után a prolongált drainezés mellett a méh szövete fellazul, a tuba interstitialis része s ostium uterinuma átjárhatóvá válik s így a tuba kóros bennéke a méhen át kiürülhet. Környezeti gyuladás az általuk követett technika mellett ellenjavallatot nem képez, mert úgy a curettagenál, mint az utókezelésnél a fősúlyt a magától értetődő szigorú antisepsisen kívül a méh immobilizálására helyezik. Ezt az által érik el, hogy feltáráshoz *Cusco*, illetve *Trelat-féle* speculumot használnak, mely a méh lehúzását nem engedi meg. Adnex-gyuladás mellett szokásos módon végzett méhkaparás után elég gyakran észlelt gyuladós exacerbatiók szerintük onnan erednek, hogy az ily folyamatoknál mindig jelenlevő alhártyák a méh lehúzása folytán elszakítottván, az addig eltokolt savó-, vér-, genygyülemeknek újból útjuk nyílik. E kezelés különösen bevált a catarrhalis salpingitiseknél, de jó sikerrel végezték eléggé recens s még el nem tokolt genyes hurutnál is. Chronikus vagy genyes sactosalpinxek e kezelésre nem alkalmasak. Ha a fent említett cautelákra ügyelünk, az eljárás egészen veszélytelen s minden esetben megkísérlendő, mielőtt a betegét radicalis sebészi beavatkozásnak vetnők alá. A conservatív eljárás számos esetben gyógyuláshoz vezet s e mellett a beteg termékenysége csorbát nem szenved; ha kezelésünk sikertelen, még mindig nyitva áll előttünk a sebészet dominiuma „pour faire plus et mieux.” (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale. IV. kötet, 6. szám.)

*Szász Hugó dr.*

**A magzat súlypontja.** *Schatz* (Rostock) igen szellemes módon igyekezik megegyezni *Duncan* kísérleteit, a melyeket annak felderítésére tett, hogy a méhüreget miért foglalja el a magzat feje a legmélyebb pontot. Ő *Duncan* ellentétben egy általa specifikus súlypontnak elnevezett súlypont létezését veszi fel, a melyet a physika nem ismer, s mely a közönségesen ismert súlyponttól abban különbözik, hogy az a szerint változtatja helyét, a mint az arány a magzat és az őt körülvevő közeg közt változik, utóbbi a magzat növekedésével s a zsírpárna és az arc kifejlődésével tényleg meg is történik. Ez magyarázza, hogy míg az éretlen magzat a méhben a farral van lefelé, addig, mentől jobban közeledik a megéréshez, annál inkább sülyed lejjebb a fej, míg végül a rendes koponyafekvés áll elő. (Wiener med. Woch. 1901. 4. szám.)

*Kern Géza dr.*

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Az extractum chinae Nanning**, melynek jó hatását étvágytalanság, heveny és idült gyomorhurut, gyomoratonia, ideges, továbbá higany és jodkali okozta dyspepsia eseteiben nagyon sok szerző kiemeli, némelyek szerint nagyon czélszerűen adható sósavval és pepsinnel együtt következőképen: Rp. Acidi hydrochlorici, Pepsini aa 2·0, Extr. chinae Nanning ad 30·0. M. D. S. 3-szor naponként 15—20 cseppet borban vagy tejenben.

**Decubitus megelőzésére** a következő elegynek naponként kétszer beecsetelését ajánlják: Rp. Balsami peruviani 1·0, Guttaperchae 4·0, Chloroformii 30·0. (Therapeutische Monatshefte, 1901. junius.)

### Folyóiratok átnézete.

**Gyógyászat**, 1901. 25. szám. *Salgó Jakab*: A cyclikus elmezavar. *Lévai Dezső*: Ritkább esetek a gyakorlatból. *Herszky Manó*: Az orvostörténelem és az általános ethika oktatásának fontossága az orvosjelöltre nézve.

**Orvosok lapja**, 1901. 23. szám. *Weyner Emil*: A szépitő szerek. 24. szám. *Chudovszky Mór*: Az alsó végtag töréseinek járókötéssel való kezeléséről. *Weyner Emil*: A szépitő szerek. 25. szám. *Porosz Mór*: Analogia az enuresis noctura és az alvási pollutio között.

**Wiener medicinische Wochenschrift**, 1901. 25. szám. *Zeissl*: A hólyag és férfi húgyeső innervatioja. *Kronfeld*: A diabetes mellitus és tabes dorsalis dentalis tünetei. *Kolben*: Traumas késői apoplexia esete. *Weisz*: Az impotentia virilis kezelése. *Luvia*: A narcosis jelentősége a modern sebészetben. *Englisch*: A corpora cavernosa penis plastikai megkeményítése.

**Wiener klinische Wochenschrift**, 1901. 25. szám. *Moszkowicz*: Unguentum paraffini bőr alá fecskendezése. *Frick*: Objective kimutatható érzésvavarok a törzsön aorta aneurysmánál. *Lukács*: Encephalopathia infantilis esete.

**Wiener medicinische Presse**, 1901. 25. szám. *Erben*: Idegtünetek simulatioja. *Polacco*: Diagnostikai és gyógyászati kísérletek typhusnál.

**Prager medicinische Wochenschrift**, 1901. 23. szám. *Knöspel*: Nehéz decanulement tracheotomia után. *Cloin*: Sokszoros adenoma-képződés cirrhotikus májban; metastatikussá adenomák a tüdőben; epe-képződés valamennyi adenomában.



**Deutsche medicinische Wochenschrift**, 1901. 25. szám. *Goetsch*: A tüdőgümőkór kezelése tuberculinnal. *Lewin*: Orvos, gyógyszerész és beteg. *Stadelmann*: Klinikai és terapeutikai vizsgálatok tüdővésznel. *Besold*: A gégegümőkór kezelése. *Hengen*: Koponyalékelés esete. *Achule-diani*: Noma gyógyult esete.

**Berliner klinische Wochenschrift**, 1901. 25. *Stadelmann*: Elhízás ellen való gyógymódok. *Rosenqvist*: A fehérjeszételés perniciusos — főleg bothriocephalus latus előidézte — anaemiánál. *Albu*: A vegetárius diéta értéke. *Karewski*: Az appendicitis semiotikájához és therapiájához.

**Centralblatt für Gynäkologie**, 1901. 25. szám. *Kretschmar*: A német gynaekologiai társulat 9. összejövetelének tárgyalásai. *Grube*: Strychnin mint peristaltikája ingerlő szer használatára a hasürben végzett műtétek után. *Amann*: Új út a rákos méh kiirtására.

**Centralblatt für Chirurgie**, 1901. 24. szám. *Huschenbett*: Javított járókötés czomb- és alszártöréseknél. *Kuhn*: Tüml transplationál.

**Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte**, 1901. 10. szám. *Höfliger*: A carpal-csontok törései és ficzamai. *Paravicini*: Spinal-cerebellaris ataxia esete gyermeknél. 11. szám. *Reidhaar*: Metreurytis. *Höfliger*: A carpalis csontok törései és ficzamai. *Gassmann*: A méhnyálkahártya résztvétele gyermekek gonorrhoeás vulvovaginitisének.

**Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie**, 1901. 5. füzet. *Saenger*: A leggyakoribb functionális idegbajok a gyermekkorban. *Neumann*: Az epiphysis cerebri daganatainak ismeretéhez. *Vorster*: Endogen psychosik öröklése vonatkozásal a classificiora. *Schröder*: A tapetum-kérdéshez. 6. füzet. *Malfatti*: Az erjedési próba használhatósága czukor kimutatására normalis vizeletben. *Rövig*: Húgyhólyagkő két ritka esete. *Freudenberg*: Válasz Schlagintweit megjegyzéseire. *Schlagintweit*: Viszonválasz.

**La presse médicale**, 1901. 49. szám. *Reynès*: A méhfüggelékkel eredő enterocolitis mucosabranosa. *Brocard*: Az epiduralis befecskendezések Sicard módszere szerint. 50. szám. *Mazeran*: Spasmodikus constipatio. *Zimmer és Laquerrière*: Fissura ani (fissure sphincter-algique) villamos kezelése.

**Le bulletin médical**, 1901. 47. szám. *Mayet*: Scoliosis és angolkór. 48. szám. *Dagron*: Massage. *Griffon*: Tüdővészesekek köpetének fertőtlenítése aniodollal. *Ravant és Aubourg*: A fejfájás oka gerinczagi érzéstelenítés után. 49. szám. *Fieux*: Symphysiotomia esete. *Laval*: A gerinczagi érzéstelenítésről.

**La semaine médicale**, 1901. 26. szám. *Bard*: Haematolysis rákos eredetű haemorrhagiás folyadékokban.

**Progrès médical**, 1900. 25. szám. *Brunet*: Az opiumszívők desintoxicatioja hirtelen elvonással. *Salomon*: Utőr-obliteratio influenza után.

**Journal médical de Bruxelles**, 1901. 25. szám. *Funk*: A vaccina és a variola okozója. *Dekeyser*: A modern fegyverek hatása az angol-búr háború tapasztalatai alapján.

**Revue de chirurgie**, 1901. 5. füzet. *Quénu és Tesson*: A koponyalap postero-anterior para-median törései. *Vincent*: Tarsoplasia. *Moly*: A balesésgfög hibás fejlődése. *Bothezat*: A váll paralytikus luxatiojának kezelése scapulo-humeralis arthrodesissal. *Lapeyre*: Az appendicitis perihepatikus és pleuralis complicatioi. *Bureau*: 1200 chloroform-narcosis alatt tett észleletek. *Delore és Patel*: Anus praeternaturalis kezelése.

**British medical journal**, 1901. június 22. *E. Malins*: A szülészetéről és a szülésznőkről. *C. H. Milburn*: A hadi sebészet Ambroise Paré korában és ma. *Ralph Stockmann*: Purpura rheumatica. *W. D. Halliburton*: Az idegműködés vegyi szempontból. *G. A. Peters*: Az ureterek transplatioja a rectumba extraperitonealis módon hólyag-exstrophianál. *A. Fullerton*: Meningo-encephalocoele műtett esete. *Lewis Marshall*: A spina bifida sebészi kezelése.

**The lancet**, 1901. I. 25. szám. *W. D. Halliburton*: Az idegműködés vegyi szempontból. *R. L. Bowles*: Fenygető asphyxia kezelése. *D. L. Cairus*: A vérsavó agglutináló tulajdonsága pestisnél. *R. Hutchison*: Czukormentes tej mint tápszer diabetikusok számára. *A. E. Porter*: A diphtheria-antitoxin praeventiv hatása. *J. Hall-Edwards*: A Röntgen-sugarak Dél-Afrikában. *G. A. Wright és P. R. Wrigley*: Az arteria subclavia és axillaris aneurysmája. *F. W. Forbes*: Hús-készítmények. *J. Jackson Clarke*: Omentum-fibroma esete. *W. A. Wills és W. G. Spencer*: Abortus utáni pyaemia esete, melyben a bal pleurát és a pericardiumot megnyitották és drainezték; halál. *D. Newman és H. Rutherford*: Patella-dislocatio két esete.

**The practitioner**, 1901. június. A kórházak administratiojára vonatkozó nagyszámú közleményt tartalmaz.

## Hetiszemle és vegyesek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 24. hetében (1901. június 9-dikétől június 15-ig) közetkező volt: I. **Népesedési mozgalom**. Az 1901-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 728,235, katoná 16,484, összesen 744,719. Elveszülte 496 gyermek, elhalt 257 egyén, a születések tehát 239-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 34,6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 17,8 az egy éven felüli lakosságnál: 13,6, az öt éven felüli lakosságnál: 11,0 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphthe-

ritica 5, pertussis 3, morbili 7, scarlatina 7, variola 1, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 7, meningitis 19, apoplexia 3, eclampsia 5, szervi szívbaj 15, pneumonia 13, pleuritis 0, pneum. catarrh. 7, bronchitis 3, tuberculosis pulmonum 48, enteritis 23, carcinoma 12, ezek közül méhrák 4, egyéb újképletek 0, morbus Brightii et nephritis 5, veleszületett gyengeség 12, paedatrophia 1, marasmus senilis 7, erőszakos haláleset 16, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 8, bal- eset 7, kétséges 1 (—). II. **Betegedés**. A) Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2658 beteg, szaporodás e héten 820, csökkenés 815, maradt e hét végén 2663 beteg. B) Heveny ragályos kórházban előfordult betegedések voltak 1901. évi június 11-étől június 17-dikéig terjedő 23. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera (—), himlő (variola) 1 (—), scarlatina 30 (33), diphtheria, croup 13 (14) hagymáz (typhus) 3 (2), kanyaró (morbili) 127 (161), trachoma 6 (4), vérhas (dysenteria) 1 (1), influenza (—), hőkhurut (pertussis) 37 (31), orbáncz (erysipelas) 9 (17), gyermekági láz (febr. puerp.) 0 (8), ezenfelül varicella 20 (28).

× **Meghívó a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók XXXI. vándorgyűlésére**, mely 1901. évi augusztus hava 21—24-dikéig *Bártfán és Bártfa-fürdőn tartatik*. A magyar orvosok és természetvizsgálók *Szabadkán* tartott vándorgyűlése elfogadta Bártfa sz. kir. város és Bártfa-fürdő részvénytársaság együttes meghívását s elhatározta, hogy XXXI. vándorgyűlést Bártfán s a bártfai gyógyfürdőben fogja megtartani.

Egy ízben, igaz, régen, 1846-ban, a Kassa-Eperjesen tartott VII. vándorgyűlés alkalmával, a gyűlés tagjai meglátogatták Bártfát s a gyógyfürdőt, melynek történeti és természeti nevezetességei már akkor is elragadták a gyűlés tagjait. És most, 55 év mulva, itt fog ülésezni a vándorgyűlés, alkalmat adván a város haladásának, a gyógyfürdő újjáalkotásának bemutatására.

Mi alulirottak, mint a XXXI. vándorgyűlés vezetésével s előkészítésével is megbízott tisztakar és helyi bizottság igaz szívvel, meleg szeretettel hívjuk meg Magyarországi orvosait, természetvizsgálóit, a társadalmi tudomány művelőit, valamint e tudományok kedvelőit, hogy ezen, XXXI. vándorgyűlésen résztvevni s a haza északi szélén levő kies fekvésű sz. kir. várost, Bártfát és gyógyfürdőt látogatásukkal megtisztelni sziveskedjenek.

Kérjük, jöjjenek el minél nagyobb számban, Bártfa sz. kir. városa, közönsége és a fürdő részvénytársaság magyar vendégszeretettel fogadja a gyűlés tagjait; győződjének meg róla, hogy habár az ország északi határán, öveze idegen ajkú nemzetiségektől, Bártfa most is öre a magyarságnak, a magyar kulturának: és mialatt tudományos munkálkodásukkal a vándorgyűlési intézmény sikerét előmozdítják, meg vagyunk győződve róla, hogy a kellemesen töltött napok felejtethetetlen emléket fognak hagyni lelkeikben. *Berzeviczy Albert* dr., v. b. t. tanácsos, országgyűlési képviselő, elnök. *Udránszky László* dr., ny. r. egyet. tanár, *Horváth Géza* dr., muz. igazgató-ör, *Tahy József* Sáros vármegye alispánja, alelnök. *Rhody Alajos* polgármester, a helyi bizottság elnöke. *Fenyves Károly* fürdő-igazgató, a helyi bizottság alelnöke. *Arányi Dezső* városi tanácsos, *Hintz Henrik* dr., fürdő-orvos, *Mankovics Rezső* dr., városi t. főorvos, *Orosz József* gymn. tanár, titkárok.

**Előrajz**: 1901. augusztus 20.-án: Ismerkedési estély. Augusztus 21.-én: Délelőtt 10 órakor ünnepélyes megnyitó-ülés Bártfa-fürdőn: Elnöki megnyitó Berzeviczy Albert, v. b. t. tanácsostól. Titkári jelentés Prochnov József dr.-tól. Megemlékezés Farkas Jenő és Fodor József választmányi tagokról Udránszky László dr. egyetemi ny. r. tanártól. „Kovács József” előadás: A malaria és a szunyogok, Horváth Géza dr., n. muzeumi igazgató-örtől. Délután: Az orvosi szakosztályt megnyitja Dollinger Gyula dr., egyetemi ny. r. tanár, az „Orvosképzésről” című előadással. Augusztus 22.-én: Délelőtt 9 órakor: A természettudományi szakosztályt megnyitja Mágócsy-Dietz Sándor dr. „A honi botanika a mult században” című előadással. 10 órakor: A társadalmi tudományi szakosztályt megnyitja gróf Majláth József „A socialismus multja, jelene év jövője” című előadással. Ezután szakosztályi ülések. Augusztus 23.-án: Szakülések és tudományos estély. Augusztus 24.-én: Délelőtt: szakülések: délután: ünnepélyes záróülés Bártfán, a város új dísztermében. Előadás a záró ülésen: Ruffy Pál országgyűlési képviselő „A gyermekvédelem Magyarországon”. Kirándulások: a gyűlés tartama alatt Zboróra; a gyűlés után — augusztus 25.-én — Krynica-fürdőbe (Galicia).

**Tudnivalók**. 1. A vándorgyűlés tagja mindenki lehet, ki az orvosi, természeti és társadalmi tudományokat műveli vagy kedveli, ha a 12 korában megállapított tagdíjat lefizeti. A tagok megkapják a „Munkálatakat”, a „Napi közlönyt” s egyéb kiosztásra kerülő nyomtatványokat, az utazás, kirándulások kedvezményében részesülnek.

2. A vándorgyűlés tagjai a m. kir. államvasutak és az ezek kezelése alatt álló vasutak, valamint a kassa-oderbergi vasút vonalain és az eperjes-bártfai vasúton következő kedvezményben részesülnek: az I. osztályon II-od osztályú egész jeggyel, a II. osztályon III-ad osztályú egész jeggyel utazhatnak a vándorgyűlés pénztárnoka útján, a jelentkezés, illetve a tagdíjnak beküldése alkalmával szerezhető igazolvány alapján. Budapesten át való utazásnál Budapestig és innen tovább külön-külön jegyek váltandók.

3. A tagdíjat, melynek befizetésével kapják a vasúti igazolványt is, a vándorgyűlés pénztárnokának (Kaiser Károly dr., Budapest, I. ker. belügyministerium) legkésőbb augusztus hó 15-dikéig kell beküldeni; ezentúl már csak a helyszínen, Bártfa-fürdőn lehet beiratkozni, személyesen vagy megbízás útján. A tagsági jegy idején való kiváltása tehát a gyűlés tagjainak érdekében van, hogy a vasúti igazolványt megkapassák.



Azon tagok, kik augusztus 20.-án reggel indulnak el Budapestről Bártfára, szíveskedjenek ezen szándékukat augusztus 15.-éig a pénztárnoknál bejelenteni; mert legalább 100 jelentkező esetén a helyi érdekű vasút kész a budapesti vonalhoz csatlakozásképen Eperjesről Bártfára külön vonatot indítani. A tagok a fűrdőben szállásoltatnak el.

Minden iránt, a mi a vándorgyűlésre vonatkozik, a központi választmányi titkároknál (Prochnov József dr., Budapest, VIII., József-körút 55. sz. és Nuricsán József dr., Budapest, VIII., Rökk Szilárd-utca 28. sz.) tudakozódhatni.

< **A brit gümőkór-congressust** f. év július 22-dikétől 26-dikáig tartják meg Londonban, VII. Eduard király fővédnöksége és Sir William Broadbent elnöke alatt. A congressus négy szakra osztva tárgyal: 1. osztály: *Állam és város.* Ennek alosztályai: Statistika, a tuberculosis felismerése, lakásbefolyás. A tej- és húsvizsgálat és sanatorium-berendezés. 2. osztály: A tuberculosis orvostana, beleértve a klimatikus és gyógyintézetét. A 3. osztály a kórtant és bakteriologiai dolgozatokat, a 4. osztály az állatok tuberculosisát tárgyalja. A congressussal kapcsolatosan muzeumot is nyitnak kórtani tárgyakból és sanatorium-tervekből. Az üléseket négy napon át tartják d. e. 1/210-től d. u. 2 óráig. A tagsági díj szakembereknek és érdeklődőknek egy font, a melytől kapni fogják a dolgozatokat és részt vehetnek minden kirándulásban és a rendezett mulatságokban. A kik részt kívánnak venni, egy font sterlingnek névjegyükkel beküldése mellett jelentkezhetnek a vezértitkárnál, 20, Hanover Square London. Mint halljuk, Magyarországból is többen részt fognak venni a congressuson.

⊕ **A physiologusok 5-dik nemzetközi congressusát** az idén Turinban tartják szeptember 14-dikétől 23-áig. A Mosso vezetése alatt álló turini élettani intézet helyiségeit boesátják a congressus rendelkezésére. A congressussal kapcsolatban szeptember 14—23-dikáig tudományos eszközkiallítás is lesz.

— **Szünidei orvosi cursus.** A VII. szünidei orvosi cursust f. é. június hó 10-dikétől 22-dikéig tartották meg. Előadók voltak: *Kétyl Károly* tanár: Ujabb mozgalmak a belorvostani therapia terén (II. sz. egyetemi belklinikai); *Korányi Sándor* tr.: Válogatott fejezetek a belorvostani diagnostikából (I. sz. belklinikai); *Dollinger Gyula* tr.: Sebészet, tekintettel az orvogyakorlati szükségletekre (I. sz. sebészeti klinika); *Navratil Imre* tr.: ugyanazon cím alatt (sz. Rókus-kórház); *Csapodi István* tr.: A szemvizsgálás módjainak alkalmazása betegeken (általános poliklinika); *Grósz Emil*: Szemészeti therapia (sz. Rókus-kórház); *Bárony János* m. tr.: Szülészeti műtét (I. sz. egyetemi női klinika); *Dirner Gusztáv* m. tr.: Nőgyógyászati practicum (Bábaképző); *Schaffer Károly* tr.: A gyakorlatilag fontosabb ideg- és elmebetegségek diagnostikája és terapiája (általános poliklinika és fővárosi Erzsébet-szegényház); *Bókay János* tr.: A gyermekbetegségek kórjelzése és gyógyítása (Stefánia-gyermek-kórház); *Böke Gyula* tr.: A fülgyógyászat gyakorlati műtetei (sz. Rókus-kórház); *Török Lajos* m. tr.: Bőrgyógyászati diagnostika és therapia. A cursust rendező végrehajtó bizottság elnöke: *Jendrassik Ernő* tr., titkárja *Bücker József* m. tr. voltak; a résztvevők száma 35, közöttük egy fővárosi. Az órábeosztás olyan volt, hogy minden hallgató minden előadó cursusán részt vehetett, így az előadási óraszám 3—6—8 volt, többnyire 6.

Ez volt a második cursus, melyben — szakítva a régebbi gyakorlattal — az 1899. december 7-diki közgyűlés határozata értelmében korlátolt számú előadót szolgáltattak fel. E reform úgy ezen alkalomból, mint 1900. őszén is bevált. A jövőre nézve azonban kívánatos, hogy az egy-egy tárgyból kiszabott 12 órát egy előadó tartsa s ne kettő. Ezt az oktatás eredményessége kívánja, e mellett örvendetes, hogy elérkezett a hallgatók száma korlátozásának ideje. Ezt úgy a résztvevők, mint az előadók is sürgetik. Tekintettel arra, hogy a budapesti egyetem orvosi kara előadójának száma a 100-at eléri, a párhuzamos előadások vagy sűrűbben tartott cursusok eléghetnek ki a jelentkezők igényét. Utóbbi megoldásra sikeres példát nyújtott a jelenlegi cursus intézősége, a mennyiben bizonyította, hogy úgy az őszi, mint a tavaszi időszakban meg lehet nyitni a vidéki kartársak számára a főváros tudományos és oktató intézeteit. Az eredmény az elnök és titkár fáradozásainak legszebb jutalma!

⊗ **A „Mihalkovics-szobor”** javára adományozott összegek kimutatása.

I. Bókay Árpád dr. dékán úr gyűjtése: Orvostani tanártestület 500 korona, Bókay Árpád 50 k., Réczey Imre 10 k., Genersich Antal 10 k., Bókay János 10 k., Kétyl Károly 10 k., Korányi Frigyes 20 k., Thanoffer Lajos 20 k., Tauffer Vilmos 20 k., Lenhossék Mihály 20 k., Grósz Emil 10 k., Schulek Vilmos 20 k., Laufener Károly 20 k., Plósz Pál 10 k., Högyes Endre 10 k., Fodor József 10 k., Böke Gyula 10 k., Kézmárczky Tivadar 20 k., Jendrassik Ernő 10 k., Moravesik E. Emil 10 k., Navratil Imre 20 k., Klug Nándor 10 k., Dollinger Gyula 20 k., Stiller Bertalan 10 k., Korányi Sándor 10 k., Angyán Béla 10 k., Árkövy József 5 k., Schaffer Károly 5 k., Janny Gyula 10 k., Müller Kálmán 10 k., Feuer Náthán 5 k., Szili Adolf 10 k., Onodi Adolf 10 k., Róna Sámuel 10 k., Csapodi István 5 k., Hirschler Á. 10 k., Irsay Arthur 10 k., Kóssa Gyula 10 k., Herczel Manó 20 k., Feleki Hugó 5 k., Tauszk Ferencz 5 k., Liebmann Mór 5 k., Kuzmik Pál 5 k., Dieballa Géza 5 k., Bartha Gábor 10 k., Tellyesniezky Kálmán 10 k., Prochnov József 2 k., Tóth Lajos 5 k., Gerlőczy Zsigmond 2 k., Imrédy Béla 10 k., Elischer Gyula 10 k., Hainiss Géza 5 k., Bäcker József 10 k., Krepuska Géza 20 k., Terray Pál 2 k., Szénássy Sándor 10 k., Iszlay József 20 k., Eröss Gyula 2 k., Bakó Sándor 5 k., Hattasy Lajos 5 k., Verebelyi László 10 k., Morelli Károly 5 k., Havas Adolf 10 k., Dirner 10 k., Schächter Mór 5 k., Bárony János 10 k., Tóth István 5 k., Hochhalt Károly 10 k., Szontagh Félix 5 k., Schwarz Arthur 5 k.,

Makara Lajos 5 k., Szalárdy Mór 2 k., Friedrich Vilmos 4 k., Báron Jónás 10 k., Donáth Gyula 15 k., Alapi Henrik 5 k., Rothmann Ármán 10 k., Hasenfeld Manó 5 k., Frank Ödön 2 k., Török Lajos 2 k., Vas Bernát 2 k., Stern Samu 5 k., Baumgarten Egmont 5 k., Sarbó Arthur 5 k., Liechtenberg 5 k., Liebermann Leó 10 k., Hutyra Ferencz 10 k., Kuthy Dezső 4 k., Krompecher Ödön 2 k., Verebely Tibor 2 k., Ziffer Hugó 2 k., Guszman József 8 k., Seligmann Hugó 4 k., Wiesinger Frigyes 3 k., György Gábor 2 k., Tóth Zsigmond 2 k., Ritoók Zsigmond 5 k.

□ **Kinevezés.** A főpolgármester a szent István-kórház belgyógyászati osztályán *Bakody Tivadar* dr. nyugdíjazásával megüresedett főorvosi állásra *Korányi Sándor* dr.-t nevezte ki, kinevezte továbbá a szent István-kórház idegbajos osztályába rendelő orvosnak *Donáth Gyula* dr., egyetemi magántanárt, a szent László-kórházba segédorvosnak *Gahr Géza* dr.-t.

> **Tauszk Ferencz** dr. egyetemi magántanár, Korányi tanár volt első segédje, az óbudai irgalom háza intézet igazgató főorvosává neveztetett ki. Ez intézet, melyet San Marco hercegnő építtetett, a gyógyíthatatlan betegek ápolására van berendezve.

⊗ **Kérelem.** A tisztelt fővárosi és vidéki kartársaimhoz azzal a kéréssel batorokodom fordulni, hogy szíveskedjenek „Magyarország orvosainak élettartama és halálzási viszonyai” meghatározására irányuló törekvésben pontos adatok beküldésével támogatni.

Statistikai munkához a következő három kérdésre való feleletnek szíves beküldését kérem egyszerű levelező-lapon: 1. melyik évben született? 2. melyik évben kapta oklevelét? 3. melyik évben kezdte meg (esetleg szüntette be) gyakorlatát?

Együttal kérem a tisztelt kartársakat, hogy ha valamelyik elhalt kartársunk pontos életkorát ismerik, szíveskedjenek azt is velem közölni, az illető kartárs nevének megnevezésével.

Abban a reményben, hogy kartársaim minél számosabban fognak kérésemnek eleget tenni, fogadják előre is köszönetemet fáradságukért, melylyel lehetővé teszik nekem az említett közérdekű kérdés megfajtását, mely hivatalos adatok híján csakis ez úton oldható meg sikeresen. Budapest, 1091. június havában. *Hönyig Izsó* dr., Budapest, VII., Kisdíófa-utca 2. sz.

\* **Házasság orvosi bizonyítvány alapján.** Észak-Amerika *Colorado* tartománya *Minaesot* és *Wisconsin* államok példáját akarja utánolni, a hol csak azoknak engedik meg az egybekelést, a kik egészséges voltukról orvosi bizonyítványt tudnak felmutatni. A képviselőház elnöke u. i. törvényjavaslatot nyújtott be a parlamentnek, hogy egy orvosokból álló vizsgáló testület létesíttessék, a czélból, hogy a házassalándókat egészségi tekintetben megvizsgálják. E testület minden hónapban 10-szer ülést tart. Egy vizsgálat díja 15 dollár (3 font sterling) lenne. Nem illeszték, hogy e javaslatot a parlament elfogadja.

— **Füüdők személyforgalma.** *Szt.-Margitszigeti gyógyfürdő* VI/15.: 377. *Korytnicza* VI/18.: 169. *Sziliacs* VI/22.: 314. *Luubló* VI/17.: 221. *Tarcsa* VI/19.: 127. *Tátrafüred* VI/20.: 258. *Uj-Tátrafüred* VI/19.: 236. *Lipik* VI/15.: 1210.

× **Högyes tanár Pasteur-intézetében** folyó év május havában 255 veszett vagy veszettségre gyanus állatmarta egyén (232 magyarországi, 20 horvát és szlavon, 1 boszniai, 1 stájerországi és 1 szerbiai) nyert antirabikus védőoltást. 218 egyént eb, 34-et macska, egyet ló és kettőt sertés inficiált. Évi folyó szám: 1132, egyetemes folyó szám: 15,586. Haláloset e hóban egy fordult elő.

□ **A Tauffer-féle szülészeti poliklinikum** segélyét május hóban 118 esetben vették igénybe 72 műtéttel. Evi folyó szám 567.

⊕ **Megjelent.** *A Kassai egyetem.* Írták és kiadják Kassa szab. kir. város tanfőrei. Kassa. Vitéz A. könyvnyomda. 1901.

† **Elhunyt** *Németi Jakab* dr. fűrdőorvos Herkulesfürdőn, 60 éves korában.

\*\*\*

P—i A—d. **Jelen számunkhoz a „Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. Elberfeld” czég „Tannigen” szerére vonatkozó melléklet van csatolva.**

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



**Szt.-Lukácsfürdő**

gyógyfürdő

Budapestben.

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

**KRONDORFI** A LEGJOBB  
NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (XI. bemutató ülés 1901. május 22-dikén.) 433. lap. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (II. rendes ülés 1901. február 21-dikén.)

## Közkórházi orvostársulat.

(XI. bemutató ülés 1901. május 22-dikén.)

Elnök: Mutschenbacher Béla. Jegyző: Terray Pál.

## A trachoma kezelése ichtargannal.

**Fejér Gyula:** Falta dr., szegedi szemorvos, a „Szemészet“ és az „Archiv für Augenheilkunde“ legutóbbi számaiban trachoma ellen egy új szert ajánlott, az ichtargant, melyről azt állítja, hogy az argentum nitricumot nemcsak pótolhatja, helyettesítheti, hanem sokszorosan felülmulja, de felülmulja a sublimatot is, melynek pedig szintén elég szép eredmények közzönhetők. Előadó kísérletet tett a gyógyszerrel.

Utóbbi időben a gyárak igyekeztek minél több ezüstöt kötni valamely szerves anyaghoz, így keletkezett a protargol, argentamin, largin és az ichtargan. Larginban 11%, utóbbiban már 30% ezüst van az ichtyolhoz kötve. E szekben vélték egyesíteni az ezüst adstringáló és az ichtyol bacteriumölő hatását. Az ichtyolt már évekkel ezelőtt ajánlották kenőes és oldat alakjában a blepharitisek és conjunctivitisek különböző alakjainál, sőt trachománál is megkísérlették, de eredményt nem érték el vele és a szer nyomtalanul eltűnt a szemészeti the-rapiából.

Két hónap óta kísérletez szülő az ichtargannal 1—2%-os oldatával a szt. Margit-kórház szemészeti ambulanciáján s tapasztalatai szerint az ichtargan nem jogosít fel ama szép reményekre, melyeket Falta dr. alkalmazásához fűzött, különösen nem tekinthető a trachoma specifi-cumának és sem az argentum nitricumot, sem a sublimatot kiszorítani, de még helyettesíteni sem tudja.

Szülő megjegyzi mellesleg, hogy 8 év óta trachomát kizárólag sublimattal gyógyít, összeköti a mechanikus eljárással, azaz az is-mert módon a sublimatba mártott vattatamponnal a betüremkedett helyeket masszálja és kinyomogatja; az eredményvel minden tekintetben meg van elégedve, mert számtalan esetet, igaz hosszú kezelés után, nemcsak meggyógyított, de teljesen kigyógyított és a sebészi eljárást nagyon ritkán veszi igénybe.

Az ichtargannal 15 esetet kezelt, ezekből mutat be kettőt.

A férfnál a jobb szem felül a limbuson vastag húsos pannus volt, a kötőhártyának jelentéktelen beszüremkedésével. A beteg atropint kapott és a kötőhártya ichtargannal eszeteltetett. 14 napi kezelés után a pannus kezdett vékonyodni, a beszüremkedés felszívódni, de az edények négy heti kezelés után még most is láthatók. — A második befegnél, a nőnél, mindkét szemem pannus volt, a jobb oldalon régi, fekélylyel, a bal oldalon frissebb eredetű, gyuladós pterygiummal combináva. Nyolcz napi ichtargan-kezelés alatt a pannus meg sem mozdult, mire összehasonlítás kedvéért a jobb szemet ichtargannal, a bal szemet sublimattal kezelte előadó. Ujabb nyolcz nap alatt a sublimatkezelésre a bal oldalon a pannus eltűnt, a szem feltisztult, míg a jobb szem ichtarganra absolute semmit sem javult.

Most az eljárást megfordította, a jobb szemem a sublimatot, a bal — már pannus nélkül — az ichtargant alkalmazta.

Az eredmény meglepő, a pannus napról napra fogyott, az ulcus feltisztult, a szem fénylőbb. A bal oldalon az ichtargannal a status quo-t meg lehetett tartani.

Az első esetben is a pannus eltűnése az atropinnak, a nyugalomnak, azaz kórházi tartózkodásnak, nem pedig az ichtargannak köszönhető. A többi esetben feltűnő eredmény nem mutatkozott, a kötőhártya alig javult.

Mindezek alapján az ichtargan a trachoma, azaz a pannus speci-ficumának nem tekinthető, egy sorba helyezendő a többi ezüstvegyülé-kekkel, azaz a protargollal, melylyel szintén nem ért el eredményt.

Némi hatása mégis van s talán csak akkor lehet alkalmazni cseppek alakjában, midőn a trachoma gyógyult és a beteg maga végez-heti a becséppentést.

A modern gyári ipar annyira elárasztja az orvosokat új gyógy-szerekkel, hogy lehetetlen még annak is kiismerni magát e tömkelegben, ki figyelemmel kíséri az egész orvosi irodalmat; de kötelességünk legalább mindazon szereket megkísérteni, melyekről közlemények jelennek meg, azokról objectív ítéletet alkotni, ha a szenvedő emberi-ségnek „karunk használni, nem pedig a gyáraknak hasznat hajtani.

## Epithelioma adenoides cysticum.

**Nékám Lajos:** Epithelioma adenoides esetéből származó készit-ményeket mutat be.

A beteg, kit Nékám 1899 tavaszán ope.ált, egy 50 éves föld-mives volt, kinek hajas fejbőrén sok év alatt lassanként nőtt egy krajczárnyi, kerek, éles szélű, tányérszerű vékony pörkkel fűdött fekélye, melynek szélei a bőr fölé valamennyire kiemelkedtek, közepe pedig kissé behúzódott. A daganat porckeményiségű, a galeával össze nem nőtt, a hajszálakat jobbra-balra széjjel toló, gombaszerű volt. Klinikai

tüneteket alig okozott, mirigydaganatokat, áttételeket absolute nem okozott, dacára, hogy legalább 10 éve állott fent az operatio idejében.

A daganat göröcsövileg megvizsgáltván, azt a meglepő ered-ményt tüntette fel, hogy számos solid atypusos hámesap burjánzásán kívül nagy számmal lehetett egyes hengerhámsejtekből álló lapszerű, kokárdaszerű koncentrikus gömböket képező részleteket találni, melyek részben a bőrnek, részben a hajtüszöknek Malpighi-rétegéből indulnak ki olyformán, hogy mindig esakis a legalsó basalis rétegek burjánoztak. A metszeten ilyenképen sokszor kokárda, mirigyfodor stb. alakok keletkeztek s a közvetlen szomszédságukban levő kötőszövetet gyakran elfajulásra kényszerítették. A Kromayer-féle rostozatot ezek a sejtek elvesztették.

Ez a feltűnő magatartás epitheliomáknál még alig van az iroda-lomban ismertetve. Mindössze Krompecher Ödön-nek tavaly megjelent dolgozata közül ilyen eseteket, melyeket gondosan átvizsgálva, carcinoma epitheliale adenoidesnek nevez el, s az adenocarcinomák és caneroid át-meneti alakjának tekint. Legújában Wolters egy megkezdett cikkében ismertet egy congenitalis tumort, mely valószínűleg ide tartozó esetre vonatkozik; közleménye azonban még nincs befejezve.

**Basch Imre** kérdi, hogy az epithelioma adenoides cysticumnak megfelelő göröcsői leletnek megfelelt-e a Brooke-féle leírás klinikai képe, melyet Jarisch trichopitheliomának nevez, s a mely csak fiatal egyéne-ken fordul elő? Anyiban érdeklí szölót a dolog, mert hasonló, a ba-salis rétegből kiinduló epitheliomát vizsgált, mely egy 45—50 éves asszony labium majusából származik és melyet carcinomának tart.

Meglehetős zavar van e kérdésben. Ugy tudom, hogy a bemuta-tott készítmény nem a Brooke-féle epithelioma adenoides cysticumnak felel meg, hanem a Krompecher-féle carcinoma cysticum adenoidesnek.

**Nékám Lajos:** Ismereteink mai állása mellett még szó sem lehet arról, hogy éles határokat vonjunk a Krompecher által felállít-t csoportra, s hogy kizárjunk vagy odasorozzunk más klinikai és más szö-vevettani magatartású eseteket. Czéltalan ma még s nem is akart bemutató e tumorok pathologiai helyzetével hosszasan foglalkozni s az eddig közölt esetek, úgy a Krompecher-félék, mint Wolters s a Wolters által felemlített Brooke, White, Jarisch, Fordyce stb.-félék nagyon lényegesen különböznek egymástól. A Philippson-félék pedig, melyeket Wolters szintén ide számít, szerzőik által plane hydradenoma névvel jelöltettek. Nékám a jelen esetet Krompechernek alapvető dolgozatára való teki-ntettel nevezte el, csak a carcinoma szót helyettesítette az epitheliomá-val, mert ha folyamatot szabad epitheliomának nevezni, az ilyenek ér-demlik leginkább meg e nevet.

## Atrophia cutis idiopathica.

**Nékám Lajos:** A bőr mint felület, exponált szerv insultusok egész sorozatának van kitéve, melyek többnyire lobra s ez utóbbiak igen gyakran végeredményben athrophiára vezetnek. Van tehát számos büratrophia-alak, melyek lobos előzmények végső tünetei. Léteznek azonban valódi, lobos előzmények minden nyomai nélkül fellépő atropiák is, melyeknél tehát valószínűleg az atrophikus idegek befolyása következtében a bőr egész vastagságában sorvadni kezd, véredé-nyei ex vacuo kitzágnak, a bőr annyira elvékonyodik, hogy egyes helyeken cigarettapapír tapintatává válik, ilyen helyeken messzire be-emelhető, hámló, ráporos, más helyeken erősen fixált és el nem törülhető ráncokba szedett.

Ez az utóbbi alak, mely tehát valódi primaer büratrophia és igen ritka elváltozás, képezi a bemutatás tárgyát.

A beteg 37 éves kovács, ki semmiféle betegségben sem szenved. Nem volt luse, nem alcoholista, idegrendszer Reiss dr. vizsgálatai szerint ép, táplálkozása, egyéb szervei normálisak, szóval nem volt nála semmi magyarázó momentum kideríthető.

1881-ben bal könyökén a condyl. extern. tijkára csöppent egy kevés izzó aczél, mely ott égési sebet okozott, ma is látható hegedés-sel. A combustio is lefolyt minden maradó zavar nélkül.

13 évvel később, tehát 1894-ben vette észre, hogy alszáraín a bür nedvesedni kezdett s behálózódott vörös és kék erekkel; később bal alkarján is hasonló folyamatot látott; minthogy azonban e részek soha sem viszkettek, nem fájtak, szóval absolute semmi kellemetlenséget nem okoztak, nem törődött bajával s az mindig nagyobb mérveket iltött. Az utolsó években végre mindkét bokájában oly feszessé vált a bőr, hogy a járásban is akadályozva volt; ekkor fordult 1901. április köze-pén a klinikai ambulanciára.

Ez alkalommal mindkét alszár s a bal alkar bőre messziről élénk vörös, fényes, finom ráncok ezrei által felosztott. Nagy vénák hálózák be a tagokat. A bokák felett deszkakeményiségű a bőr, indelebilis, pa-rallel, a sarokról a lábszár felé irányuló ráncok által felszántva.

Semmi subjectív tünet. Loupéval nézve, a bürben tömérdek finom, teleangiectasiás véredény látszik, főleg a térdek és bokák fölött, vala-mint a bal alkar extensorius felszínén. Ez utóbbi helyeken a bőr oly sor-vadt, hogy az ujjak között mint egy vékony guttapercha-lemez sodorható,



A therapia a bőr izgatásában, activ hyperaemia létrehozásában állott. Alternatív hideg-meleg fürdők, higanykenőcsök, massage, naponként háromszor 10 perczig járási gyakorlatok alkalmaztattak s három hét múlva a kemény részek tetemes felpuhulása következett be.

#### Cysticercus a szemüregben.

**Kaldrovits Andor:** F. év május 13-dikán 11 éves tanuló ama panaszszal jelentkezett a Rókus-kórház szembetegosztályán, hogy szemét néhány hét előtt sérülés érte s azóta idegen érzése van. Megvizsgáláskor kiderült, hogy sem a szem környékén a bőrön, sem a conjunctiván sérülés helye nincs, azonban a bal szem kissé előrébb áll s fel- és befelé devial. Reponáláskor az o bita alsó külső szélénél tömött borsónyi képlet tapintható ki, mely a szem elengedésekor visszasüllyed az orbitába. Az volt a gyanu, hogy idegen test lehet. Ismeretesek esetek, hol a játék közben bedűfött s beletörött tollszárak is nagyobb reactio nélkül maradtak az orbitában.

A vélt idegen test eltávolítása céljából az orbita alsó szélénél bőrmetszésen át rétegesen előrehaladva igyekeztünk a szemteke hátrátolása által előrenyomott ellentálló képletig jutni.

Midőn már vékony szövetréteg fedte, rámetssze idegen test helyett a jellegzetes alakjáról azonnal felismert cysticercus hólyag bújtt elő. A tokot alkotó daganat kiirtása után a seb záratot.

Graefe 1863-ban írta le az orbita cysticercusát, azóta alig pár esetet közöltek. Most különben az intra-ocularis cysticercus esetei is ritkábbak. Az előzetes diagnosis lehetetlen, mert az orbita kis daganatja képében jelenik meg s már nagy ritkaságánál fogva sem supponálható. Ha a kiirtás nem történik idejében, gyulladásos tünet, fájdalom s neuritis optica keletkezik.

#### Érhártya sarcoma.

**Kaldrovits Andor:** B. P. 32 éves férfi arról panaszkodott, hogy két hó előtt hirtelen megfájult bal szeme s látása is csökkent. Kórházba való felvételekor a szemén élénk ciliaris injectiót, szurkált felszíni szaruhártyát, sekély csarnokot, tág pupillát s nagyon emelkedett tensiót találtak.

Tükörrel a lencse átlátszónak bizonyult, de a retina tölesérszerűen s teljesen levált.

Tárgylátás nincs, fényérzés is hiányos. Tekintettel arra, hogy az ablatio retinae nem szokott oka (myopia, trauma) nem szerepelt, tekintettel arra, hogy retina leválásához secundaer glaucoma társult, a diagnosis intra-ocularis daganatra s így érhártya-sarcómára kellett tenni kezelő orvosának.

Ez esetben pedig az enucleatio indicatio vitalis alapján sürgős, a mennyiben, mint ismeretes, az érhártya sarcoma már igen korán okoz metastasisokat és pedig leggyakrabban a májban.

Az enucleatio f. hó 13-dikán meg is történt s mint a formában kemé yitett s felmetszett bulbus már macroscopicus is igazolja, a diagnosis helyes volt, a mennyiben a levált retina alatt 4 mm. átmérőjű festékes daganat, tehát kétségtelenül melanosarcoma székel. Az érhártya-sarcoma egészben véve a ritkább szembajok közé tartozik: 4-5 ezer szem-betegre legfeljebb egy esik; mennél előbb való felismerése azonban igen fontos, mert a korai enucleálás életmentő.

#### Retrograd tágitott bázingszűkület.

**Fischer Aladár.** G. J. 15 éves cserépfedő inas 1899. nov. havában véletlenségből sósavat ivott.

Az első heveny tünetek lezajlása után lassanként bázingszűkület kezdett nála fejlődni és dacára, hogy sondázási kísérletek történtek nála, ez a strictura előrehaladását megakadályozni nem tudta, úgy hogy ez végre is impermeabilis lett és ilyen állapotban vétetett fel a szt.Rókus-kórház Navratil tanár vezetése alatt álló II. sebészeti osztályára. Tekintettel beteg lesóványodott és elgyengült állapotára, bemutató sürgősen gastrostomiát végzett Hacker-Marwedel módszerre szerint. Az első napokban műtét után betegnél nagyobb fokú bronchitis állott fent, a nélkül azonban, hogy ez a beteg fokozatos erősödését gátolta volna. A hasseb primára gyógyult. Három héttel a gastrostomia végzése után kezdte meg bemutató a betegnél a bázings retrograd tágitását a Hacker-féle végnélküli sondázás módszere szerint (Sondierung ohne Ende) és 12 nap alatt sikerült a majdnem két éves és igen resistens stricturát annyira kitégítania, hogy jöleneg a legvastagabb bázings-sonda is áttolható a betegnél.

#### Gastro-enterostomia gyógyult esete.

**Fischer Aladár.** K. J. 44 éves marhakereskedő baját állítólag 4 hónap óta veszi észre. Ez idő óta étvágytalanságban, gyakori hányásban és székrekedésben szenved. Ereje feltűnően fogy és rohamosan soványodik. Baja orvosoltatása végett f. év április hó 16-dikán szt. Rókus-kórház Navratil tanár vezetése alatt álló I. sebészeti osztályán jelentkezett, mikor is nála a következők találtak:

Jól fejlett csontrendszerrel bíró férfibeteg. Bőr alatti zsírszövet a legnagyobb mértékben megfogyott, halvány bőr és nyálkahártyák. Mellkasi szervek épek. A has a gyomor táján elődomborodó, az alhasi tájokban inkább besüppedt. Tapintásnál a gyomortájon észlelhető loecsanáson kívül semmi feltűnő sem konstatálható. Kopogtatásnál a has felett váltakozva dobes a kopogtatási hang és különösen a gyomor tájon hangzatos. Gyomor felfúvásakor kiderül, hogy a gyomor alsó határa a köldök alatt 3 ujjnyira található.

Tekintettel a kimutatható gyomortágulásra, a betegnél étkezés után több órával fellépő, igen copiosus, erjedt savanyú szagú, emésztetlen ételmaradékokat tartalmazó hányadéka, melyben szabad sósav nem volt kimutatható, a baj lassú, lappangó fejlődésére, dacára hogy tumortapintani nem lehetett, egy a pyloruson ülő, cancer által feltételezett dilatatoria tétetett a kórisme. Bemutató tehát Navratil tanár megbízásából f. é. május hó 3-dikán chloroform-narkosisban laparotomiát végzett. A has megnyitása után kiderült, hogy a gyomor több laza adhaesioval van a máj alsó felületéhez és a mellő hasfalhoz rögzítve.

A pyloruson kis almányi, tömött, dudoros tumor, mely a gyomor és máj között fennálló laza kötőszöveti adhaesiók által fixálva van.

A kis curvatura mentén néhány mirigy, a gyomor mellő felületén néhány disseminált lencsényi gócz. Tekintettel a fixált voltára, továbbá, hogy a cancer már disseminálnak mutatkozott, bemutató a pylorus resectiot nem tartotta indícálnak, hanem gastro-enterostomiát végzett, még pedig miután a gyomor az említett adhaesiók miatt megfelelő módon előhúzható és kifordítható nem volt, bemutató a Wölfler-féle gastro-enterostomia intercolica anteriorit végezte.

A gyomor és a bél egyesítését három Braun-Kocher-féle varrattal eszközölte, a felső jejunum kacsot a gyomor mellő falán a tumortól lehetőleg távol, tehát a fundus tájon a nagy curvatura elé varrván. Ezután hasfalvarrat. A mi a további lefolyást illeti, a hányás a betegnél egy csapásra megszűnt.

Már az első napokban beteg kis folyadékmennyiségek gyakori nyújtásával bőven tápláltatott. 8-dik napon tojást és vágott húst, 14-dik napon pedig már szilárd táplálékot kapott.

A varratok a primára gyógyult hasfalból a 8-dik napon távolítottak el. Beteg a műtét napjától kezdve szemlátomást erősödik és gyarapodik. A hányás teljesen megszűnt és jelenleg erőben és súlyban meggyarapodva, subjectiv jólétben készül a kórházat elhagyni.

## Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(II. rendes ülés 1901. február 21-dikén.)

Elnök: Navratil Imre; titkár: Zwilling Hugó.

(Folytatás.)

**Zwilling Hugó** felemlíti egy esetét, melyben totalis baloldali gége-hűdést constatálhatott, a hang ennek megfelelően rekedt volt. Az ok aneurysma által gyakorolt nyomás volt. Négy hónap múlva, mikor másodizben megvizsgálhatta a beteget, a hangja tiszta volt s tényleg a bal oldal mozgása teljesen helyreállt. Valószínűleg az aneurysma mechanikus viszonyai változtak meg, a nyomás engedett. Az idegrostok ily nyomás következtében tönkre szoktak menni, ezen esetekben ez azonban mégsem történik teljesen. Másik két esetében szintén a nyomás visszafejlődésére a functio helyreállt.

**Baumgarten** megjegyzi, hogy a recurrens ugyan megmaradt, azonban egyes finom rostocskák megsérülhetnek és kérdés, nem ez okozza-e a hűdést inkább, mint az idegnek a heg által történő vongálatása. A hűdés t. i. nem teljes, majdnem a középállásban vannak a hangszalagok fixálva és azon képet mutatják, mely épen daganatok kezdeti stadiumában, a nyomás következtében beállni szokott. Kezelés nélkül is visszafejlődhetik a hűdés.

#### A gégefedő és aryepiglottikus redők összenövése által keletkezett gégeszűkület esete.

**Zwilling Hugó:** Az eset érdekessége, melyet önöknek bemutatni szerencsém van, abban áll, hogy a különös alakú és helyzetű gégefedő nemcsak hogy akadályt képez a laryngoscopiának, hanem mint behatott vizsgálat után meggyőződhetnek, okát képez a beteg légzési zavarainak, melyekről, mint az az anamnestikus adatokból kitűnik, panaszkodik. Beteg R. N. 25 éves asztalos, hosszabb idő óta tartó légzési nehézségek miatt a katonaságtól elbocsáttatott, ezek miatt s mert néhány nap óta nyelési fájdalmai vannak, jelentkezik. Beteg 1896-ban luesben megbetegedett, rendszeres inunctio kúra után a jelenségek eltűntek. Azt panaszolja beteg, hogy két év óta különösen nehéz munkánál (gyalulás), később gyorsabb járásnál, kimarad a lélegzete, utolsó időben nyelési fájdalmai is vannak.

Ha betegnél a laryngoscopiát megkísérlik végezni, azt fogják találni, hogy a gégefedője annyira hátra fekszik, hogy az aditus ad laryngem-et majdnem tökéletesen befűdi, mint valóságos fedő a gégebejáraton fekszik.

Az epiglottis alakja kiterjesztett szárnyú pillangóhoz hasonlítható, melynek keskeny teste felfelé domború vályút képez és vége a hátsó garatfalhoz nagyon közel áll.

A nyelvgyökhez való viszony és a fossae pyriformes alakja ezekből kitűnik. Csak a kannaporcok két alsó harmada látható és az, hogy hangoztatásnál egymáshoz közelednek. Ha állás közben a nyelvgyökre eszközölt nyomással megpróbáljuk a gégebe való betekintést, mindössze annyit érünk el, hogy a hátsó garatfal elülső felületének mintegy két milliméternyi részét áttekinthetjük. A gégefedőnek hajlított kutaszzsal vagy catheteralakú műszerrel való felemelése csak részben sikerül. Sondával való vizsgálatnál kitűnik, hogy ennek behatolása az oldalvást részben áttekinthető aryepiglottikus redők és a csekély mértékben befelé esavart gégefedő oldalsó része közé úgy a jobb- mint a baloldalon lehetetlen. Ép úgy nem lehetséges a megfelelő görbülettel ellátott kutaszt a nyeldekli alá vezetve, oldalvást kihozni. Mint ezekből kitűnik, a gége-



fedő, illetve ennek oldalai összenöttek a gégebejárat széleinek egy részével, vagyis az arypiglottikus redőkkel. Az össznövés kiterjed a gégefedő oldalaira in toto és az arypiglottikus redőkre majdnem a kannaporcok hegyéig, vagyis a Santorini-féle porcokig. Úgy hogy itt a légút határolva van alul a kannaporcok és az interarytaenoidealis regio által, felfelé a nyeldekkló ú. n. felső, ezen esetben vályúszerűen behajtott széle által. Látható, hogy ezen különös alakú gégefedő ereszként kiterjeszkedik a kannaporcok fölé.

Hangzavar szorosabb értelemben véve nincsen, a hang kissé mélyebb, tompább. A bal orrfélben genyedés van, mely az alsó orrjárat cariosus folyamatából ered. Hogy dacára ezen meglehetősen nagyfokú gégecsűkületnek a légzési nehézségek oly csekélyek, magyarázható azon tényből, hogy ezen lassan keletkező és hosszabb időn át fennálló stenosisnál bizonyos megszokás áll be. Az össznövés ismert módon keletkezett, elősegítve ezen esetben az által, hogy az epiglottis valószínűleg meglehetősen mélyen hátrafelé csüngött. Az össznövés szétválás-tása nem lesz könnyű, mert mint a sondával meggyőződhetünk, meglehetősen széles és erős.

Az esetet azért mutatom be, mert a ritkábbak közül való. Lewin, mint azt Gerhardt említi, már évek előtt irt le hasonlót; Rosenberg (Heyman pag. 527) szintén ily esetről tesz említést, melyben az arypiglottikus redőkhöz fixált gégefedő szabad széle az által, hogy aspirálva lett, különös zörejt okozott, esetében ezenkívül még a hangszalagok magasságában egy második stenosis volt jelen. Utolsó időben ily eset közölsz nem lett.

**Lénárt** azt ajánlaná, hogy az epiglottis domború kiemelkedő része resecáltassék, mert így elég levegőt kapna a beteg, és a nyelésnél veszély nem fordul elő. Ez rövid és biztos eljárás volna.

**Donogány.** Teljesen osztja ezen nézetet, hogy a kiálló rész amputáltassék. Elméleti szempontból a szétválás után a nyelvgyökhez lehetne varrni az epiglottist, de egyszerűbb az ajánlott eljárás.

**Baumgarten.** Csak az epiglottis eltávolítását tartja célszerű eljárásnak.

**Zwilling.** Ha egyszerűbb eljárás nem vezet célhoz, resecálni fogja az epiglottist.

#### Az orrsövény obturáló echondrosisának operált esete.

**Zwilling Hugó:** Az orrsövény különböző alakú léceinek és spináinak, melyek oly gyakran a septum elgörbülésével vannak kombinálva, keletkezési módjait illetőleg még mindig Zuckerkandl alapvető vizsgálatai a mérvadók; ha nem is minden esetben, a legtöbbszőr mégis a csontok és a porcz növési viszonyaival való összefüggés adja meg a magyarázatot és a traumának is kell bizonyos szerepet tulajdonítani.

Ezen esetben is, melyet önöknek ma bemutatok, a jobb orrfél totalis obstructioja hatalmas porczos kinövés által okoztatott; ha önk ezt megnézi, látják, hogy körülbelül háromszög alakú, alapjától hegyéig 2 és 1/2 cm.-nyi, basisán 2 cm.-nyi, elülső hegyes része könnyedén domború, ezen rész nyálkahártyája oly vékony, hogy majdnem hiányozni látszik.

Beteg teljes orrdugulás és orrból való beszéd miatt kerest fel. Ezen állapot fennáll, a mióta csak visszaemlékezni tud; keletkezésének okát beteg nem ismeri. Az orrnyílások aszimetrikusak; a jobb orrfél elül széles alapon ülő, az orrsövény egész magasságát elfoglaló, porczos keménységű, a lateralis orrfalat érintő, azt részben eltoló daganat által kitöltött, mely csak az orralap felé egy körülbelül 1/2 mm.-nyi átmérőjű kis nyílást szabadon. Balfelől az orrsövény kettős scoliosis látható.

A porczos kinövésnek felismert daganat 1901. január 24-dikén szűrő fűrészszel eltávolított, azon módon, hogy a fűrész élével felfelé az említett kis nyíláson bevezettetett és ekként a tumor alapján leválasztatott; a nyálkahártya ollóval ketté lett hasítva, az így létrehozott sebész meglehetősen terjedelmes, a keletkezett vérzés igen csekély. A beavatkozás 10%-os cocain-oldattal való ecsetelés után történt, egészen fájdalommentes volt, csak akkor, midőn a fűrészszel az orrbejáraton akaratlanul csekély sebész történt, majdult fel kissé a beteg. A porcz átfűrészése, a nyálkahártya kettéválasztása tökéletesen fájdalommentes volt.

A beteg orrrege friss sublimatgaze-zel tamponáltatott, a beteg elboacsátatott. A seb oly ellátása, mint azt Kreilheimer (Archiv. f. Laryngol. 11. köt. II. füzet) ajánlja, ezen esetben felesleges volt. A seb gyorsan gyógyult, a septum elgörbülése még fennáll, azon hely mögött, a honnan a porczos kinövés eltávolított, csekély domborulat látszik, kis előálló rész, melyet még eltávolítani szándékozom. Az orrsövényt azonban nem bántom, mivel az orr kielégítőleg sufficiens, az eredmény absolute kielégítő. Az eset csakis a porczos kinövés nagysága és fekvése miatt bír érdekléssel. A kézi fűrészelt előnyben részesítem a motorral hajtott fűrész felett, mivel az jobban van a műtő hatalmában, azonban az eset szerint választom műszereimet. Felemlítendő még azon körülmény, hogy perforatio nem keletkezett, az orrból való beszéd megszűnt, s a betegnek a műtét előtt fogyatékos szaglási képessége rendes lett.

Teljes analgesia eléréséhez elegendő 10%-20% cocain-oldat bedörzsölése, soha nem találtam szükségesnek fájdalomcsillapító oldat submucosus applicálását. A használandó műszerek pontosan desinfiálások (kifőzés). Miután fertőtlenítés, mint az sebész értelemben a test felületén történik, nem eszközölhető, megelégszem az orrüreg physiologikus konyhasó-oldattal való kifecskendezésével vagyis átöblítésével s a műtét terrenumának 1%-os sublimat-oldatba mártott vattatamponnal

való kitörlesztéssel, mindezt a beavatkozás előtt. Ezen cautelák soha szem elől nem tévesztendő; igaz, hogy az ejtett nyitott sebek a fertőzés létrejövetele tekintetében igen alkalmasak, az ily balesetek azonban mégis ritkák, mire nézve nem egyedül a váladékok bactericid tulajdonsága a mérvadó. Figyelmet igényel a vérzés is és néha erős tamponálás vagy az említett eljárás lesz helyénvaló. A gyógyulás legtöbbszőr, mint a bemutatott esetben is, zavartalanul folyik le.

**Baumgarten:** Csak a sövény esontos részén végrehajtható műtétnek ajánlja a Schleich-féle eljárást.

**Donogány:** Az orr desinfiálásáról sokat irtak és beszéltek már, de legjobb nem sokat sterilizálni, mert ezzel a nyálka bactericid hatása elvész. Hol genyedés forog fenn, ott helyén való az antiseptikus eljárás.

**Zwilling:** Nincsenek ugyan rossz tapasztalatai, de vannak másoknak, azért mindig szem előtt tartandóknak véli az asepsis cauteláit.

(Folyt. következik.)

## PÁLYÁZATOK.

5032/1901. sz.

A kápolnokmonostori körorvosi állásra pályázatot nyitok. A körorvosi székhely Kápolnokmonostor, heti és országos vásárokkal és gyógyszerházzal bíró község. A körlethez 23 község tartozik. A körorvos évi javadalmazása: 800 korona törzsfizetés és 400 korona utazási átalány. Ezen kívül az izraelita hitközségtől 200 kor. tiszteletdíj.

Az 1876. évi XIV. t.-cz. 143 illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében felszerelendő pályázati kérvényeket f. évi július hó 20-dikáig kell beküldeni. Az állást a megválasztott augusztus 1-jén köteles elfoglalni.

Magyarlapos, évi 1901. június hó 18-dikán.

3-3

Vass Imre, főszołgabíró.

4340/1901. kig. sz.

Torontál vármegye antalfalvai járás Czrepaja községében, melynek lakossága 5000 szerb ajkú, az orvosi állás lemondás folytán megüresedett.

A községi orvostól követeltetik: 1. Hogy az összes gyógytudományok tudora legyen. 2. Legalább egy évi magángyakorlata legyen. 3. A szerb nyelven a betegekkel érintkezessen. 4. Szegényeknél és az iskolás gyermekekkel az orvosi kezelést, sőt szegényeknél a halottkémlést is ingyen végezze. 5. Köteles a torontál-megyei orvosok nyugdíjgyűlésébe belépni.

A községi orvos javadalmazása: 1. Évi fizetés címén 1600 korona. 2. Évi lakbér címén 200 korona. 3. Nappali látogatásért 40 fillér, éjjeliért 80 fillér. 4. A halottkémlésért 40 fillér. 5. A hússzemléért a megyei szabályrendeletben megállapított illetmények szeredése.

Joga van a községi orvosnak a féltől gyors látogatás céljából kocsit kérni, szegényekhez, kik lóval és kocsival nem bírnak, a községi elfogaton mehet, az elfogatót járványos betegségek alkalmával is felhasználhatja.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a kellően felszerelt kérvényeiket hozzám f. évi július hó 5. napjáig nyújtsák be, mert a később érkező kérvény, mint elkésett, figyelembe nem vétetik.

A választást folyó évi július hó 9-dikén d. e. 9 órakor fogom Czrepaja községházánál megtartani.

Antalfalva, 1901. évi június hó 17-dikén.

2-2

Szávits, főszołgabíró.

A szab. osztr.-magy. államvasút-társaság Délmagyarországban Krassó-Szőrény megyében fekvő bányái, hutái és uradalmainál Ferencfalván egy orvosi állás üresedvén meg, arra ezennel pályázat hirdettetik, megjegyezvén, hogy az állás f. évi szeptember 1-jével töltendő be.

Az állás javadalmazása 2000 korona tiszteletdíj és fűtési átalány és köteles a kinevezendő orvos házi gyógyszerháztartást tartani.

A kellő okmányokkal felszerelt bélyegtelen kérvények 1901. évi július hó 20-dikáig alulírott igazgatóságához, VI. Teréz-körút 24/a, terjesztendő be.

Budapest, 1901. év június havában.

A szabadalmazott osztrák-magyar államvasút-társaság magyar bányái, hutái és uradalmi igazgatósága:

2-1

Martinek s. k., igazgató.

5542/1901. kig. sz.

Bács-Bodrog vármegye tótajkú lakossággal bíró Kiszáts községében, valamint a hozzátartozó gróf Chotek-uradalom pusztáin elhalálozás folytán megüresedett orvosi állásra pályázatot hirdetek.

A javadalmazás 1600 k. évi fizetésből áll, melynek felét az uradalom fizeti. Továbbá élvezi a szabályzatilag megállapított az orvos lakásán való megjelenésnél 40 fill., a beteg lakásán nappali 80 fill., éjjeli mindkét esetben 1 k. 60 fill. látogatási, nemkülönb 40 fill. halottkémlési és a megfelelő vágatási és hússzemlédíjakat.

Megjegyzem, hogy az orvos az uradalmi pusztákat hetenként kétszer uradalmi kocsin beutazni tartozik, mely működéséért külön látogatási díjakat nem számíthat fel.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében minősítésüket, életkorukat, nemkülönb a „tót” vagy egyéb nyelvnek tudását igazoló bizonyítványokkal ellátott kérvényüket 1901. július hó 31-dikéig hozzám beküldjék, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem. A választás napjának kitűzése iránt utólag intézkedés tétetik.

Ujvidék, 1901. évi június hó 22-dikén.

Mihailovits, főszołgabíró.

#### Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat július 1-én:

Kórházi főorvos. Sarajevo. 4800 k. f., 1400 k. pótlék és lakás. Czim: Bosznia-hercegovinai orsz. kormány, Sarajevo.

Bányaorvosi állás. M. asphalt r.-t. felsőderna és bodonosi bánya. 2400 kor. f. és lakás. Czim: M. Asphalt r.-t. igazgatósága. Budapest, VI., Andrassy-út 30.



Mediciner Verlag von **Georg Thieme** Leipzig.

Ép megjelent:

## Handbuch der physikalischen Therapie

Kiváló munkatársak közreműködésével kiadja

**Dr. A. Goldscheider** és **Dr. Paul Jacob**  
berlini egyet. rk. tanár. berlini egyet. m. tanár.

I. RÉSZ. 2. KÖTET. (175 KÉPPEL.)

**Bolti ára 15 márka.**

## Nyaralóknak.

Szepesmegyei Szomolnok bányavárosában a polgároknál

### bútorozott szobák

nyaralók részére jutányos áron kiadhatók.

Pompás fekvése mérföldnyi fenyvesek közelében, tiszta forrás-vize, ozonduz levegője miatt üdülőknak ajánlható.

Prospektussal és bővebb felvilágosítással szívesen szolgál

**GALLÉ ANDOR** gyógyszerész Szomolnokon.

## Plasmon

(A tej fehérnyéje és tápsói.)

Könnyen oldó, íz- és szagtalan, olesó. Állandó használatban a legelső állami és városi kórházakban (es. kir. bécsi kórházak, porosz kir. helyőrségi kórházak, tébolydák, népgyógyhelyek stb.)

**Javallatok:** Valamennyi eset, a hol könnyen emészthető koncentrált és nem izgató táplálék, illetőleg gyors táplálás kívánatos.

**Adagolás:** Evőkanalanként leves, kása, tej, cacao stb.-ben, használati utasítás szerint.

**Nagybani árak:** Kórházak és orvosok részére ad. us. propr.

— Plasmon-cacao-, esokoládé-, zabacacao-, biscuit-, kétszersült. —

\* \* \* Minták és irodalom ingyen. \* \* \*

A PLASMON-GESELLSCHAFT m. b. H. Neubrandenburg i. M. főképviseletége:

**Wien, IV., Gr. Neugasse 14.**

Kapható gyógyszerárak és droguériákban.

## ICHTHYOL és

### „Ichthyol“-szerek.

**„Ichthyol“-Ammonium** vagy Ammonium „sulfo-ichthyolicum“ általunk 5 kilós, 1 kilós, 1/2 kilós, 1/4 kilós, 1/10 kilós eredeti dobozokban és 60 grmos, 45 grmos és 30 grmos eredeti üvegekben szállítatik.

**Ichthoform** vagyis Thiohydrocarbürum sulfonicum-formaldehydum („Ichthyol“-Formaldehyd), kitünő bél-antiseptikum általunk 50 grmos és 25 grmos eredeti csomagokban szállítatik.

**Ichthargan** vagyis Argentum thiohydrocarbürum-sulfonicum solubile („Ichthyol“-ezüst), hideg és meleg vízben oldható, tartalmaz 30% ezüstöt, kiváló antigonorrhoeicum, általunk 10 grmos eredeti üvegekben szállítatik.

**Ichthyol-Calcium** insolubile, 0.1 grmos tablettákban, szag- és íztelen, röviden „Ichthyol“-tablettáknak neveztetik, a belső „Ichthyol“-adagolás új módszere, 50 tablettát tartalmazó eredeti dobozokban.

**Ferriichthol** vagy „Ichthyol“-vas insolubile, tartalmaz 3 1/2% szervesen kötött vasat, 0.1 grmos tablettákban, szag- és íztelen, javulva chlorosis és anaemiánál, 50 tablettát tartalmazó eredeti dobozokban.

**Metasol** vagy Meta-Kresol-Anytol insolubile, tartalmaz 40% Meta-Kresolt, sebészeti fertőztelenítő szer, 50 grmos eredeti csomagokban.

**Eucasol** vagy Eucalyptol-Anytol solubile, tartalmaz 25% eucalyptolt, fogászati használatnak, stomatitis stb.-nél, 50 grmos eredeti csomagokban.

**Jod-Anytol** solubile, tartalmaz 10% jodot, a jodoform pótszere, 50 grmos eredeti csomagokban szállítatik.

A fenti kizárólagosan általunk gyártott és védett jelzéssel ellátott szereket tárgyaló tudományos értekezések díjmentesen és bérmentve küldetnek.

**Ichthyol-Gesellschaft** Cordes, Hermann & Co.  
HAMBURG.



Egyesült Chiningyarak **ZIMMER & Co., FRANKFURT a/M.**

### EUCHININ.

Gyógyhatása ugyanaz mint a chininó lúz, influenza, malaria, bagymáz, szamárhurut, idegszabák ellen és mint zsongító. Euchinin ize nem kesű, 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 pillulák alakjában minden mellékhatás nélkül sok hónapig át vehető. Adagolás: 4 pillula a 0.25 gr., reggel és este, több héten át.

### VALIDOL.

Erélyes és a mellett helyileg nem izgató anaesthetikum; hatása kitünő hysterikus és neurasthenikus állapotnál; azonkívül jó stomachicum és igen határozott szer **tenger betegség** ellen. Adagolás 6-10 tabl. naponta, több héten át.

### UROSIN.

Mint teljesen ártalmatlan szer és prophylacticum köztvény és húgysav diathesis ellen ajánlatik. Rendelhető tabletták, és pezsgő só alakjában. Adagolás 6-10 tabl. naponta, több héten át.

### FORTOIN.

Iznélkül antidiarrhoeicum, biztos hatású, ugyiszóten tuberculos s bélhurutnál. A tanninszerekhez hasonlítva egy tényleges gyógyító szer. Adagolás: 3x0.25 gr. naponta felnőtteknek. A Fortoinnak igen nagy bomlás elleni és bacteriumölő ereje van, tehát jó antigonorrhoeicum is.

### DYMAL.

Ártalmatlan, izgatást nem okozó, felszívódást eszközölő, kiszáritó antiseptikus sebgyógyószer.

Minták, irodalom és egyéb részletek rendelkezésre állanak.

Egyéb speciálitások: Chinin, chinin-gyöngyök, cocain, caffen, kivonatok, jodkészítmények stb.



Vegy-, görcsöveszeti és bacteriologiai

## ORVOSI LABORATORIUM

1900. május 1-től VI., Andrassy-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 körvegytani tanársegéd.

## TARCSA GYÓGYFÜRDŐ

VASMEGYÉBEN.

Glaubersó tartalmú szénsavdús források.

A legújabb módszerek szerint berendezett pezsgő- és ásványvíz- valamint **vas-lápfürdők**. Kellences, hűvös égalj; a kényelem minden igényeinek megfelelő olesó lakások: **villamvilágítás**; két jó vendéglő; gyógyszerár; naponta két szer zené; **szép kirándulások**. A női szervenke bántalmat, sápkór, vérszegénység, továbbá a légzési és emésztési szervek bajai ellen kiváló orvosi tekintélyek ajánlják.

**Évad május hó 26-tól szeptember 20-ig.**

Az évadkezdettől június 15-ig és augusztus 15-től szeptember 20-ig tetemesen olesőbb árak. Felvilágosítással szolgál és kívánatra prospektust küld a fürdőigazgatóság. **Állandó fürdőorvos Dr. Rhorer Aladár** t. m. főorvos. **Tarcsai Károly-forrás** különösen mint óvszer járvány esetén ivóvízzel ajánlható. Megrendelések Tarcsa fürdő igazgatóságához és Budapestben Edes-kuty L. es. és kir. udvari szállítóhoz (V. ker., Erzsébet-tér 8. sz.) intézendők. Posta- és távirat-állomás helyben. Vasúti állomás Felső-Eőr, a szombathely-pinkafői vonalon, honnan a 30 percznyire (5.6 kmtr.) fekvő fürdőbe a közlekedést kényelmes bér- és társaskocsik (omnibusok) tartják fenn; egy négyülékes bérkocsi ára 4 korona 50 fillér, társaskocsin egy hely 80 fillér. **Jegyek válthatók a vasúti kalauznál Szombathely és Felső-Eőr között**

## PERTUSSIN

Extr. Thymi saccharat Taeschner.

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

**Adagolás:** Naponta 3-4-szer: gyermekelnek 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** gyógyszerár Budapest, **Dr. Egger Leo** és J. Budapest, stb.

## Bártfafürdőn

ez idén is — 1887 óta — hivatalos fürdőorvosként működik

**Dr. HINTZ HENRIK**

az országos közegészségi tanács rk. tagja, nő- és gyermekgyógyász.