

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, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Bálint Rezső: Közlemény az I. sz. belgyógyászati kórodáról (Igazgató: Korányi Frigyes tanár) és az Erzsébet-szegényház agybonczatani laboratóriumából. (Laboratóriumvezető: Schaffer Károly rendk. tanár.) A térdreflexek viselkedéséről magas haránt myelitiseknél. 228. l.

Elek Sándor: Közlemény a székesfővárosi sztr. István-kórház bőrbeteg- és bujakóros osztályáról. (Főorvos Róna S. egyet. rk. tanár.) Statistikai adatok a favusnak Magyarországon elterjedtségi viszonyaihoz. 230. l.

Gescheit József: Közlemény a sztr. Rókus-kórház idegbeteg-ambulatóriumából. (Főorvos: Donath Gyula dr. egyetemi magántanár.) A Menière-féle kórról egy gyógyult eset kapcsán. 231. l.

Moravcsik Ernő Emil: Törvényszéki elmekörtani casuistica. 233. l.

Tárca. Than Károly: Bunsen Róbert W. emlékezete. 234. l. — *Töölgyi Elemér:* Párisi levél. 235. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Sella József: A syphilis gyógytanának haladása. 236. l. — *Könyvismertetés. György Tibor:* Magyarország orvosi bibliographiája. (Wenhardt.) 237. l. — *Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Hansemann:* A bonczolásoknál beállható fertőzések. (Marikovszky Gy.) — *Élet- és körvegytan. Schuman Leclercq:* Aceton-kiválasztás és zsírok. (Doctor K.) — *A. Jolles:* Módosított Spiegler-féle fehérnyereagens. (Doctor K.) — *Lipilawsky:* A vizelet acet-cet-savtartalmának egy újabb biztos kimutatási módja. (Doctor K.) — *Belgyógyászat. Waldeogel:* Az acetonkimutatás értéke

az orvostgyakorlatban. (—t.z.) — *Heichelheim:* A jodipin mint a gyomor motoros tevékenységének indicatora. (—t.z.) — *Aporti:* Hysteriások gyógyítása methylen-kékkel. (—t.z.) — *Kohts:* Gyermekknél végzett lumbal punctio. (—t.z.) — *Thiersch:* A fűző gyakorolta nyomás. (—t.z.) — *Gundiceandrea:* A chlorosis kezelése cuprum aceticummal. (—t.z.) — *Sebész. Horsley:* A trigeminus neuralgia sebész. kezelése. (Pólya J.) — *Szülszet és nőgyógyászat. Westermarck:* Kísérletes vizsgálata a chloroformaltatás befolyásáról az emberi méh tevékenységére physiologikus születeknél. (Neumann Sz.) — *Börkörtan. Brocg:* Methylenkék alkalmazása ezezmák ellen. (Póór F.) — *Villmott Eans:* Herpes meningiticus. (Szabóky J.) — *Audry:* Pelade des ongles. (Szabóky J.) — *Húgysszervi betegségek. Leonhard Leven:* Mikor tekinthetjük gyógyultnak a gonorrhoeát. (Raskai D.) — *Thiem és Baer:* A gonorrhoeás izületmegbetegedés és trauma közötti összefüggés. (Raskai D.) — *Orr-, torok- és gégebetegsége. Schwidow:* Rhinitis vasomotoria gyógyítása. — *Kisebb közlemények az orvostgyakorlatra. Jänicke:* Pruritus senilis gyógyítása. — *Stenbeck:* Bőrrák gyógyítása Röntgen-sugarakkal. — *Wilson:* Gonorrhoeás eredetű arthritis gyógyítása. — *Meyer:* Peritonitis tuberculosa gyógyítása alkohol-borogatással. — *Folyóiratok átnézete.* 237—240. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti általános poliklinika. — A közegészségügyi tanszék. — Megjelent. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Krondorf. 240. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat közgyűlése. — Budapesti kir. orvosegyesület. — XI. magyar balneologiai congressus. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az I. sz. belgyógyászati kórodáról (Igazgató: Korányi Frigyes tanár) és az Erzsébet-szegényház agybonczatani laboratóriumából. (Laboratórium-vezető: Schaffer Károly rendk. tanár.)

A térdreflexek viselkedéséről magas haránt myelitiseknél.

Írta: Bálint Rezső dr.

Azok között, kik az utolsó tíz évben az agy physiologiájának és pathologiájának kutatásával voltak elfoglalva, valóságos consternatiót idéztek elő Bastian közlései, melyek a gerinczvelő teljes magas (háti, illetőleg nyaki) haránt laesioiról szóoltak, melyeknél azonban az alsó végtagoknak szokott és várt spastikus hűdése és spastikus reflexei helyett, petyhüdt hűdés és reflexhiány volt jelen. És e consternatio teljesen érthető. Hiszen nem másról volt szó, mint hogy egész halmaza azoknak az alaptételeknek, melyeket bebizonyított tényekként szoktunk tekinteni, melyekre physiologiai és pathologiai ismereteink nagy csoportját építettük, s melyekből a physiologiai és pathologiai folyamatok s tünetek egész tömegét oly érthetően s világosan tudtuk magyarázni, ez alaptételeknek egész halmaza, mint a reflexek útja, fennállásuknak és kimaradásuknak feltételei, az agyvelőnek a gerinczvelői reflexekre gyakorolt hatása stb. egyszerre elvesztette positiv tudományos értékét s hozzá csatlakozott az avult s megdöntött hypothésisek csoportjához. És Bastian közlései nem maradtak egyedül, utána előbb gyéren, majd tömegestül irtak le hasonló eseteket. Bastian maga is tovább foglalkozott a kérdéssel s megformálta a tételt, hogy a gerinczvelőnek teljes megszakításánál a reflexek hiányoznak. E tétel később az egyes kutatók kezében változások szenvedett. Egyesek azt mondták, hogy a reflexeknek totalis haránt laesional ki kell maradniok, mások csak úgy nyilat-

koztak, hogy a reflexek ily körülmények közt kimaradhatnak, míg ismét mások abban a véleményben voltak, hogy a reflexek kimaradásának nem főfeltétele a vezetés totalis megszakítása. Voltak természetesen olyanok is, kik ez egész tételt tagadták, s kik leirt eseteikkel épen azt akarták bizonyítani, hogy a reflexek nem maradnak ki. Ha a száznál több közölt esetet áttekintjük, azt látjuk, hogy azok legnagyobb részében főleg a fent jelzett klinikai kérdéssel foglalkoznak, hogy t. i. magas haránt laesio-nál milyenek az alsó végtag reflexei. Pedig az egész kérdésnek nem ez a lényege. Nem az a fődolog, hogy magas haránt laesio-nál kimaradnak-e a reflexek vagy nem, mert könnyen elképzelhető az, hogy az ily laesio-nak valamely állandó s rendes complicatioja okozza a reflexek e viselkedését, a mely complicatio épen azokat a helyeket bántalmazhatja, a hová a reflexek útját localizáljuk. A kérdés lényege az a pont, a mely a reflexek physiologiáját tangálja. Vajjon tényleg a magas laesio valamely complicatioja-e az, a mi a reflex útját megszakítja, vagy pedig maga az a körülmény, hogy fent a megszakítás megtörtént, minden a reflexutakat érintő szövödmény nélkül eredményezi-e a reflexkimaradást. Előbbi esetben csak a magas laesio kórképe válnék teljesebbé, ez utóbbi eshetőség azonban egyértelmű volna azzal, hogy a térdreflexek eddig supponált ágyékvelői pályája tényleg nem létezik, vagy hogy létezik, de minden önállóság nélkül, a mennyiben elválasztatván a magasabb, esetleg agyi központoktól, működési képességét elveszti. Hogy ez megállapítható legyen, arra az egyetlen út az, hogy azokban az esetekben, hol magas haránt laesio-nál a reflexek hiányoznak, mindazok a tényezők, melyek a reflex létrejövésénél szerepelnek, systematikus és gondos vizsgálatnak vessenek alá, mert csak így zárható ki esetleges complicatio. Ily systematikus átvizsgált eset vajmi kevés van, úgy hogy Senator 1898-ban megjelent cikkében csak 6—7-re teszi azoknak az eseteknek számát, a melyek a Bastian-féle tétel bizonyítására alkalmasak. Hogy ezeket is mennyi

joggal mondja alkalmasaknak, azt később bővebben óhajtom fejtegetni.

En részemről, a rögtön közlendő eset kapcsán, a kérdésnek ép e lényeges pontját szeretném megvilágítani s éppen ezért úgy hiszem, nem követek el mulasztást, ha az irodalomból csak azokat az eseteket fogom tárgyalni, a melyek a kérdés e része mellett pro vagy contra szóba jöhetnek. Az irodalomnak többi része különben részint Bruns, részint Egger munkálataiban igen kitűnő összeállításban megtalálható.

Az általam észlelt eset tehát a következő:

Körtörténet. Családban terheltség semmi irányban sem mutatható ki. Hét éves korában typhuson, majd tüdőgyulladásra ment keresztül, mely utóbbi baj azóta kétszer ismétlődött. Egy és fél év előtt luetikus fekélyt acquirált, melynek megjelenése után körülbelül hat héttel másodlagos tünetek jelentkeztek és pedig lábain és karjain székelő vörös kiütések és garatfekélyek alakjában. Huszonkét inunctio után higanyintoxicatiót kapott, miért is a gyógymódot abba kellett hagynia; később homeopathagyógymódnak vetette alá magát. Jelen baja felvétele előtt négy nappal vette kezdetét. Baját arra vezeti vissza, hogy az előbbi napokban s hetekben a katonai szolgálatban többszörösen erősen átfázott. November 30-dikán bal ágyéktáján heves szaggató fájdalmak léptek fel, melyek a gerincoszlop irányába sugároztak ki. Másnap zsibbadni kezdett előbb jobb, majd bal lába, járása nehézkes lett, olyan érzése volt, mintha a talaj puha lett volna alatta, majd még jobban elgyengültek lábai, annyira, hogy járni egyáltalán nem tudott. Harmadnapra ágyba került, s ekkor már mozgatni nem tudta lábát. Vízelní nem tudott, a vizelet csak katheter segítségével távozott. Székletéte hasonlóképen visszatartott volt. Ez állapotban november hó 4-dikén vétetett fel kórodánkra, a hol a következő *status*-t vettük fel nála:

Középtermetű, jól fejlett és táplált férfi beteg. Ép csontrendszer, jól fejlett izomzat. Bevonat nyelv. Jó étvágy, obstipatio. Nyakon, valamint bicipitalis és lágyékárokban számos lenese-egész borsónagyságú fájdalomtalan mirigy tapintható. Nyugodt légzés. 78 pulsus, mérsékeltén telt és feszes. Hasban semmi rendellenesség. Penis heg. Ép tüdők, ép szív. Vizeletben idegen alkatrész nincs. Láztalan.

Sensorium szabad, elmebeli functioi rendesek. Agyidegek területei, felső végtagok rendesen működnek. Alsó végtagjait mozgatni nem tudja, gyakori spontán rángások. Passive mozgások minden irányban akadálytalanul végezhetők. Spasmus nincsen. Patellaris és Achilles-inreflexek nem válthatók ki, talpi és cremaster-reflexek hasonlóképen nem. Hasi reflex igen gyengén megvan. Pupillaris reflexek rendesek. Alsó végtagjait beteg egyáltalán nem érzi. A tapintásérzés a has közepéig, majdnem a köldök magasságáig erősen lefokozott. Köldök felett körülbelül két ujjnyi szélességű övön erős hyperaesthesia. A fájdalomérzés a hason megvan, a végtagokon nincsen. Hőérzés a végtagokon szintén nincs meg, a hason megvan, azonban a hideget gyakran melegnek érzi, fordítva csak igen ritkán.

Penis merevedett. Vizeletét, székletét kiüríteni nem tudja.

Az alsó végtagokon a villamos ingerlékenység úgy a faradikus, mint a galvan-áramra prompt.

Diagnosis. Myelitis dorsalis.

Therapia gyanánt inunctios gyógymód végeztetett nála és pedig 25 három gm.-os higanydosissal, azonban minden eredmény nélkül. A betegség lefolyásából csak a főbb momentumokat akarom kiemelni.

Lassanként a tapintásérzés teljesen kivész, úgy hogy november 17-dikén érintést egyáltalán nem érez. Tüszürást még érez s erősebb szürást fájdalmasnak mond. November 20-dikán fájdalomérzés teljesen hiányzik. November 22. Térdreflexek kiválthatók. Achilles-reflex és bőrreflexek nem. November 24. Térdreflexek fokozottak. Bőrreflexek hiányoznak.

December 6. Térdreflexek újból nem válthatók ki. Vizelet spontán még mindig nem ürül ki, priapismus fennáll.

December 9. Hőérzés teljesen hiányzik. Villamos ingerlékenység faradikus áramra kissé lefokozott, galvanikusra hasonlóképen. Qualitativ elváltozás nincs. Rángások villámszerűek.

December 25. Székletét maga alá boesátja. Vízélése még mindig nem távozik magától.

Január 6. Decubitus. Ez időtől fogva naponként rázóhidegek, melyek hőemelkedésektől kísértetnek. Alsó végtagjainak állapota nem változik. A hűdés petyhüdt marad, térdreflexek ki nem válthatók. Mobilitásnak és sensibilitásnak nyoma sincs. Vizelet a hó végén időnként hosszabb ideig magától folyik. Lábai oedemások lesznek, január 28-dikán icterus lép fel. Február 6-dikán halál.

A boncolás, melyet Pertik tanár volt szíves végezni, következőket mutatta.

A tetem középtermetű, lesoványodott. A keresztcsonton 17 cm. széles, 10 cm. magas, óriási anyaghiány, melynek közepe táján a csontthártyától megfosztott érdes csont emelkedik ki. A fekély feneké feltisztult, s előttük a glutealis izomzat rostozata vékony sarjszövet által borítva. A bal trochanter majoron 10 cm. átmérőjű nagy anyaghiány, melynek fenekét szürkés-zöldes üszkös bonyék, inak, s részben izomzat képezik. Az anyaghiány a csont felszínéig terjed le s középpontján egy almanagyságú száraz fekete pörk tapad, egyebekben a pörk hiányzik. A fekély szélei élesek. A jobb trochanteren szintén egy 10 cm. átmérőjű ovalis anyaghiány közepén 6 cm. hosszú ovalis száraz mumificált fekete bőrpörk, az anyaghiány $\frac{2}{3}$ peripheriája azonban szabad. Az anyaghiány a tokszalagig terjed s a pörkün kívül sphacelus által rothasztott, bűzös, szürkés-zöldes, czafatos.

A jobb láb külső szélén levő két ezüstforintnyi anyaghiányon kívül e lábon még hat beszáradt, még hámmal fedett pörk által takart fekély van. A jobb külső bokán forintnyi feltisztult anyaghiány. A sarkon az egész talpi felszín elfoglaló egy cm. hosszú, az alzattal összefüggő pajzsszerű, kemény bőrpörkké alakult a sarok bőre, a mely mint ilyen a sarokcsonttól leemelődött s csak az alulfekvő részével függ össze az ép bőrrel; e pörk visszahajtásánál szembetűnik a lecupaszított s üszkös ichorral beivódott sarokcsont. Hasonlóan a bal külső bokát 5 cm. átmérőjű száraz barnás-fekete pörk fedi, a belső és külső lábszéleken ezenkívül még hét decubitus incipiens.

A test lesoványodott, csaknem elaszott. A köztakaró s látható nyálkahártyák halványak, vérszegények. Nyak hosszú, vékony, részarányos, mellkas lapos. Has feszült, zöldesen elszínesedett. Hasonlóan zöldesen elszínesedett a bal czomb alsó $\frac{2}{3}$ -a is. A corona glandis felső harmadának éle eltűnt, helyén kemény heg-szövet található, a melynek megfelelőleg a fityma belső felszínét is heg-szövet foglalja el. A frenulum duzzadt.

A dura mater spinalis zsákja mérsékeltén feszült, a lágyburkok vérszegények még a gerinczagy hátsó felén is, diffuse homályosak, kötőszövetesen megvastagodottak. A két intumescencia normalis összeállású. A gerinczagy általános consistentiájától eltérés annyiban van, hogy a dorsalis segmentum puhább. A friss gerinczagon ejtett haránt metszeteknél a gerinczagy állománya az alsó cervicalis tájaktól kezdve a metszlapról mindjobban kiüszad s puhább, a mely elváltozás a dorsalis szakaszban válik legkifejezettebbé.

Féjbőr halvány, koponyaboltozat vékony, csontbelsőszegény, a nagy kutaes tájékán a lambdavarrat s sutura tájékán áttűnő helyeket felmutató, melyeknek megfelelőleg a dura mater Pachioniféle szemeséktől többszörösen áttört. A dura mater cerebriális feszült, eléggé transparens. A felső sarló öbölben kevés rostonyás alvadék. A dura mater belső színe sima, tükröző, vérszegény. Agyalapi sinusokban alvadt vér. Agyalapi üterek vékony falzatúak, összeesettek. Lágyburkok valami kevéssel megvastagodottak, vérszegények, nagyobb venáik kissé teltek, különben levonhatók, agyfelszínrel össze nem nőttek. Az agy igen vérszegény, egyenletesen téztatapintatú, nedvdúsabb. Épen olyan az agyacs. Az agytörzs a híddal izolálva lett a göröcsövi vizsgálat céljából és a nagy dűczokba bemetszések ejtve nem lettek.

Rekeszállás mindkét oldalt a negyedik borda alsó szélén. Omentum lesoványodott, vastagbelek puffadtak, hasüregben kevés tiszta savó, hashártya vérszegény, fénylő. Pajzsmirigy kicsiny, igen halvány. Jobb tüdő kevéssé odanőtt, a bal szabad, puffadt, gyengén retrahálódó, bal mellüregben kevés nyúlós-tapadós narancssárga folyadék. Hasonló nyúlós lepedékkel bevont a bal pleura pulmonalis.

Szívburokban mintegy 60 cm³ tiszta, narancssárga savó. Szív ökölnyi, bal gyengén összehúzódott, jobb diastoleban. Bal visszeres szájadék két ujj számára átjárható. Jobb pitvar és gyom-

roes igen sok, részben borostyánkőszerű, részben esomós alvadékkal telt, a minő a vena cava superiorba is folytatódik. Kevesebb alvadék a bal pitvarban. Borostyánkőszerű alvadék az aortában. Ezen alvadékokon kívül csak igen kevés, híg folyós vér a szívben.

Jobb tüdő basisa odanőtt.

A szív myocardiuma igen halvány, mérsékelten tömött, nagyon homályos. Billentyűk vékonyak és áttűnők.

Garat, gége, légcső nyálkahártyája halvány, nyelvgyökbeli solitaer tüszők igen kicsik, garatban evidens fekélyek nyomai nem láthatók. Aorta belső színe tükröző, carotis belső színén itt ott egész felületes kénsárga elzsírosodási rajzolat.

Jobb tüdő csücsében diómelegkoraságú, szétkenhető, sajtos masszával fedett, sajtos falzatú csücséaverna. Különben a tüdő rendkívül vizenyős, mindenütt legfinomabban habzó savót bőségesen ürítő. Az alsó lebeny hátul alul vérdús, barnapiros, a széleken és a basison egy atelectasiás öv.

A bal tüdő felső lebenye mellől duzzadt, vérszegény, hátul vérdúsabb és finoman habzó savót ürítő, a bal alsó lebeny szívós, súlyosabb, nyomásra a kis hörgőcsökből szürkésárga, nyákos genyes csapok ürülnek. Az alsó lebeny egy a legfelső, a lebeny szélével párhuzamosan haladó, ujnyi széles csik kivételével hátul légtelen, zavaros, nyúlós, szürkés-pirosas savót ürít, de a metszlap lekaparása után evidens, kiemelkedő, lobularis gócoeszkák ki nem mutathatók.

A gyomor nyálkahártyája sűrű tapadó nyálkával fedett, kissé szürkésen elszínesedett, a nyálkahártya léczek élei belöveltek, a nyálkahártya vékony. A duodenum nyálkahártyája belövelt, kissé icterikusán beírózott. Az epehólyagban kevés sárga, híg epe, epefolyás szabad.

Máj középnagy, síma felszínű, burka fénylő, feszült, metszlapja halvány, igen vérszegény, síma, az acinosus rajz kicsiny, alig látható.

A lép valamivel nagyobb, burka vékony, feszült, méretei 13:10:4 cm. Metszlapja barna-piros, kissé sötétebb foltokkal tarkázott, melyek peripherikus fekvésűek, tömöttebbek, de nem ikalakúak, nem infarcizottak. Ha ennek megfelelőleg a metszlapot végig tapintjuk, akkor a hilus felé tekintő részlet puhának, a domborúság felé tekintő részlet keménynek, száraznak, tömörtnek mutatkozik.

Mindkét vese majdnem kétakkora, burok könnyen levonható, a vese felszínén hyperaemiás szigetek közepette sárga, genyes pontok, melyek a metszlapon radicalisan folytatódhatnak a kéregállományba, sőt be a velőállományba is. A metszlapon némely velőrészt, legtöbbször azonban a kéreg hat nagyobb krajezárnnyi területe nagyszámú gombostüfejnyi, sárga, genyes petynek szigeteitől áthatott, a melyek közt a szövet belövelt és apró haemorrhagiáktól is áthatott. A vesemedence nyálkahártyája belövelt, különösen a papillák körüli vaktasakok tájékán.

A hólyag összehúzódott, üregében sedimentum lateritium és macerált hólyaghám által zavaros vizelet. A hólyag nyálkahártyája különben megvastagodott, csak kevésse vastagodottak meg a hólyag trabeculák.

A herék középnagyok, a corpus Highmoriból a here állományába alig észrevehetően megvastagodott gerendák indulnak ki, evidens orchitis interstitialis tünetei nélkül.

A retroperitonealis nyirokmirigyek valamivel duzzadtabbak.

A bal térdizület híg sárgás-zöldes genyvel telt, épügy a m. quadriceps ina alatti bursa. Innen a genyedés a bal czomb subcutan intermuscularis szövetére is áttérjed. Magán a térdizület tokszalagán csak a femur külső condylusa mellett látszik körülírottabb belöveltség és kissé sárgás-zöldes elszínesedés. Izületi porcok fénylők, simák, a lig. cruciatum, különösen az alare kevésse belövelt.

Diagnosis: Myelitis a háti szelvényben, multiplex decubitus, részben gangraenás és ichorosus jelleggel, cystitis, pyelonephritis bilateralis apostematosa, gastritis chronica, arthritis purulenta articulationis genu lat. sin. Anaemia universalis, oedema pulmonum partialis splenisatioval az alsó lebenyekben.

A gerincezvelő közelebbi vizsgálata a következőket mutatta.

A VII. háti gyöknek megfelelő rész késsel egyáltalán nem vágható, mert szétfolyik. E lágyult részből vett friss készítményben rendkívül sok szemesejt látható.

A gerincezvelő azután részint Müller-féle folyadékba, részint alkoholba került s kellő praeparálás után Marchi, Weigert-Wolters, Nissl, Azoulay módszerei szerint, továbbá haematoxylin-eosin-festéssel vizsgáltatott.

Nézzük e különböző képeket egymásután. *Marchi*-készítményeken közvetlenül a lágyult rész alatt és felett az egész keresztmetszet feketén festődött myelinrögökkel van tele. A IV. gyök magasságainak megfelelőleg már csak a szokásos secundaer felhágóan degenerált részeken találhatók e rögök és pedig a hátsó kötelekben a Goll-féle kötegben és az oldalsó kötelekben a direct kisagypálya területén. Lefelé a góctól a XI. gyöknek megfelelő helyen a hátsó kötelek teljesen épek, az oldalsó kötelekben ellenben a pyramisoknak megfelelő helyen sűrűn láthatók a fekete myelinrögök és éles fekete contourral bíró szürkés színezetű zsíresepek.

A pyramis e degeneratioja követhető le a sacralis velőbe is. A lumbalis velő gyökeiben szintén található elváltozás. A hátsó gyökök keresztmetszetei közül azokon, melyek a belépő gyökrészlettel vannak összeköttetésben, kiterjedt degeneratio nyomai láthatók. Az egész keresztmetszet fekete myelin-rögökkel van behintve, mely rögök helyenként nagyobb kiterjedésű tömegekké olvadnak össze. Egyes metszeteken igen tisztán látható, hogy e myelin-rögök, tehát a degeneratio a belépő gyök rostjain is jelen van s ismét más metszeteken e degeneratio követhető a gyökrostok mentén a hátsó kötél állományába, sőt a hátsó szarvba is. E degeneratio legkifejezettebbek az I. és II. lumbalis gyök táján, kevésbé, de világosan meg van az alsóbb lumbalis és a két felső sacralis gyöknek megfelelőleg is. Az elülső gyökön e készítmények nem metszettek, azonban a gerincezvelő szélén, az elülső gyökrostok kilépésének megfelelőleg szintén sűrűn felhalmozva találjuk a fekete myelin-rögöket.

(Folytatása következik.)

Közlemény a székesfővárosi szent István-kórház bőrbeteg- és bujakóros osztályáról. (Főorvos Róna S. egyet. rk. tanár.)

Statistikai adatok a favusnak Magyarországon elterjedtségi viszonyaihoz.

Irta: *Elek Sándor* dr. orvos.

A favusnak Magyarországon elterjedtségi viszonyairól még csak hozzávetőleges adataink sincsenek. 1873-ban *Schwimmer Ernő* tankönyvében a következőket írja a favusnak előfordulásáról Magyarországon:

„Hazánkban a kór — úgy látszik — igen ritkán előforduló bántalom; magángyakorlatomban több mint 2000 bőrbeteg között eddiglen csak 4-szer volt alkalmam ezen bántalmat látni és ezek közül két esetben *lengyel nemzetségű* egyéneknek, kik között a kór általában nem ritkán előforduló kóralakot képez. Ezeknél talán a vastag füveg viselése segíti elő azon körülményt, hogy a kór náluk sokkal gyakrabban fordul elő.”

„A fővárosban a számos fürdő, melyeket, mint tudjuk, a szegényebb sorsú néposztály is nagy mérvben használ, talán bizonyos fokban elősegíti a bőrnek ápolását és megakadályozza a növényi élősködők nagyobb elterjedését.”

Nékám (A belgyógyászat kézikönyve V. köt. 1017. oldal) ezeket írja a favusnak előfordulásáról: „Ritka Párisban, Németországban, Ausztriában és Magyarországon nagy részén, ellenben igen közönséges Galiciában, Oroszországban és Franciaország néhány hegyes vidékén.”

A belügyministeri jelentésekben is csak három nagyobb kórházból (pozsonyi, kolozsvári, marosvásárhelyi) vannak a megfordult esetek számbelileg feltüntetve.

Ezért érdemesnek tartottuk az osztályon 1885 óta megfordult favus-betegek statistikáját közölni, hogy legalább némileg hozzájáruljunk annak hazánkban elterjedtségi viszonyainak ismeretéhez. Teljes átnézetet mi sem adhatunk, tekintve azon körülményt, hogy kórházi kezelést igénylő bőrbetegeink egy része Bécsben, egy része Kolozsvárott és más vidéki városokban és egy része itt Budapesten is más intézetekben és ambulatoriumokban kezeltetik, mégis kezdetnek már ezt is elegendőnek tartottuk.

Adataink által beigazoltatik, hogy nálunk a favus a jobb körökben ritka betegség (Schwimmer lelete 1873-ban azokra vonatkozott), és hogy az egyáltalán csak Magyarország egyes vidékein gyakoribb.

Az összes kezelt favus-betegek száma 1885–1900. deczember haváig, tehát majdnem 15 év alatt 208 volt.

A mi a betegek korát illeti, a következőket találtuk feljegyezve:

3 hónapos . . .	1 eset	15 éves . . .	21 eset
4 éves . . .	1 "	16 " . . .	7 "
5 " . . .	1 "	17 " . . .	10 "
6 " . . .	2 "	18 " . . .	27 "
7 " . . .	5 "	19 " . . .	13 "
8 " . . .	10 "	20 " . . .	10 "
9 " . . .	5 "	21 " . . .	5 "
10 " . . .	10 "	22 " . . .	7 "
11 " . . .	13 "	23 " . . .	2 "
12 " . . .	13 "	24 " . . .	1 "
13 " . . .	26 "	27 " . . .	1 "
14 " . . .	16 "	56 " . . .	1 "

Ebből kiderül, hogy leggyakoribb a favus a 7-diktől 22-dik évig; több mint $\frac{3}{4}$ része az összes betegeknek ide tartozik.

Ezen körülmény azért fontos, mert ezen időszakba esik az iskolába járás és a nevelés.

Egyrészt a betegség magukat a betegeket a tanulásban teljesen akadályozza, ha kitiltatnak az iskolából, másrészt viszont, a mi még fontosabb, az iskolatársakat veszélyezteti, ha a betegeknek az iskolába való járás megengedtetik. Ezen okból kívánatos, hogy a favusban szenvedők külön oktattassanak.

Vallás szerint így oszlottak meg eseteink: izrael. 148, rk. 35, ref. 13, evang. 12. Tehát leggyakoribb volt a favus a szegényebb izraeliták között, és pedig túlnyomólag a Lengyelországból és Galiciából bevándoroltak vagy az azokkal érintkezők között. Ennek oka véleményünk szerint egyrészt abban rejlik, hogy Galiciában általánosan elterjedt a favus, másrészt abban, hogy az izraeliták, még a szegények is, bajaikkal orvoshoz fordulnak.

Itt említjük meg, hogy ismételtén észleltük a favust testvéreknél.

A favus-betegek születési helyét illetően a következőket találtuk:

Budapest	27 eset	Nógrádmegye	2 eset
Pestmegye	23 "	Szilágymegye	2 "
Hevesmegye	20 "	Fehérmegye	2 "
Zemplémmegye	13 "	Tordamegye	2 "
Ungmegye	12 "	Vasmegye	2 "
Szatmármegye	8 "	Veszprémmegye	2 "
Szolnok-Dobokamegye	8 "	Árvamegye	1 "
Tolnamegye	6 "	Abaújmegye	1 "
Győrmegye	5 "	Barsmegye	1 "
Szabolcsmegye	5 "	Beszterczemegye	1 "
Máramarosmegye	5 "	Beregmegye	1 "
Bács-Bodrogmegye	4 "	Biharmegye	1 "
Komárommegye	4 "	Hajdumegye	1 "
Nyítramegye	4 "	Jász-N.-K.-Szolnokm.	1 "
Aradmegye	3 "	Somogymegye	1 "
Baranyamegye	3 "	Sármegye	1 "
Gömörmegye	3 "	Temesmegye	1 "
Liptómege	3 "	Turóczmegye	1 "
Hontmegye	2 "	Gácsorszá	15 "
Békésmegye	2 "	Bukovina	3 "
Borsodmegye	2 "	Szerbia	1 "
Mosonmegye	2 "	Oroszország	1 "

A legtöbb beteg tehát Budapestről, azután Pest, Heves, Zemplén, Ung, Szatmár, Szolnok-Doboka, Tolna, Győr, Máramaros, Szabolcs megyéből került ki. Ezek az összes betegeknek majdnem $\frac{2}{3}$ -át képviselik. A külföldiek közül legtöbb (15) volt gácsországi. Ezenkívül 3 bukovinai, 1 szerbiai és 1 orosz fordult meg az osztályon.

Nagyon óhajtott volna, hogy a favusnak hazánkban elterjedtségéről teljesebb ismeretek bírása szempontjából a favus-betegek épügy nyilvántartatnának, mint pl. a trachomások.

Közlemény a szt. Rókus-kórház idegbeteg ambulatoriumából. (Főorvos: Donath Gyula dr. egyetemi magántanár.)

A Menière-féle kórról egy gyógyult eset kapcsán.

Irta: Gescheit József.

Azok a symptomák, melyek a Menière-féle kórra jellegzetesek, nem épen ritkán észlelhetők a legkülönbözőbb fülbajoknál s oly általánosan ismertek, hogy ezen eset közlése nem volna szükségszerű. Esetünket azonban az teszi érdekessé, hogy az eddig szokásos terapiától eltérve, oly therapeutikus eszközt alkalmaztunk sikerrel, melynek ajánlásához Frankl-Hochwart szerint ma merészség kell, a galvanizációt; másrészt pedig ez esetben a Menière-féle kór oly alakjával van dolgunk, melynek casuistikája igen fogyatékos s melynek szaporítása — ismét Frankl-Hochwart szavait idézzük — kívánatos.

K. J. 48 éves levélhordó. Első jelentkezés 1900. október hó 1-jén. Beteg előadja, hogy négy évvel ezelőtt, a legjobb jólét közepette, foglalkozása közben, az utczán eszméletlenül összeesett és hanyt. Ezen roham után zúgást érzett bal fülében, szédült s bal fülére nem hallott többé olyan jól, mint azelőtt. Rohamai azóta igen sokszor, néha ötször naponta is ismétlődtek s éjjel ágyában is meglepték. Hallása bal fülén mindinkább rosszabbodott, míg egy évvel ezelőtt majdnem teljes sükettség állott be. A rohamok alkalmával hányásingere mindig van, sokszor hány és felesége bemondása szerint eszméletét is veszti. A roham 2–5 perczig tart. Görcsei nincsenek. Ugy érzi, mintha mindig balra kellene esnie, s nehogy ez megtörténjék, meg kell fogódznia. Méréseket potus; lüest tagad, felesége 18 évvel ezelőtt abortált. Foglalkozását nem képes folytatni.

Beteg előadja, hogy eddig jodkaliumot szedett minden haszon nélkül. Néhány hónappal ezelőtt a szt. Rókus-kórház fül-beteg ambulatoriumán jelentkezett, a hol „catarrhus cavi tympani chronicus lat. utriusque” kórismével hosszabb ideig „Politzer-cézéssel” kezelték, a nélkül, hogy állapota jobbra fordult volna.

Jelen állapot. Középtermétű, jól fejlett s közepesen táplált. Aggodalmas arc kifejezés. Fejét balra hajtva tartja. Pupillák egyenlők, kerekék, fényre és alkalmazkodásra jól reagáló. Facialisok épek. Nyelv kissé bevont, nem reszket, úgyszintén kezek sem. Izmok mechanikus ingerlékenysége kissé fokozott, úgyszintén a lábtünet is. Sensibilitási eltérés nincs, Romberg nincs. Beteg szélesen jár, egész felső testfelét, különösen pedig a fejét balra hajtva. A menyezetre nézskor szédül.

Jobb fülén majdnem rendes hallás. Bal fülén a Politzer-féle acumetert 10 cm.-ről hallja, a suttogó beszédet $\frac{1}{2}$ meterről. Az órát csak közvetlenül a fül előtt hallja. A fejtetőre tett A₂ hangvillát jobb fülén jól, bal fülén igen kevésbé hallja, úgyszintén a C₁ hangvillát is. A bal halántékra tett hangvillát, miután már jelezte, hogy nem hallja bal fülén, a jobb halántékra téve még néhány másodpercig percipálja jobb fülén. A bal csecsnyújtványra tett órát nem hallja. Rinne kísérlete mindkét fülön positiv.

Bal fül a galvan-áram iránt rendkívül érzékeny. Már 2–3 milliampérnyi áramnál csengő hangot hall, melyet ő a hangvilla rezgéséhez hasonlónak mond. Az anod alkalmazásánál nem észlelni kifejezetten azt a tünetet, hogy a fej az anod felé hajlik, úgyszintén a kathod alkalmazásánál sem észlelni kifejezetten, hogy a kathodtól elhajlik. Kathodzárás erősebb inger az anodzárásnál. A galvan-áram 1–1 másodpercnyi alkalmazásánál is már igen erősen szédül, meg kell a széken fogódznia, nehogy elesék.

Szemlelet (Grósz tanár): Jobb szem $v = \frac{5}{10}$ Hm, bal szem ugyanaz. Látóterek szabadok. Szemfenék ép.

A diagnosis megállapításánál mindenekelőtt eliminálnunk kellett azokat a kóralakokat, melyeknél hasonló tünetek fordulnak elő s melyeket okvetlenül tekintetbe kellett vennünk: az epilepsiát, valamely agybeli folyamatot, a Trousseau által említett „vertigo ab stomacho laeso”-t s a neurastheniát.

A Menière-féle tünetekkel járó kóralakot az epilepsiától megkülönböztetni, különösen a betegség kezdeti szakában, a mikor a nagyothallás még nem igen kifejezett, vagy a midőn a beteg-

nél már ezelőtt is fülzúgás s nagyothallás volt jelen, igen nehéz, ha az észlelő egyedül a beteg által közölt adatokra van utalva. Mert utóvégre is nem lehetetlen, hogy a betegnél epilepsia mellett valamely fül-folyamat van jelen, mely nála a szédülést, tinnitust s nagyothallást okozza, s mely tünetek a betegnél fellépő rohamokkal össze nem függenek. Betegünk felesége bementése szerint a betegnél görcsök nem voltak észlelhetők, nyelvét soha meg nem harapta, nagyothallása s fülzúgása az első rohammal kezdődött, betegségének kezdete előtt soha ilyféle tüneteket nem észlelt magán, mind oly körülmények, melyek mellett az epilepsiát kizárhatjuk.

Az agybeli folyamatok közül különösen a kisagy daganatai azok, melyeknek tüneteivel a Menière-féle tünetek összetéveszthetők volnának. Megvan a szédülés, széles járás, hányás. Betegünkön azonban kifejezett exacerbiók vannak, a folyamat már négy éve áll fenn, pangási papillának nyoma sincs, a kisagy daganata tehát nem áll fenn.

A mi az agyvelő diffus megbetegedési folyamatait illeti, ezek közül tekintetbe veendő a progressiv paralysis s a lues.

A progressiv paralysisre jellemző objectív tünetek hiánya miatt ezt a kóralakot kizárhatjuk, maradna a lues. Betegünk minden infectiot tagad, fejfájása nincs s a legnagyobb valószínűséggel felvehetjük, hogy a nála észlelhető tüneteket diffus lueses folyamat sem okozza.

Kétségtelen, hogy betegünkön neurasthenia van jelen.

Ezt bizonyítja objective a patellaris reflex fokozott volta (talán az izmok mechanikus ingerlékenységének fokozott volta is) s ezt bizonyítják azok a subjectív tünetek is, melyek a beteg legkülönbözőbb panaszaihoz állanak; a betegnek majd gyomortáji nyomása van (néha globus is), majd esontfájdalmi vannak, hypochonder stb. Másrészt azonban itt van az objective észlelhető széles járás, nagyothallás, melyeket a neurasthenia nem okozhat s így betegünkön a neurasthenia — ha már előbb fennállt — semmi esetre nem okozója a Menière-féle tüneteknek, hanem legfeljebb, ha későbbben mutatkozott secundaer jelentőséggel bír.

A Trousseau-féle „vertigo ab stomacho laeso“-t minden további megokolás nélkül kizárhatjuk.

Kétségtelen ezek után tehát, hogy a Menière-féle kór tüneteivel van dolgunk.

Már most a therapiára nézve is igen fontos eldönteni, hogy a Menière-kór mely alakja forog fenn.

Erre nézve Politzer, Gradenigo, Frankl-Hochwart a legkülönbözőbb felosztásokat ajánlják.

Politzer a Menière-féle kórt (apoplexiás sükettség) élesen megkülönbözteti a Menière-féle tünetektől, melyeket a) a középfül, b) a belső, c) a külső fül, d) az agyvelő bántalmainál észlelhetni.

Ez a felosztás azonban nem egészen helyes. Mert ha valamely fülbántalomnál az összes Menière-féle tünetek észlelhetők — mint esetünkben is —, teljes joggal felvehetjük, hogy az illető betegnél Menière-féle kór is van jelen, csupán az előidéző ok az egyes esetekben más és más.

Gradenigo felosztása szerint a Menière által 1861-ben közölt eset nem volna Menière-féle kór, mert ő csak azokra az esetekre alkalmazná a „Menière-kór“ nevet, melyekben a labyrinth ablakai közelében végbemenő változások a kengyel anchylosisára vezetnek.

A Frankl-Hochwart ajánlotta felosztás a következő:

Az I. csoportba a Menière-kór azon alakja tartoznék, mely teljesen intact fülnél kezdődik.

Alcsoportok. 1. Menière apoplexiás alakja (vérömlés).

2. Traumás alak.

A II. csoportba azokat az alakokat sorolja, melyek acut vagy chronikus természetű fülbajhoz csatlakoznak. E két megbetegedés vagy egyidejűleg keletkezik, vagy a szédülés chronikusan fejlődik vagy acute is. E csoportba sorolja a tabesnél s az agybántalmaknál észlelhető Menière-féle tüneteket is.

3. Külső befolyások után fellépő Menière-kór.

4. Pseudo-Menière-kór a) hysteriánál, b) epilepsiánál, c) hemi-craniánál.

Betegünkön Menière-kór mellett a dobőr chronikus catarrhusa van jelen. Kérdés már most, milyen viszonyban áll ezen

catarrhus a Menière-féle kórral, oki összefüggésben áll-e vele, vagy egymástól független bántalmak-e ezek?

Ennek a kérdésnek az eldöntése a therapiára nézve természetesen igen fontos a „sublata causa tollitur effectus“ elvének fogva.

A beteg néhány hónappal ezelőtt jelentkezett a fülgyógyászati ambulatoriumon, a hol a catarrhus miatt hosszabb ideig „Politzer-ezéssel“ kezelték, a nélkül, hogy állapota megjavult volna. 1900. év december hó 13-dikán körülbelül két hónapi villamos kezelés után a catarrhus chronikus cavi tympani lat. utriusque még fennáll, a beteg állapotában azonban lényeges javulás állott be. Ez és az a körülmény, hogy betegünket az első roham a legjobb jóllét közepette lepte meg, azt mutatja, hogy a betegnél észlelt Menière-kór a dobőr idült hurutjától független bántalom.

Ha már most ezek után esetünket a Frankl-Hochwart-féle beosztás valamelyik csoportjába sorolni akarjuk, akkor ez lehetetlen. Mert ez a felosztás sem egészen helyes.

Látjuk, hogy a 2. csoportba a Menière-kór azon alakját is sorolja, mely az ideg vagy az agy megbetegedéséhez csatlakozik, holott a főfelosztás szerint ebbe a csoportba a különböző fülbajokhoz társuló Menière-féle kórt kellene beosztania.

Ha a Menière-kór valamely fülbajjal egyidejűleg keletkezett — a mint az esetünkben is így van —, akkor az — föltéve, hogy azelőtt még egy másik fülbaj nem volt jelen — intact fülnél kezdődik, mert hiszen a fülbaj csak a Menière-féle kórral egyidejűleg keletkezett, a Menière-kór ezen alakját tehát az első főcsoport valamely alcsoportjába kellene sorolni.

Mindezeket tekintetbe véve joggal mondhatjuk, hogy esetünkben a Menière-féle kór oly alakjával van dolgunk, mely intact fül mellett fellépve permanens szédülés s zúgás mellett különböző intenzitású és igen gyakori rohamokban jelentkezik s a „status Menièreicus“ (Frankl-Hochwart) képet mutatja.

Igen nagy nehézségekbe ütközik, sőt sokszor lehetetlenség megítélni, hogy a bántalomnak mi az anatómiai basisa s a tömkeleg mely részéből indul ki.

Nézzük először az egyes tünetek anatómiai basisát egyenként s igyekezzünk azután a bántalmat valamely egységes kórokra visszavezetni.

Sexton szerint a tinnitusnak oka többek között a hangvezető készülék lengései, melyeket a közelfekvő arteriák s capillariskok vérárama okoz; továbbá a szív s a légzés mozgásai; a zörejek hyperaemia s gyulladásos folyamat mellett fokozódnak. A subjectív zörejek permanensek akkor, a midőn a stapes anchylosisa van jelen.

A nagyothallás — mindig a Menière-kórt tartva szem előtt — a percipiáló elemek fokozatos destructioja, melyet ezen kóralaknál leginkább ex- és transsudatum és vérömleny okoz. Goltz, Breuer, Högyes, Mach, Ewald s mások kimerítő kísérletei után ma már egészen bizonyosnak mondható, hogy a Menière-kórnál észlelhető szédülés a félkörös csatornában történő bizonyos folyamatok eredménye. A Menière-es rohamok létrejöttének megérthetése céljából legyen szabad rövid ideig ezen kísérletek eredményeinek vázolása mellett maradnunk.

Az ember többféleképen szerez testének statikai állapotáról tudomást. Segítségére van ebben első sorban a szeme, továbbá a tapintó érzése s a félkörös csatornában elhelyezett statikai készüléke.

Ha bármelyike ezeknek hiányosan vagy épséggel nem functionál, a test statikai állapotáról való képzet létrejötté meg van nehezítve, illetőleg lehetetlenné téve s az egyensúly fenntartására szolgáló compenzáló mozgások nem jönnek létre, illetve módosulnak. A tabeszes ataxiás mozdulatokat végez s a látószerv functiojának kizárásával tehetetlenül összeesik s a félkörös csatornáiban sértett ember vagy például a süketnéma (James, Kreidl, Pollak) bizonyos kiesési jelenségeket mutat.

Az egyensúlyi állapot fenntartására szolgáló compenzáló mozgások a látás szervéből, a tapintás szerveiből s a félkörös csatornákból kiinduló reflex úttal történnek. E helyütt csak a félkörös csatornákból kiinduló reflex létrejöttét akarjuk tekintetbe venni.

A fej mozgásaival együtt az endolympha is áramlik, a mely ezen áramlása közben a félkörös csatornák ampulláiban elhelyezett szőresékeknek bizonyos alakváltozását hozza létre. Högyes szerint

ez a félkörös csatornák ampulláiban elhelyezett készülék egy a testmozgásokat szabályozó centrumnak centripetalis végkészüléke, míg a centrifugálisak a szemmozgató idegek a szemizmokkal valószínűleg a test egyéb idegei, illetve izmai is.

A mint ennél fogva bármely inger behatása után a centripetalis készülék izgalomba jut (bizonyos esetek izgalomban mindig van, mert a beidegzés a labyrinthus részéről tonikus), az izgalom azonnal áterjed — intact pályák mellett — a centrumra és innen a centrifugális vég készülékekre s létrejön az izmoknak egy bizonyos tonus változása (*Ewald tonus labyrinthje*), mely ismét bizonyos mozgásokat eredményez. A szédülés ezek után *Goltz és Högyes* szerint nem volna egyéb, mint a félkörös csatornákból kiinduló izgalomnak s ezeknek a compenzáló mozgásoknak az effectusa.

Ezeket tekintetbe véve a Menière-féle kór nál jelenlevő szédülést megérteni nem lesz nehéz. A félkörös csatornában elhelyezett végkészülék, ha a szédülés permanens, folytonos izgalomban van s ha az egyes izgalomok summálódnak, létrejön egy exacerbatio, egy szédülési roham.

A Menière-kór nál észlelt szédülésnek, illetve a félkörös csatornában levő statikai szerv izgalmainak az oka a szerzők egybehangzó véleménye szerint vagy valamely gyulladásos folyamat, vagy transsudatio, illetve vérzés, vagy mindezek következménye.

A hányásinger s hányás az acustikus magról a vagus magra átvitt izgalomnak volna az eredménye.

Ha a Menière-kórt képező triasnak (zúgás, szédülés, hányás) különböző okait most összevetjük, azt látjuk, hogy a gyulladás, vérzés illetve transsudatio s ezeknek következményei azok, melyek az összeseket előidézni képesek s így a Menière-féle kór nak leggyakoribb okai. Ezt bizonyítják a csak esetek számban sectiona került esetek. *Lannois* szerint az apoplexiás alaknál az anatómiai lelet vérzés a vestibulumba s a félkörös csatornába, szervülő rostonyaalvadék, kötőszövetképződés s sejtes infiltratio a scala vestibuliban. Vannak azonban sectiona került olyan esetek is, a mikor a lelet teljesen negatív volt.

Chronikus alaknál az anatómiai lelet periostitis a vestibulumban s sejtes infiltratio a hártás labyrinthusban (*Moos*).

A gyulladásos alapon levő Menière előfordul *Politzer* szerint a genuin s secundaer panotitisnél. Létrejő továbbá a Menière-kór vérzésen alapuló infectiosus bántalmaknál (*ues*), leucaemiánál s angioneurotikus alapon.

Betegünk nál panotitisről szó nem lehet s így bizonyára gyulladás alapon levő Menière-kórról sem. A labyrinthgyulladás egyéb intensív tünetekkel járna, illetve a fennállott igen intensív bántalom mellett magának a gyulladásnak is olyan fokúnak kellene lennie, mely magát négy év óta egyéb tünetekben is elárulta volna.

Maradna a vérzés, illetve transsudatio. S ez az a lehetőség, mely nekünk legplausibilisabbnak látszik, ámbár vérzést okozó momentumokat betegünk nál találni nem voltunk képesek. Infectiosus bántalom, leucaemia kizárható, arterio-sclerosist nem voltunk képesek kimutatni s így maradna az angioneurosis, illetve a sympathicus bizonyos bántalma, melyről *Ladreit de Lacharriére* az Arch. f. Ohrenheilkunde XVII. kötetében szól. Szerinte ugyanis a belső fülben keletkezett passiv hyperaemiát a sympathicus izgalma okozza. Két nőnél, kiknél a Menière-féle trias volt jelen, *Ladreit de Lacharriére* galvan-árammal az állapotot megjavította s ő a hatást úgy magyarázza, hogy a labyrinth véreinek a fala az áram hatása alatt összehúzódik, mi által a stasis eltűnik.

Esetünkben szintén alkalmunk volt észlelni a galvan-áram rendkívül jótékony hatását. Első jelentkezése alkalmával — a további észlelést előnyösnek tartva — a betegnek, a ki jodkaliumot többé szedni nem akart, jodipint rendeltünk. Mivel a betegnek állapota nem javult s az összes tünetek oda mutattak, hogy morbus Menièreivel van dolgunk, megvalljuk kissé meggondolatlanul a Charcot által oly melegen ajánlott chinint refracta dosi rendeltük. Meggondolatlanul mondjuk, mert mindaddig, míg egyéb therapeutikus eszköz áll rendelkezésünkre, a chininhez nyúlni nem szabad.

Charcot a chinin ajánlásakor ugyanis abból az elvből indult ki, hogy azoknál a betegek nál, a kiknél a legintensívebb fülzúgás s szédülés volt jelen, a teljes sükettség beállta után az említett

tünetek eltűnnek. A Menière-féle kór therapiája szerinte tehát abból áll, hogy a betegek nál ezt a süketiséget előidézzük s erre szolgál a chinin.

Tagadhatatlan az, hogy a chinin gyakran igen jó szolgálatokat tesz, hogy mi módon, azt nem tudni bizonyosan. *Roosa s Kirchner* szerint hyperaemiát okoz, mások szerint ischaemiát. *Schulz* a chinin hatását úgy magyarázza, hogy az hyperaemiát, fölváltva ischaemiával s normalis vértartalommal, okoz. *Gradenigo* szerint *Schulz* véleménye leginkább megfelel azoknak a tüneteknek, melyeket chinin intoxicatióknál látunk. De bármilyen módon hasson is a chinin, egy bizonyos: a teljes megsiketülés.

Ezeket szem előtt tartva, egy hét múlva, midőn — a mint az előrelátható volt — a beteg állapota rosszabbodott, a chinin-therapiát megszakítottuk s a fül galvanisatióját kezdtük meg, olyképen, hogy az Erb-féle electrodot mint positiv sarkot a beteg fül tragusára, a negativ sarkot a nyaki gerinczre tettük gyöngre, 2—3—4 milliampérinyi áram mellett. Az ülések másodnaponként ismélődtek s körülbelül három percig tartottak. A mikor a beteg fül érzékenységeből veszített, mindkét sarkot alkalmaztuk a fülek elé.

Ezen therapia mellett a beteg állapota lényegesen javult. Már a második ülés után nem szédül, a továbbiak után pedig biztosan jár, rohamai teljesen megszűntek s szolgálatát kifogástalanul végezheti. Bal fülében csupán kisebb fokú zúgása van, hallása azonban lényegesen javult. Deczember elején az acumetert már majdnem 1/2 meterről hallja (azelőtt 10 cm-ről), a proc. mastoid.-ra tett órárt szintén.

A mint esetünk nál látszik, a galvanisatio a morbus Menièrei nál nem megvelendő therapeutikus eszköz s minden esetben megkísérendő. A hallóképesség javulása azonban ebben s más esetekben is, melyekről annak idején talán lesz szerencsénk beszámolhatni, azt bizonyítja, hogy a nervosus süketiségnél a galvanisatio oly szolgálatokat tesz, melyek alkalmazásának kellemetlenségeiért a beteget bőven kárpótolják.

Ha *Ladreit de Lacharriére*-rel fölveszszük, hogy esetünkben is a sympathicus bántalma volt az, mely a Menière-féle kórt előidézte, akkor tisztában vagyunk a föllépett dobüreghurttal is: nem egyéb ez, mint a hallószervben létrejött stasis eredménye, mely a még mindig fönnálló tinnitusból következtetve (*Sexton*) a stapes anchylosisára vezetett.

Donath Gyula dr. egyetemi magántanár úrnak, ki engem a beteg kezelésével megbízni szíves volt, támogatásáért őszinte köszönetemet nyilvánítom.

Irodalom: *Politzer*: Handbuch der Ohrenheilkunde. — *Schwartz* (*Gradenigo*): Handbuch der Ohrenheilkunde. — *Frankl-Hochwart*: Nothnagel's specielle Path. und Therapie. — *Sexton*: Amer. Journ. of otology II. ref. Arch. f. Ohrenh. XVII. — *Bing*: Wiener med. Wochenschr. 1898. 4. szám. — *Baginsky*: Berl. klin. Woch. 1888. 45—46. sz. — *Bethe*: Biologisches Centralblatt. XIV. 3—16. sz. — *M. Verworn*: Gleichgewicht und Otolithenorgan. Pflüger's Archiv. 1891. — *Ewald*: Untersuchungen über das Endorgan des N. octavus. Wiesbaden. Berl. klin. W. 1896. Arch. f. Physiologie. LXIII. — *Högyes*: Pflüger's Archiv. XXVI. kötet. Biologisches Centralbl. I. 1881. Orvosi Hetilap. 1880—1882. — *Goltz*: Pflüger's Archiv. III. — *Kreidl*: Pflüger's Archiv. 51. — *Jacques Loeb*: Pflüger's Archiv. 50. — *Bechterew*: Pflüger's Archiv. 29. — *Pollak*: Archiv für Physiologie. LIV.

Törvéyszéki elmekörtani casuistica.

Közl: *Moravcsik Ernő Emil* dr. egyet. tanár.

1. Tévelyodottság. Zsarolás.

D. M. 41 éves varrónő, atyja szívbajban, anyja végelegyengülésben, három testvére előtte ismeretlen betegségben halt el. Anyai nagyanyja elmebeteg volt. Ő maga gyermekkorában kanyarót állott ki, fej-sérülés nem érte. Havi baját 15 éves korában kapta meg először s azóta rendszeren jelentkezett. Négy elemi iskolai osztályt végzett s azután otthon tanult, később pedig a postamesteri tanfolyamot végezte s több postahivatalnál teljesített szolgálatot. Már 1891. óta feltűnt sajátos bizalmatlan, gyanakvó magaviselete s a vele érintkezett szavában, magaviseletében önmagára vonatkozó czélzásokat látott. Később, mivel az üldözés jeleit kezdte észrevenni, állásától megvált s mint varrónő kereste kenyerét. Anyai örökségét, a mely néhány száz forintból állott, nagybátyja kezelte s annak kamatait rendszeren megküldte neki. Midőn azután a tőke is elfogyott, nagybátyja sajátjából segélyezte. D. M. azonban az utóbbi időben nem volt megelégedve a segélyvel s indokolatlan követelő, sőt fenyegető leveleket irt nagybátyjának, a melyekben a segélyösszeg felemelését kívánta, sőt nagybátyját azzal vádolta, hogy pénzét

jogtalanul visszatartja. Midőn egy alkalommal azzal fenyegetőzött, hogy felkeresi nagybátyját „és olyan mérszárlást visz véghez, hogy hetvenedik unokája is megemlegeti”: nagybátyja feljelentést tett ellene a rendőrségnél, de egyúttal felhozta, hogy D. M. magaviseletéből arról győződött meg, hogy elméje megzavarodott.

A zsarolás miatt megindított bűnvádi eljárás folyamán D. M. elmeállapotának megfigyelése rendeltetvével, a következők voltak constatalhatók:

D. M. mérsékeltén fejlett és táplált, 155-6 cm. magas, hajzata barna, koponyája ferde. Koponyaméretei: hosszátmérő 179, harántátmérő 151, magasság 115, körzet 538 mm. A jobb arczfél a balhoz képest fejlődésében visszamaradt. Írise kék, jobb pupillája kissé tágabb mint a bal. Fogazata szabálytalan növesű. Nyelve erősen reszket. Térdreflexe baloldalt renyhe. Tengéleti szerveiben nincs eltérés.

Hangulata nyomott, könnyen elérzékenyedik. Eleinte bizalmatlan, tartózkodó magaviseletet tanusít, protestál az orvosi vizsgálat ellen s hangsúlyozza, hogy semmi baja sincs, elméje teljesen ép. Később azután közlékenyebb lesz. Elmondja, hogy 1891-ben a fővárosi postahivatalok egyikén tanult s a postamesternőnél lakott. Mint utólag hallotta, ebben az időben egy levélből 7 frt elveszett s a pénz eltulajdonításával őt gyanúsították. Bár nem vonták felelősségre, de mégis lépten-nyomon éreztették vele, hogy őt tartják bűnösnek. Feltűnt előtte az, hogy egy férfi többször megfordult a postahivatalban s mindig neki kellett azt kiszolgáltatnia. Midőn erről említést tett a postamesternőnek, az „látható kárörömmel” azt mondta: „maga azt gondolja, jó médium lenne magából”. Ezután többször tapasztalta, hogy mikor az a bizonyos férfi megjelent a postahivatalban, sajátságos kábultság vett rajta erőt. Maga a postamesternő is megjegyezte, hogy milyen rossz színben van és bandzsán néz. Azt hiszi, hogy a postamesternő már akkor tudhatta, hogy hypnotizálták. Egy éjjel arra ébredt fel, hogy valaki beszélget szobájában s mintha karját megfogná. Erre megijedt és sikoltva kifutott a szobából. A kutatásnál azonban senkit sem találtak ott. Midőn ez esetet elbeszélte a postamesternőnek, az nyugodtan azt válaszolta, hogy munkások járnak az ablak alatt, azok szavát hallhatta. Neki azonban feltűnt és gyanús volt az a nyugodtság, a mit a postamesternő tanusított. A tapasztalt jelek lassanként megerősítették azon hitében, hogy a postamesternő és a hypnotizáló férfi összejátsszanak s ellene törnek. Eszrevette, hogy állandóan megfigyelik, rosszul leragasztott leveleket adtak fel a postán, hogy azokat feltörhesse. Az emberek megváltoztak iránta, megvetően, lenézően bántak vele. Így azután vidékre kíváncsozott. Midőn ide kinevezték, egy vasúti tiszt levelében azt olvasta, hogy az idő mindent felejtet és jóra fordít. Csak később jött rá, mit jelentett ez. Folyton gyanúsították, különös megjegyzéseket hallott önmagára. Többször emlegették a 3-as és 7-es számot. A postamesternő is mondogatta: „nekem csak 3 és 7 frt kell”. Ha ennek jelentősége miatt kérdést intézett, mindig kitérő választ kapott. Ez gyanúsítás volt, célzásokat tettek rá, hogy 3 és 7 frtot lopott. Ugyan soha sem állott fegyelmi vizsgálat alatt, de azért a postaigazgatóságnál tudták a dolgot, mert „fixirozták”. A postafelügyelő egyszer azt mondta: „ha más lop, maga is lop”, „a kinek a munkája tiszta, a keze is tiszta”.

A felügyelő megdicsérte a rovincsolás után, de szavaiból mégis észrevette, hogy gyanakszik rá. Ezért 1896-ban szabadságot kért és nem is tért vissza a hivatalba. Több ügyvédhez fordult, hogy tisztázza magát, de egyik sem fogadta el ügyét, mert bűnösnek tartották. Folyton hall különféle megjegyzéseket, célzásokat, az emberek különösen néznek rá, megjegyzéseket tesznek háta mögött, csúfolják, bűnösnek tartják, elfordulnak tőle, nem köszönnek neki, sőt ha mellette elhaladnak, kiköpnek. Akaratát hipnosissal befolyásolják s ennek következtében kénytelen bizonyos gondolatokkal foglalkozni, akarata ellenére cselekedni. Időnként ingerült, indulatos, fenyegeti üldözőit, nagybátyját rosszindulattal, szándékos megrontásra irányuló törekvésekkel gyanúsítja.

Vélemény. Tekintettel a D. M.-nál észlelhető degenerációs jelekre és beidegzési zavarokra (a koponya szabálytalansága, az arcz aszimmetriája, a pupillaris differentia, nyelvreszketés, renyhe térdreflex), továbbá a már hosszabb időre visszavezethető illúziókra, hallucinációkra, befolyásoltatási, megrontási, üldöztetési téveszmékre (a postamesternő és egy férfi ellenséges befolyásoltatás, tudtán kívül hypnotizáltak, akaratát, cselekedeteit irányították, az emberek elhidegültek iránta, megvetően, lenézően bántak vele, kedvezőtlen megjegyzéseket tesznek rá, gyanúsítják, célzásképpen a 3-as és 7-es számot emlegetik, kigúnyolják, rossz híreket terjesztenek róla, kiköpnek előtte, különösen néznek rá, fixirozzák stb.), az élénk hangulatváltozásra, a bizalmatlan, gyanakvó magatartásra: megállapítható, hogy D. M. tébolyodottságban szenved s ezen elmebetegsége már a bűnvádi eselekmény elkövetésekor is fennállott. Mint közvetlen egyénnek elmeorvosi intézeti elhelyeztetése szükséges.

A kir. törvényszék a bűnvádi eljárást beszüntette.

2. Tébolyodottság, nyilvános becsületsértés.

P. H. R. 40 éves, magánzónó, öröklés által terhelt, mindig excentrikus, ingerlékeny természetű volt. Jó családból származott, gondos nevelésben részesült, tanult énekelni is. Mint a tanuk vallják, képességeit túlbecsülte s némi vagyonot örökölvén, annak kamataiból élt. Az utóbbi években különféle pénzügyi speculációk következtében vagyonát elvesztette. Havi baját 18 éves korában kapta meg először s rendetlenül jelentkezett. Ideges zavarokon kívül más nagyobb betegségben nem szenvedett. Még 1896 folyamán panaszt emelt K. és B. bankárok ellen, hogy több ízben megcsalták, a náluk vett értékpapírok után járó nyereséget nem fizették ki, tévútra vezették s ily módon nagyobb pénzügyi erejéig megkárosították. Már első kihallgatása alkalmával feltűnt sajátságos magaviselete, a midőn egyszerre hirtelen felkelt helye-

ről és szó nélkül távozott. Panaszát támogató adatokat vagy felvilágosításokat nem terjesztett elő. Mivel e mellett a vizsgáló bíró által többszörösen megkísérelt kihallgatás elől kitért, a kir. ügyészség a bűnvádi eljárás beszüntetését indítványozta. P. H. R. ezután a vádaskodó, gyanúsító, becsümlő, becsületsértő kifejezéseket tartalmazó beadványok egész sorával árasztotta el azon bírósági személyeket, a kik ügyében eljárak. Később beadványaiban azt is hangsúlyozta, hogy a kir. törvényszék több milliónyi örökségét visszatartja. Az egyikben azt mondja: „a büntető bíróságnál 12 millió gazdátlanul heverő tőke ép úgy az enyém, mint a büntető járásbíróságnál a 21 millió”. Sürgeti a nyilvános tárgyalás kifizését vagy a vagyon mielőbb való kifizetését. Nyilvános becsületsértés miatt bűnvádi eljárás indítványozása ellen, elmebeli állapotának megfigyelése rendeltetett el. A vizsgáló bíró előtt kijelentette, hogy a megfigyelésnek nem veti alá magát, később azonban hosszabb rábeszélésre az orvosi vizsgálat meg volt ejtendő.

P. H. R. gyengébben fejlett és táplált, középtermetű, hajzata barna, őszbe vegyült, homloka szűk. Koponyaméretei: hosszátmérő: 177, harántátmérő: 143-5, magassága: 108, körzet: 530 mm. Bal arczele fejlődésében visszamaradt, a bal szemrés szűkebb mint a jobb. Írise sárgás-szürke, jobb pupillája tágabb mint a bal. Térdreflexe renyhe. Fejében időnként rángások mutatkoznak. Tengéleti szerveiben nincs eltérés. Beszéd közben ajkai néha remegnek. Ingerlékeny, hangulata gyorsan változik. Nagy hangon protestál az orvosi vizsgálat ellen s nagy bőkezűséggel sorolja el panaszait, hogy a bankárok megcsalták, s midőn e miatt panaszt emelt, a törvényszék nem adott neki igazat, ki sem hallgatta. A további megfigyelés folyamán nagysági és üldöztetési téveszmék, élénk illúziók és hallucinációk derültek ki nála. Elmondja, hogy nagy éneketehetsége van s 12 év előtt szándéka volt az operához szerződni, de az akkori intendans ígérete daczára sem szerződött, mert intrika működött ellene. Midőn Kolozsváron fellépett a színpadon, előre ki volt csinálva, hogy előbb bocsássák le a függőnyt, mint sem kellene, hogy így sikerét megrontsák. Szeretett a színházba járni s ott azt tapasztalta, hogy a színészek integettek felé, neki játszottak s jeleket adtak, így pl. bizonyos szavak kiejtése közben virágot ejtettek le a földre, a mi azt jelentette, hogy mielőtt az operához jutna, férjhez kell mennie. Egyszer egy színész az ő vizsgáló bírájának maskájában jelen meg s egy szegfűt tépett szét, a mi azt jelentette, hogy szerelmi multját tette tönkre. Különböleg egyéneket szerepeltetett előtte bírökként. Az utczán X. törvényszéki bíróval találkozáván, látta, hogy annak gomblyukában fehér és vörös szegfűje van. Azonnal tudta, hogy ez jel számára és pedig a vörös szegfű a büntető törvényszéket, a fehér a járásbíróságot jelentette. A bíró arra akart célozni, hogy mind a két bírósággal dolga lesz, mert ott van elhelyezve nagy öröksége. Már előbb is hallotta beszélni, hogy a Koháry és Baldaes bárók vagyona rá szállt örökségképen. Az örökség ügyében többször fordult már a bírósághoz, de elutasították. Virágnyelven szintén tudomására adták, hogy sok milliója van. Azt is észrevette, hogy a detektívek minduntalan nyomában járnak, figyelik, különféle megjegyzéseket tesznek rá, híreket terjesztenek róla. A bíróságot üldözőinek, megrontóinak tekinti s a legválogatottabb szitkokat szórja rájuk. Dicsőkedve említi fel, hány bíró ellen emelt már panaszt. Tudja, hogy a ministeriumok is foglalkoznak vele és sokat ártottak neki. Vagyonát minden áron el akarták tenni láb alól, de nem hagyja magát. Itélő, következtető műveleteit illúziók, hallucinációk, téveszmék, emlékezetbeli csalódások hamisítják meg. Hely- és időbeli viszonyokat, személyeket sokszorosan összetéveszt. Gondolatmenete sokszor fegyelmezetlen.

Vélemény. P. H. R. öröklés által terhelt, mindig excentrikus, ingerlékeny természetű nő volt, a kinél degenerációs jelek s egyes innervationalis zavarok is észlelhetők. Ezen adatok mellett a bírósághoz intézett nagyrészt zavart, gyanúsító, vádaskodó, becsümlő, kíméletlen beadványai, a kihallgatása alkalmával tanusított fegyelmezetlen magaviselete s az ezek által is demonstrált itéletbeli megfoghatatlansága, a helyes önkritika gyakorlására való képtelenség, a gondolkodását befolyásoló, cselekedéseit irányító élénk illúziók, hallucinációk, nagysági, megrontási és üldöztetési téveszmék megállapíthatóvá teszik, hogy tébolyodottságban szenved. Mint gyógyíthatatlan és közveszélyes egyénnek elmeorvosi intézeti elhelyeztetése szükséges.

A kir. törvényszék a büntető törvény 76. §-a értelmében a további bűnvádi eljárást beszüntette.

T Á R C Z A.

Bunsen Róbert W. emlékezete.¹

A lefolyt század legkiválóbb tudósainak egyikéről, W. R. Bunsenről, Akademiánk külső tagjáról, feladatam e helyen megemlékezni. E feladatra az Akademia megtsztlő megbízását örömmel fogadtam el, nemcsak azért, mert az elhunytban szaktudományom nagymesterének emlékét van alkalom feleleveníteni, hanem azért is, hogy mint egykori tanítványa irántam tanusított jószágáért őszintén érzett hálámat némileg leróhassam. Ezzel annyival is inkább tartozom emlékének, mert életében folyton személyes barátságára méltatott, melynek őszinte bensőségét, éltető melegét főképen azon tagtársaim tudják kellőleg méltá-nyolni, kiknek, mint nekem, alkalmuk volt a nagy elhunytal való közvetlen szellemi érintkezés varázsát élvezni.

¹ Olvastatott a M. Tud. Akad. 1901 március 26-dikán tartott összes ülésén.

Bunsen korunknak egyik legnagyobb gondolkodója, a kísérletezésnek, az éles megfigyelésnek legnagyobb mestere volt. Mint bűvár, mint tudós, mint tanító és mint ember egyike a legkiválóbb és legeredetibb egyéniségeknek mindazok közt, a kiket személyesen ismertem, vagy a kiktől más úton közelebbi tudomást szerezhettem. E nagy minőségek benne mind oly mértékben voltak harmonikusan párosulva, hogy igen nehéz eldönteni, melyik volt azok közül egyéniségében a kiemelkedőbb. A következőkben megkísérlem nagy alakjának képét e szempontokból vázolni.

Külső életét röviden a következőkben emelem ki. Bunsen 1811. márczius 21-dikén született Göttingenben, hol atyja a modern philologia professora és az egyetemi könyvtár igazgatója volt. Középiskolai tanulmányainak bevégeztével 1828-ban a göttingeni egyetemen physikát, chemiát, ásványtant és matematikát hallgatott és 1830-ban „Enumeratio ac descriptio hygrometrorum” című dissertatioja alapján bölcsezdoktorrá promoveáltattott. Tanulmányainak utolsó évében egy egyetemi pályakérdést sikerrel oldott meg és ennek alapján utazási ösztöndíjat kapott, mely lehetővé tette, hogy két éven át 1832–34-ig nagyobb európai utazást végezhetett. Jellemző Bunsen felfogására, hogy ösztöndíjas utazását nem annyira előadások hallgatására, mint inkább a természet és a gyakorlat terén való szemlélet szerzésére használta fel. Utazása közben Berlinben a Rose testvérekkel és Mitscherlichkel, Giessenben Liebiggel és Wöhlerrel ismerkedett meg; Párisban Pelouze, Reiset, Regnault, Gay-Lussac és Despretz társaságában töltötte idejének nagyobb részét. Azután Svájcban és Tirolon át, jobbára gyalogszerrel, Bécsbe jött, hol főképen a chemiai ipari gyárakat tanulmányozta. Szászországban pedig a fémkohászati intézményeket ismerte meg. Ezután visszatért szülővárosába, hol 1834-ben a chemia magántanárává képesítették, 1835-ben pedig Strohmeyer egykori tanárának halála után őt helyettesítette. 1836-ban Wöhler helyébe hívták meg a casseli ipariskolába a chemia tanárának, a mi, mint később több ízben kijelentette, igen meglepő volt, mert ilyen sikert alig mert remélni. Három év múlva, 1839-ben, a marburgi egyetemre, innét 1851-ben Breslauba hívták meg, honnan egy évi működés után, 1852-ben, Gmelin halála után a heidelbergi egyetem chemiai tanszékét foglalta el. Itt a töle létesített önálló chemiai intézetben egész 1889-ig működött. Ez évben nyugalmába vonult, de kedvelt Heidelbergjében a Bunsen-Strasse-ban élte le életének hátralévő éveit, míg nem 1899. évi augusztus 16-dikán tevékeny és sikeresen gazdag pályafutásának a halál vetett véget. E különféle állásokban teljes 56 éven át szakadatlanul és a legnagyobb buzgósággal működött a chemia előbbrevitelében, oly szigorú irányban és oly fényes sikerrel, mely a XIX-dik században a chemiai tudomány bűvárai közt nevének kétségtelenül a legelső helyet biztosította.

Rendkívül számos és sokoldalú bűvárkódásait, melyek mind marandó értékűek, a conceptio nagysága és eredetisége, mennyiségi szabotosság, a biztonság és egyszerűség jellemzik. E helyen, a dolog természeténél fogva, csak a legfontosabbak vázlatos érintésére szorítkozhatom. Első közérdekű fiatalkori dolgozatában fedezte fel (1834.), hogy az arsenitrioxiddal történt mérgezésnek legbiztosabb ellenszere a frissen lecsapott ferrihydroxyd. A kaliumacetat és arsenitrioxyd destillatiojokor képződő Cadet-féle folyadék remek vizsgálatát „Untersuchungen über die Kakodylreihe” címen 1837–42-ig végezte. Ebben csodálatos szabotossággal bebizonyította, hogy a kérdéses folyadék főalkatrésze a töle kakodylnak — manapság arsenidimethylnek ($(CH_3)_2As$ — nevezett összetett gyök oxydja. Bebizonyította, hogy a gyök, miként az elemi gyökök, minőségének megmaradásával a vegyületek egész sorozatába átvihető, melyeknek jellemét e gyök sajátosságai szabják meg. E gyöknek fontosabb vegyületeit, sőt magát a gyököt is előállította. Mindezen testek physikai és chemiai sajátosságait oly szabotossággal állapította meg, hogy csupán ez okból is e dolgozat a szénvegyületek vizsgálati módjának mindenkor remek mintájául szolgálhat. Eredménye rendkívül fontos volt az összetett gyök fogalmának megszilárdítására. Ez eredmények fontosak voltak azért is, mert azt bizonyították, hogy az arsen a szénvegyületek alkatrésze lehet. E vizsgálatok eredménye és értékezésében tett észrevételei ösztönözték tanítványát, Franklandot a fémek alkylvegyületeinek tanulmányozására és felfedezésére. Frankland e vizsgálatai alapján jutott el a vegyérték (valentia) fogalmára, melyet először ő formulázott szabotosan. Később általánosította e fogalmat és ismeretes, hogy mily nagy befolyást gyakorolt a vegyérték fogalmának alkalmazása az organikus vegyületek szerkezetének megállapítására, rendszerezésére, valamint általában az organikus chemia rohamos fejlődésére. Mindennek kiinduló pontja volt a kakodyl-vegyületek alapos vizsgálata, úgy hogy Bunsen e korszakos kutatásaival az organikus chemia legelső kezdeményezői között méltó és kiváló helyet foglal el.

E közben 1838-ban vizsgálata tárgyává tette a vasolvastó kemencében történő folyamatot és a kemence gázainak analysisével megállapította, hogy a német kemenczékben a tüzelőszer égéshőjének fele, az angol kemenczékben annak mintegy 81.5%-a veszendőbe megy. Egyszersmind kijelölte azt a módot, mely szerint ez óriási hővesztiséget a vasolvastás céljaira értékesíteni lehet. Noha ez eljárás csak lassacskán jutott a gyakorlatban érvényre, könnyen belátható annak megbecsülhetetlen értéke a kohászatban.

Marburgi tanársága idejében, 1846-ban, két collegájával, Sartorius von Waltershausennal és Bergmannnal, továbbá Des-Clouseaux társaságában vállalkozott az Island szigetére tervezett északi tudományos expedícióra. A természeti viszonyainál fogva igen érdekes, de nagyon zordon éghajlatú szigeten, tudományos lelkesedéstől áthatva, minduntalan szakadó esőben, kimondhatatlan nélkülözések és fáradozások közt négy hónapot töltött a kietlen vidéken, olyan időben, mikor ott a rüh- és kanyaró-

járvány még veszélyesebbé tette a tartózkodást. Végre gyalog eljutottak a Heklához, melynek környékén 10 napot, a híres geysirek közelében pedig nyolcz napot töltöttek. Bunsen több mint száz üvegszöbe forrasztott gázpróbával és igen nagyszámú gondosan összegyűjtött közzettel tért vissza Marburgba, hol e nagy tudományos anyag feldolgozása több évi munkásságát vette igénybe. E vizsgálatának eredményét négy dolgozatban tette közzé, melyek fényes tanúságot tettek geognostikai nagy tehetségéről. Ezekben, a kőzetek egész sorozatainak nagyszámú és pontos analysise alapján, szellemes módon fejt ki a plutonikus jelenségek elméletét. Noha manapság a geologusok nézete e kérdésekben meg is változott, Bunsen e mintaszerű bűvárkódásainak maradó és fontos befolyása volt a geológiára és pedig nem csak azért, mert az eruptiv kőzetek chemiai összetételét állapította meg, hanem mert azóta ismerték fel, hogy a kőzetek chemiai összetételének kiderítése a geológiai kérdések megoldásában fontos és úgyszólván nélkülözhetetlen.

Az Islandra vonatkozó bűvárlatainak eredményei közül legismertesebb a geysir-tümeménynek magyarázata. Bunsen szerint a geysirekben a jelentékeny mélységig leható vízoszlop alsóbb rétegei, a föld vulkanikus melegétől, nagynyomású vízgőz beáramlása által, 100°-nál jóval magasabb hőmérsékletre melegsenek fel. Az egyes vízrétegek hőmérséketei Bunsen mérései szerint a kitörés előtt valamivel alacsonyabbak, mint a reájuk nehezedő vízoszlop nyomásának megfelelő forráspont; mikor azonban a beáramló gőz az alsó vízrétegeket annyira felmelegítette, hogy a gőz már nem sűrűsödik vízzé, akkor a fölötté álló egész vízoszlop felső rétegeit a töleseralakú kráterbe tolja. Ekként a vízoszlop egyes rétegeiben a nyomás annyira megeszkken, hogy hőmérsékükkel fogva rögtön felforrnak és az így keletkezett gőz feszítő ereje a fölötté álló víztömeget sok gőz kíséretében explosioszerűen kilöki. A kidobott víztömegek a forrás következtében gyorsan 100°-ra hűlve a kráterbe, majd onnét a mélységbe visszazuhannak. Ez aránylag lehűlt vízzel most a folyamat újra kezdődik és néhány óra múlva a kitörés ismétlődik.

Kiváló fontosságúnak Bunsen kutatásai az elektrochemia terén. Már Marburgban való tanárkodása idejében, 1841-ben, szerkesztette a zink- és szénből álló híres Bunsen-elemet, mely az elektromos áram gazdaságos termelésében korszakot jelez. A Bunsen-féle batteria évtizedeken át úgyszólván egyetlen gyakorlati forrása volt az erősebb galván-áramoknak a tudományos, sőt korlátozott mértékben az ipari alkalmazásban is. E galván-elemek egyik lényeges kelléke volt a szénhengerek oly előkészítése, hogy azok a tömény salétromsavban szét ne porlódjának. Bunsen ezt kísérletezés alapján úgy érte el, hogy a szénhengereket hevesen izzította ki. Ugyanez eljárást követik lényegében véve ma is az ivfény világításhoz szükséges szénpálcák gyártásánál. Bunsen e batteriájával meghatározta a víz és a zink elektrochemiai aequivalensét, melyvel igazolta az elektrolysis Faraday-féle törvényeinek helyességét; egyszersmind olyan durranógáz voltametert is szerkesztett, melyben a régebbi hasonló eszközök hibái ki voltak küszöbölve. Elemeiből 44-et galvanteleppé összekapcsolva olyan ivfényt állított elő, mely 1171.3 gyertyaláng erősségének felel meg, óránként egy font zink felhasználásával. E kísérletei alapján már 1843-ban kimondotta, hogy az elektromos áramot világításra lehet alkalmazni és ő jelölte ki azt az utat, melyen az ivfényvilágítás, a mostani dinamogépek felhasználásával, oly nagy sikereit elérte. Batteriájának kiváló jelentősége volt a szoros értelemben vett elektrochemiában is, mely napjainkban oly nagyszámúvá vált. A fémvegyületek elektrolysisének feltételeit alaposan tanulmányozva, Bunsennek sikerült a megolvastott magnesiumpulver elektrolysis útján a fém-magnesiumot előállítani (1852.). Gondosan meghatározta annak physikai és chemiai sajátosságait. E vizsgálatoknak köszönjük a magnesium-fémnek alkalmazását világításra, jeladásokra, a photographálásban és a pyrotechnicában. Már ez időtájt alkalmazták Bunsen ajánlatára. Kolbe marburgi utódja és Frankland a Bunsen-féle batteriát a szénvegyületek, nevezetesen a zsírsavak oldatainak elektrolysisára, mely kutatások eredménye új világot vetett az organikus vegyületek szerkezetének kiderítésére. Bunsen később a mangant és chromot választotta el chloridjaik tömény oldatának elektrolysis útján; azután Matthiessen közreműködésével a magnesium előállításánál követett eljárások csekély módosításával a lithiumot és a lúgos földek fémait (Ca, Sr, Ba) állították elő a Bunsentől kezdeményezett alapon. Az elektrochemia naponként nagyobb tért foglal, pl. a chlor, a sziksó, a carbid stb. gyártásában.

Than Károly tanár.

(Folytatása következik.)

Párisi levél.

1901. márczius 20.

(A párisi klinikák nézete a diaphanoscopiáról, a Caldwell-Luc-féle műtétről.)

Tekintettel arra, hogy egy levelemben még csak nemrég fejtettem ki ama nézeteket, a melyek Berlinben a melléküregek átvilágításának kórismeit értékére vonatkoznak, nem lesz, úgy vélem, érdektelen, ha jelenleg e kérdésben a franczia professorok álláspontját is röviden ismertetem. Teszem ezt pedig annyival szívesebben, miután az én csekély tapasztalataim után alkotott nézetem az övékével még inkább megegyezik.

A homloküregre nézve a francziák nézete miben sem különbözik a németekétől, azonban a maxillaris üreg átvilágítását minden általam látogatott klinikán sokkal nagyobb becsben tartják.

Idézem Luc professor mondását, mint a mely e tárgyban a francia felfogásnak legtisztább képét nyújtja.

„Nous disposons heureusement aujourd'hui, depuis la memorable communication d'Heryng (de Varsovie), au congrès de Paris en 1899, d'un nouveau moyen de diagnostic, qui, joint aux résultats de l'examen rhinoscopique, donne une solution équivalente presque à une certitude.“ (Leçons sur les suppurations des cavités accessoires etc. 1900.)

Azon német orvosok ellenében pedig, a kik, mint Bagirsky professor is, a diaphanoscopot semmire nem becsülik, Luc professor Wilkens szavait idézi, hogy a mint a percussio és auscultatio sem nyújt minden esetben absolute biztosságot a belbajok diagnózisában, úgy a diaphanoscopot sem tarthatjuk azért elvetendőnek, mert esetleg itt is tévedhetünk.

Megjegyzendő, hogy az átvilágításnál nagyon gondosan kell eljárunk és a mellett nem szabad csupán a Heryng methodusával, mint olyannal megelégednünk, hanem a Vohsen-Davidson, Garel-Burger és Robertson-féle tünetnyelvekre is ki kell terjeszteni figyelmünket.

A Vohsen-Davidson-féle tünetnél Luc igen practikusán jár el, a mennyiben az átvilágítást megelőzőleg az egyén arcát a szem és száj kivételével alarczczal fedi be, hogy a szomszédságban levő részletek a pupilla fényeffectusát ne zavarhassák.

Magának az átvilágításra szolgáló műszernek egy czélszerű javítását láttam Gouguenheim klinikáján. Az elektromos lámpa ugyanis egy kis fémkanálkában fekszik, a mely míg egyrészt a maxillaris üregek alatt levő területekre a fény sugarat nem bocsátja, másrészt a világosság intenzitását is jelentékenyen növeli. Minden esetben inkább megfelel céljának, mint a berlini Fränkel-klinikán a lámpa alá helyezett elefántcsont-lemez.

A napokban szerencsém volt egy oly műtétnél segédkezni, hol Luc professor a saját, avagy helyesebben az ő és Caldwell nevéhez fűződő methodus szerint végezte a maxillaris üreg műtévesét.

Mint ismeretes, e methodust W. Caldwell 1893-ban végezte első ízben, de sem utánzókra nem akadt, sem közleménye nagyobb figyelmet nem keltett, mígnem 1897-ben Caldwelltől egészen függetlenül Luc professor e methodust újból fel nem találta és utána a francziák által fel nem karoltatott.

Luc professor mind e mai napig körülbelül negyven és egy-néhány esetben állítása szerint igen kitűnő eredményeket ért el e műtét segélyével, miután a betegek elenyésző kivétellel teljesen meggyógyultak.

Mindehhez hozzá kell tennem, hogy Berlinben létem alatt e műtévesi mód soha szóba nem került és magok a Luc professort követő klinikák sem nyilatkoznak olyan nagy elragadtatással az elért eredményekről, mint maga a szerző, bár tagadhatlan, hogy némi előnyeiket kétségre vonni nem lehet.

Pár szóban úgy lehetne kifejezni e műtéti mód sajátosságát, hogy az a Krause- és Küster-féle műtétek egyesítése, azzal a főkülönbséggel, hogy a Highmor-üreg medialis falának az áttörése nem az orron, hanem a szélesen megnyitott fossa caninán át történik.

A műtét természetesen megkívánja a chloroform-narkosist, miután eltekintve fájdalmas voltától, körülbelül háromnegyed órai időt vesz igénybe.

Az eljárás röviden a következő:

Miután Luc professor véső segélyével a fossa caninán egy körülbelül másfél korona nagyságú nyílást készítet, az üreg megbetegedett nyálkahártyáját kikaparja. Végezi pedig ezt az általa konstruált éles kanallal, a melyek egyikével, a nyelvvel derékszögben álló kanállal, az üreg elülső, meghagyott falának a nyálkahártyáját is könnyen el lehet távolítani. Ennek végeztével a vérzést, mint az a Gouguenheim és Lermoyez klinikákon is divatban van, oxygenes vízbe mártott gaze-tamponnal csillapítja és azután a készített nagy nyíláson keresztül véső, majd bistouri és pincette segélyével az alsó orrkagyló elülső részével együtt a Highmor-üreg belső falának egy nagy részét eltávolítja.

Miután e művelet alatt az orrsövény könnyen megsérülhet, a fal áttörése előtt a megfelelő oldali orrüreg kitamponálása válik szükségessé. A műtét utolsó részlete ezek után a Highmor-üregnek jodoform-gaze-zel való kitamponálásából és a fossa canina nyílása felett a nyálkahártyának catguttal való bevarrásából áll.

A tampon öt nap leteltével eltávolíttatik és az utókezelés az orrüregeken keresztül bőr- vagy oxgyenvíz-kimosásokkal történik.

A gyógyulásról akkor szólhatunk, ha már az öt-hat napi időközben végezett mosásoknál is teljesen tisztán kerül ki a folyadék az üregből és e mellett átvilágítás alkalmával a megfelelő oldali pupilla fénye is újból előállott.

Sok esetben, dacára a határozott gyógyulásnak, azaz úgy orrfűvás, mint kimosások alkalmával a geny teljes hiányának, a pupilla átvilágításnál még hosszú ideig sötét marad, még pedig az üregben képződött vastag hegszövet következtében. Hovatovább azonban ez is annyira meggyökonyodik, hogy a diaphanoscop sem mutat semmi eltérést a két oldal között. És ha ezek után egy kis kritikát gyakorolunk e methodus felett, a legelső előnye, mi rögtön szembe tűnik, hogy az üreg bensejének áttekintése és kitisztítása dacára a Highmor-üreg nem marad összeköttetésben a szájüreggel, mi a hosszan tartó utókezelésben a beteg sorsát végtelenül megkönnyíti.

Teljesen igaz van Luc professornak, ha azzal is érvel, hogy a beteg nem kénytelen napokig jodoform-sauce-szal kevert ételekkel táplálkozni. Utólag sem kénytelen az üreg és a prothesisek tisztántartásával bajlódni.

Az is figyelembe veendő, hogy az utókezelés csaknem egy a

Krause-féle eljárással, a mely pedig, mint már egy ízben kifejtettem, igen szép eredményekkel dicsekedhetik.

Hátrányul viszont azt lehetne betudni, hogy az orrüregben meglehetősen nagy pusztításokat okoz és esetleg a szünni nem akaró genyedés a rostacsontsejtekre is áttérjedhet.

Egy további szerény nézetem, hogy a könnyű és közepes fokú empyemáknál a Krause módszere a czélszerűbb, annyival is inkább, mert véletlen sikertelenség esetében a Caldwell-Luc-féle műtét az orrüregben már fennálló nyílás folytán lényegesen meg van könnyítve.

Tóvölgyi Elemér dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A syphilis gyógytanának haladása.

Közl: Sellei József dr., v. egyetemi tanársegéd a bőrkórtani klinikán.

Irodalom. Higanypraeparatmok. L. Levi: Die Autotherapie der Syphilis und die Immunisation gegen das syphilitische Virus. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. 1899. I. f. — W. M. Tarnowsky und S. Jakowlew: Die Luesbehandlung mit dem Serum mercurialisirter Thiere. — C. Vítner: Beitrag zum Studium der Serotherapie bei der Syphilis. Dissertation. Bucarest. — S. Korbel: Behandlung der Syphilis mit 5%-igen Sublimatlösungen nach Lukasiewicz. Wiener klin. Rundschau. 1899. 30. sz. — A. Blaschko: Eine neue Methode der Quecksilbertherapie. Berl. klin. Wochenschr. 1899. 46. sz. — Castan-Beziere: A syphilis gyógykezelése oleum biiodatummal. Indépendance méd. 1899. 48. sz. — Wolfsohn: Über die Behandlung der Syphilis nach der Welanderschen Methode. Wratsh. 1899. 47-48. sz. — Mibelli: Zur hypodermalen Syphilisbehandlung. La terapia clinica. (Ref.) 1899. — Lalande és Philippe: Comptes Rendus. 1898. 10. sz. — Silberstein: Das Unguentum hydrargyri cinereum immerlich gegen Syphilis. Hamburg. — Wewirowsky: Die Serumbehandlung der Syphilis. Brit. med. Journ. (Ref.) 1899. 14. okt. — Scarenzio: Die Absorption des Kalomels bei intramuskulären Injektionen, einige besondere Indicationen derselben. La clinica moderna. 1899. 2. sz. — Jordan: Über Syphilisbehandlung mit Merkur. Moskau. — Ahman: Die Behandlung der Syphilis mit Merkur. Hygieia. Stockholm. — Lalande: Helisin. Verhandl. der Mosk. ärztlichen Gesellsch. Monatshefte f. pract. Derm. XXXI. — Werler: Hydrargyrum colloidal. — Siebert: Über Syphilis infantilis und die Behandlung nach Weland. Verhandlungen der 71. Versammlung Deutscher Ärzte. — Barlow: Ugyanott. — Weland: Einige Worte über die Mercolinschürze. Neumann-féle jubilaris emlékkönyvben. 1900. — P. I. Ermakow: A Pirogoff-féle congressus jegyzőkönyve. Archiv für Derm. u. S. 1900. — Ahman: Bemerkungen zu Jordan's Aufsatz etc. Archiv für Derm. u. Syph. 1900. (Továbbá a szöveg között felvett irodalom.)

Jodpraeparatmok. Blum: Die Jodpraeparate bei der Behandlung der Syphilis. Brit. med. Journ. (Ref.) 1899. szept. 2. — W. Sommerfeld: Über ein neues Jodeiweißpräparat (Jodolen Laquer) und seine therapeutische Verwendung. Königsberg. i. Pr. — Klingmüller: Über Jodipin. Deutsche med. W. 1900. 26. — Fischer: Jodipin etc. Arch. f. Derm. u. Syph. 1900. julius. — Kindler-Moabit: Jodipin und seine therapeutische Verwendbarkeit. Fortschr. d. Med. 1899. 46. sz. — Solari: Behandlung der syphilitischen Kopfschmerzen mit Jodkaliumklystieren. (Ref.) Indépend. méd. 1899. 23. sz. — O. Burkhart: Erfahrungen über die innerliche Anwendung des Jodipins bei Lues. Deutsche Medizinal-Zeitung. 1899. 65. sz. — W. Fischer és A. Bedies: Die therapeutische Verwendung der Jodeiweißverbindungen (Eigon). Allg. Medizinal-Zeitung. 1898. (Továbbá a szöveg között felvett irodalom.)

A syphilis gyógykezelésének hosszú tartama miatt is fontos mindama újabb, de nem ephemer becsű gyógyszerek és methodusok alkalmazásának ismerete, melyekkel a baj sikeres és talán végleges gyógyítását elérhetjük. Szükséges ez már azért is, mivel sokszor nemcsak a beteg egyénisége, hanem a külső viszonyok szerint is kell egyik vagy másik antiluetikus gyógyszereljárásunkat választanunk, de a gyakran kiújuló betegség is hol egy erősebb, hol pedig egy gyengébben ható antiluetikus szer alkalmazását teszi indicálttá s gyógyszert és methodust a betegség különböző stadiumai szerint felváltva kell alkalmaznunk. A syphilis gyógytanában ma már majdnem mindenütt elfogadott elvként szerepel ama tétel, hogy a syphilis minél korábban és első idejében minél erősebben és kitartóbban higanyval kezelendő (akár bedörzsölések, akár injectiók alakjában), a bántalom további lefolyásában más-más antiluetikus gyógyszerek és methodusok haszonnal lesznek alkalmazhatók.

Az alantikban tehát rövid áttekintését fogjuk adni az újabb antiluetikus gyógyszereknek és methodusoknak.

E sorok is főképen a higany-nak és jód-nak újabb készítményeire és azok alkalmazására vonatkoznak.

Higany-praeparatmok.

Hydrargyrum colloidal (Hyrgol). E szert Werler ajánlotta. Szerinte a 10%-os unguentum hydrargyri colloidal, bedörzsölésre volna alkalmas, ugyanannak a szernek 1-2%-os oldata pedig subcutan injectiókra. Ajánlja továbbá a szert 1 cgm.-os pilulákban belső használatra, 1 grammos tablettákban fürdőkre, tapasz alakjában pedig helyi alkalmazásra.

A hyrgol (hydrargyrum colloidal) hasznavehetőségéről a syphilis therapiájában F. E. Hopf referál, de azzal semmiképen megelégedve nincsen. 22 esetben használta a Lattermoser-féle higanyt. 15 esetet maga a szerző észlelt, 7 esetet Schlossmann engedett át. Vizsgálódásainak eredményét a szerző a következőkben vonja össze:

I. A hyrgolnak nincs semmi különös előnye therapiiai szempontból a régiebb, nehezen oldható higanyokkal szemben.

II. A subcutan alkalmazásnál a hyrgol vízben való oldatát nagyon óvatosan kell használni, mivel esetleg mérgezést és az injectio helyén nagy fájdalmakat okozhat; physiologikus hatása sincsen még kellőképen tanulmányozva.

III. A hyrgol legfeljebb csak pilula alakban ajánlható.

Falk (Deutsche med. Wochenschr. 1899.) a hyrgolt nem ajánlja. Deutsch és Reiner (Kaposi-féle jubilaris munkában) úgy injectiora, mint

bedörzsölésre a hyrgolt alkalmatlannak tartják. Az anyag különben nagyon drága, a mi szintén nagy hátrány, hogy még a szerintük különben elég jól ható empl. hydr. colloid. is a gyakorlatban elterjedjen.

Haemolum hydrargyro-jodatum. E szert először Rille ajánlotta. Krzysztaloricz, ki több esetben belsőleg alkalmazta, a belrendszer részéről sok kellemetlen tünetet látott; azon véleményen van, hogy a haemolum hydrargyro-jodatum hatása a syphilis tünetekre nem kisebb, mint a többi használatos praeparatumé, melyeket belsőleg használnak; de viszont a vele járó mellékhatások miatt nem felel meg feladatának.

Kisebb adagokban lehetne használni, de akkor csak csekély előnnyel.

A vérszegénységre való állítólagos jó hatását sem volt képes eseteiben észlelni, mert a vérszegény betegek nem tűrték, a jól táplált és nem anaemikus betegek pedig nem szorultak ezen kezelésre. Ezzel ellenkezőleg *Ermakow* jó hatást látott e szertől, a mennyiben a luetikus tünetek (roseolák 8—10, papulák 10—15 injectiora) elmúlásával a vörös vérszettek megszorodnak, és a megapadt haemoglobin ismét megszorodik. (Természetesen haemolum hydrargyro-jodatum nélkül is hasonló észlelhettünk a luetikus tünetek elmúlásakor).

Jordan (St. Petersburgi med. Wochenschr. 1898) csak enyhe syphilis esetekben látott e szertől jó hatást, pilula alakjában rendelte.

Görner sapulentum hydrargyri név alatt egy szintelen higanykenőcsöt készített. A vele tett kísérletek azonban még nem nagy számúak, s így ez idő szerint még nem ajánlhatjuk. *Unna* (Monatshfte f. prakt. Derm. XXVI.) bedörzsölésekre szintén *higanykenőcs-zappant* ajánl, mely szerinte ép oly energikusan hat, mint az ung. hydrarg.

A syphilis gyógytanában határozott haladást jelent a *Welander-féle methodus*. Már körülbelül 20 év előtt *Merget* higanykenőccsel impregnált flanel viselését ajánlotta syphilisben szenvedő betegeinek bedörzsölési kúra helyett; de ez eljárás nem sok követőre talált. A higany a bőrre kenve *Welander* szerint akként fejti ki hatását, hogy a test melege folytán fejlődött higanygőzöket a beteg belégyi, s ezek szerint a bedörzsölési kúra tulajdonképpen belégyési kúra; mindezek arra vezették *Welander*-t, hogy higanykenőcsöt — *Merget* eljárásához hasonlóan — flaneldarabra kenetett fel, s a higanyval ekként impregnált flanelt a beteg éjjel-nappal mellére erősítve hordta. Mivel azonban a higany-kenőcs piszkít és a verejtékkel egyesülve ragadós masszát képez, *Ahman* a higany-kenőcs helyett higanyport, *mercuriol* alkalmazott.

Ahman szerint ugyanis a *Welander*-methodus hátránya abban áll, hogy a higanykenőccsel bekenett bőrt a bőr párolgását gátolja és az izzadságot magába szívja. Ezt elkerülendő, a *Blomquist* által előállított *mercuriol* ajánlja, mely higanyamalgam, szürke, könnyű por és 40% higanyt tartalmaz; ha a *mercuriol* a levegő és nedvesség hatásának ki van téve, úgyszintén, ha a mellen hordatik, az amalgamált fémek lassan oxydálódnak, a higany felszabadul és elpárolog. A *mercuriol* első héten naponként, később minden második nap 5 gm.-nyi mennyiséget egy kis flanelzacskóba tesznek, mit a betegek a bőrön állandóan hordoznak. Ezen methodusnál *Ahman* szerint ugyanannyi, sőt több higany resorbeálódik, mint a bedörzsölésnél, sőt a *mercuriol*-zacskó által fedett részekben a luetikus roseolák gyorsabban mulnak el. A *mercuriol* továbbá a bőrt nem izgatja.

A *mercuriol*al *Jordan* a moszkvai városi kórházban 16 egyént kezelt, de az elért eredménnyel nem igen volt megelégedve, mert, habár 14 esetben a luetikus symptomák visszafejlődése meg is indult, úgy a hatás csak sokára és nem elég intenzíven állott be, miért is szükséges volt egyéb erősebb antiluetikus eljárásokhoz fordulni.

A vizeletet higanytartalmára nézve is megvizsgálta, miből azon eredményre jutott, hogy a kezeléssel elért hatás kisebbfokú és kevésbé tartós, mint a bedörzsölési vagy befecskendezési kúra. Ezzel szemben *Ahman* újra a *mercuriol* erőlyes antiluetikus hatását dicséri, a mennyiben a Hg (30—40 napi *mercuriol* alkalmazás után) a vizeletben ép oly nagy mennyiségben mutatható ki, mint a bedörzsölési kúra után.

Schuster szerint is a *Welander*-féle gyógykezelési methodusnál csak kis mennyiségű higany szívódik fel. De megcáfolja őt maga *Welander*, a ki oly eseteket közöl, a midőn a higanyt az ő methodusa szerint kezelt betegeknek még néhány hét múlva is a vizeletben ki tudta mutatni.

Stern a *Welander*-féle eljárást körülbelül 100 betegnél alkalmazta és attól jó hatást látott, a mennyiben úgy a friss, mint a sokáig fennálló késői luetikus tünetek igen gyorsan elmúltak.

Wolfsohn a bécsi Lang-féle klinikán 66 beteget kezelt *Welander* methodusa szerint és ennek therapiái hatásával meg volt elégedve, a maculák exanthemák 17, s a papulák exanthemák 23 nap múlva tűntek el. Nedvedző papulák s más csökönyös tünetek 30 nap után multak el. Kellemetlen mellékünet, mint pl. stomatitis 10-szer, s diarrhoea 3-szor fordult elő.

Siebert a *Welander*-féle methodust főleg hereditær luesnél alkalmazta jó eredménnyel. *Barlow* ezzel ellenkezőleg a *Welander*-féle eljárással nem bírt therapeutikus sikereket elérni. *Lapowsky* (New-York med. Journ. 1899) dicséri a *Welander*-féle eljárást.

Nálunk *Havas* és *Frischmann* osztályán próbálták ki a *Welander*-féle methodust (l. közközházi orvostársulat és orvosegyesület évkönyveit 1900). Ugyeztetés nálunk *Egger* gyógyszerész egy általa *pulvis cinereus*-nak elnevezett, az *Ahman* utasítása szerint *Blomquist* által készített sokban hasonló higanyport hozott forgalomba, mely a *Welander*-féle methodusra alkalmas. A *pulvis cinereus*sal végzett kísérletekről *Roth A.* referált (l. Gyógyászat).

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Győry Tibor dr.: Magyarország orvosi bibliographiája. Kiadta a Magyar orvosi könyvkiadó társulat. 1900.

E könyv megjelenése által egy hatalmas munka lát napvilágot, mely nemcsak magyar orvostörténelmi, hanem culturhistoriai szempontból is nagy jelentőségű, s mely úgy a magyar, mint a külföldi bűvárok orvosi irodalmi dolgozását egyaránt tetemesen megkönnyíti.

Ez az első bibliographia medica Hungariae s ezért tényleg hézagot pótló mű. Egyéb szempontokból összeállított könyveink vannak, de az önálló könyvalakban 1472 óta megjelent orvosi munkáink teljes-ségükben eddig még nem gyűjtötték össze s ezért hálával tartozik minden magyar a budapesti magy. kir. tud. egyetem orvoskari tanártestületének, mely *Högyes Endre* tanár indítványára elhatározta, hogy az orvosi hungaricumok czédula-katalogusát elkészíteti, és elismeréssel tartozik minden honfű a magyar orvosi könyvkiadó társulatnak és a magyar tud. Akademiának, melyek a költséges munka megjelenését lehetővé tették. De első sorban kell, hogy köszönettel adózzék minden orvosbúvár a szerzőnek, ki ezen határtalan fáradsággal járó munkát nemcsak a legnagyobb szorgalommal és kitartással, de egyszersmind ambícióval és igaz orvostörténetírói érzékkel végezte. A ki maga nem próbálta meg, nem hiszem, hogy el tudná képzelni, mennyi utánjárással, munkával és fáradsággal jár és mennyi orvosi meg történelmi ismeretet igényel a forrásmunkák felkeresése és egybegyűjtése.

De szebb emléket nem állíthatott volna *Győry* orvostörténelmi munkásságának, mert aligha lesz orvosíró, a ki a művet nélkülözhetné.

A magyar orvosi bibliographia összeállítása már égető szükség volt, mert minél később történik meg, annál nagyobb nehézséggel jár és a hiányának máris eléggé kárát vallottuk. Csak a közelmúltban *Győry*-nek egy előadásán egyik meglepetés a másikat érte, a mikor hallottuk, hogy mennyi és mily nagy jelentőségű újítást és felfedezést tettek magyar orvosok. A himlő elleni védoltásban még a *Jenner* előfutárjának tartott *lady Montague*-t is megelőzte egy magyar orvos, az első pestis elleni quarantaine-t Magyarországon állították fel, stb. stb. Mindez ismeretlen volt előttünk s már-már elveszett ránk magyarokra nézve. Nem csoda, hiszen hazai íróink se kereshetik fel minden alkalommal kútforrásokat, s ha mi magunk se ápoljuk vagy ápolhatjuk eléggé történelmi Kincseinket, hogy kívánhatnánk ezt a külföldiektől?

Győry azonban kiásott mindent, szakszerűen össze is állította, a jövő írói tehát könnyen fellelhetik a tárgyukra vonatkozó adatokat.

Hogy azonban a bibliographia medica Hungariae a czéljának teljesen megfelelhessen, elkerülhetetlenül szükséges, hogy más nyelven is, pl. latinul megjelenjék. Mert ha ez nem történik, akkor a külföldi írói csak hézagos tudomást fognak vehetni orvostörténelmi multunkról.

A munka első, nagyobb részében irodalmi termékeink szakok szerint vannak felsorolva, a második rész pedig a szerzők névmutatója. A beosztás és áttekinthetőség oly kitűnő, hogy a szükséges adatok a legnagyobb könnyedséggel fellelhetők. Sajnálattal látjuk azonban, hogy a szerző a syphilist állítólagos használhatósági szempontból a némi betegségekhez sorolja, bár saját szavai szerint „a tudomány által egyedül a belorvostan fejezetébe utalható”. Ugyan elismerjük, hogy a bőr bujakkóros elváltozásai diagnostikai szempontból fontosak, mégis a lues határozottan a belorvostan rovatába kellett volna besorozni, mert a syphilis-betegnek a legkisebb baja az, a mi a bőrén kóros.

Mint már említett, a munkában csak az önálló könyvalakban megjelent művek vannak összegyűjtve. De a mily kíváncsok volt ez, ép annyira szükséges, hogy a különféle folyóiratokban megjelent közlemények is minél előbb összeállíttassanak. Majd ha így, könnyen áttekinthető módon, az egész magyar orvosi irodalom egybe lesz gyűjtve, remélhetjük és kívánhatjuk, hogy a benne foglalt adatok a jövő irodalmában a megillető méltánylást nyerjék. Biztosra vesszük, hogy ugyanazon tudományos testületek, a melyeknek támogatásával az előttünk fekvő munka megjelent, eszközt és módot fognak találni arra, hogy orvosi irodalmi multunk ilyenén kiegészítése mielőbb megtörténjék.

Nagy örömmel olvassuk, hogy a budapesti tud. egyetem orvoskari tanártestülete azon czédula-katalogus alapján, mely után e mű készült, az orvosi hungaricumokat az orvoskari könyvtár számára megszerezeti. S ha nincs is módunkban az orvosi hungaricumokat egybegyűjtve örökségül hagyni a XX. századra, azért a mi lehetséges volt, az megtörtént, mikor az alkonyodó XIX. század végén az orvosi hungaricumok összeírása által oly emlék állíttatott, mely mindenkor hirdetni fogja a magyarországi és külföldi, de magyar vonatkozású orvosi irodalmat és dicsőíteni fogja fáradhatatlan szerzőjét: *Győryt*. *Wenhardt* dr.

Új könyvek. *Jessner*: Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 5. Die innere Behandlung von Hautleiden. Würzburg, A. Stuber. — Vorträge über Syphilis, Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten. gehalten im Auftrage des Königlichen Kultusministeriums im Charité-Krankenhaus. Redigirt von A. Schaper. Berlin, A. Hirschwald. — *Bode*: Studien zur Alkoholfrage. 1. Heft. Das Gothenburgische System in Schweden. 2. Heft. Das staatliche Verbot des Getränkehandels in Amerika. Weimar, W. Bode. — *Schmidt* und *Strasburger*: Die Fäces des Menschen im normalen und krankhaften Zustande. I. Theil. Berlin, A. Hirschwald. — *Lipps*: Das Selbstbewusstsein. Empfindung und Gefühl. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Plehn*: Weiteres über Malaria, Immunität und Latenzperiode. Jena, G. Fischer. — *Lipowski*: Leitfaden der Therapie der inneren Krankheiten. Berlin, J. Springer. — *Bernheim*: La tuberculose et la médication créosotée. Paris, A. Maloine. — *Béclère*: Les rayons de Röntgen et le diagnostic des affections thoraciques. Paris, F. Alcan. — *Teixeira*: La fièvre jaune chez les enfants. Paris, O. Berthier. — *Bern-*

heim: La digitale. Paris, A. Maloine. — Bernheim: La médication ergotée. Paris, A. Maloine. — Cosma et Clineano: Traitement du rhumatisme articulaire aigu et subaigu par le salicylate de méthyle administré à l'intérieur. Paris, A. Maloine. — Watson Cheyne and Burghard: A manual of surgical treatment. Part IV. The treatment of the surgical affections of the joints and the spine. London, Longmans, Green and Co. — A. Fraser: An essay on cancer. London, Cancer Society. — W. Hunter: Pernicious anaemia: its pathology, septic origin, symptoms, diagnosis and treatment. Based upon original investigations. London, Ch. Griffin and Co.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A bonczolásoknál beállható fertőzésekről gyűjtött tapasztalatairól számol be Hansemann. A különböző hullák szerinte különböző mértékben fertőzők. Legveszedelmesebb az acut osteomyelitis, aztán a puerperalis sepsis és a perforatios peritonitis. Hulláról a bonczolóra átvitethetik a malleus, anthrax, typhus exanthematicus, a pestis s valószínűleg a scarlatina is. Himlőről, choléráról, luesről, diphtheriáról és kanyaróról nincsenek biztos adatok. 113 orvos által bonczolt ezer tuberculosus hulláról egy esetben történt infectio, a midőn úgynevezett hullagümő lépett fel. Az ilyen mindig localis marad, lupus vagy fekélyesedő bőrtuberculosis sohasem lesz belőle s exstirpálható.

Minél rothadtabb valamely hulla, annál kevésbé veszélyes, mert 12–24 óra alatt a rothadási baktériumok már annyira elszaporodtak, hogy a pathogen csírokat elpusztítják. Főleg kicsiny, friss sérülések alkalmasak infectiora. Huszonnégy óránál idősebb sebek már bőven be vannak fedve új sejtekkel s így azok nehezebben fertőződnek. Ha már 6–10 órával az infectio után gyulladás lép fel, nehezebb folyamatra lehet számítani, főleg, ha a sérülés a tenyéri felszínen ejtetett. Ez a folyamat lehet localis phlegmone, esetleg lymphangitisszel és ennek következményeivel, vagy pedig furunculosis. (Deutsche Aerztezeitung, 1900. 22. és 23. sz.)

Marikowszky György dr.

Élet- és kórvegytan.

Aceton-kiválasztás és zsirok. Schuman Leclercq önmagán végzett kísérletek eredményeképp azt mondja, hogy az aceton-kiválasztás csupán a szervezetben végbement zsirok elégségi fokától függ. A szénhidrátok aceton-képződést gátlólag szerepelnek, mert könnyebb elégetésükkel fogva ugyanettől a zsirokat megóvják. (Wiener klin. Wochenschrift 1901. 10. szám.)

Doctor Károly dr.

Módosított Spiegler-féle fehérnye-reagens. A. Jolles módosította a Spiegler-féle reagent olyan formán, hogy az igen kis mennyiségű fehérnye kimutatására a vizeletben is alkalmas. A reagens 10 rész higanychloridból, 20 rész acidum succinicumból, 20 rész chlornatriumból és 500 rész vízből áll. Ezen reagensből 4 cm³-t kell az ecetsavval megcsavanyított, filtrált, 4–5 cm³ mennyiségű vizelethez adni és jól összerázni. Fehérnye igen kis mennyiségénél és kétes esetekben controll-próbát kell tenni destillált vízzel s ezt a kérdéses vizelettel összehasonlítani. (Wiener med. Wochenschrift 1901. 9. szám.)

Doctor Károly dr.

A vizelet acet-ecetsavtartalmának egy újabb biztos kimutatósi módja. A Gerhard által még 1865-ben ajánlott ferrum sesquichloratum reagens nem egészen megbízható az acet-ecetsav kimutatására, mert míg egyrészt a salicylkészítmények, phenacetin, antipyrin és phenol is hasonló barna-vörös színreakciót adnak, másrészt nem is elég érzékeny. Liplawsky eljárása nélkülözi ezen hiányokat. Ő tulajdonképpen Arnoldnak 1899-ben közölt próbáját módosította. A paramido-acetophenonnal és kaliumnitrattal kezelt vizeletet néhány csepp tömény sósav és vaschlorid hozzáadása után chloroformmal rázza, a mely már igen kis mennyiségű acet-ecetsav jelenlétében ibolyakék színűre festődik. A próba még 1:40,000 arányban is pozitív eredményt ad. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 10. szám.)

Doctor Károly dr.

Belgyógyászat.

Az acetonkimutatás értékéről az orvosgyakorlatban ír Waldvogel. Narkosis, foetus elhalás, éhezés folytán jelentkező acetonuria ma már oly fontos jelenség, hogy a gyakorló és törvényszéki orvosok figyelmét nem kerülheti ki és adott esetben igen nagy szolgálatot tehet. (Wiener kl. Rundschau, 1900. 48–52. sz.)

—tz.

A jodipin a gyomor motoros tevékenységének indicatorául is használható Heichelheim vizsgálata alapján. A jodipin ugyanis csupán a bélben hasad, valószínűleg az epének befolyása alatt, mert alkalikus közeg magában nem elégséges a jod szabaddá tételére és ezért jodipin-adagolásnál a jod kimutatása a nyálban alkalmas arra, hogy a gyomor mozgató tevékenységére következtetést vonjunk. Normalis viszonyok mellett a jodreactio 1/4 óra múlva jelentkezik, míg mozgászavaroknál a jod csak egy óra múlva mutatható ki a nyálban. (Zeitschr. f. kl. Med. 41. kötet.)

—tz.

Hysteriásoknak methylenkéket adott Aporli. Tapasztalta, hogy a kék vizelet megjelenése után a betegségi tünetek erőssége csökken. Ezen szer suggestive és megnyugtatólag hat, e mellett a bélben kifejtett antiseptikus hatása miatt az autointoxicatio folytán jelentkező rohamok megszűnnek. (Ref. med. 272. sz.)

—tz.

Gyermekeknél végzett lumbalpunctiot Kohts. Meningitis tuberculosaiban szenvedő gyermekeknél 20 esetben végzett punctiot és csak

egy esetben észlelt rövid időre terjedő javulást, míg gyógyulást sohasem látott. Jobb volt az eredmény a genyes cerebrospinal meningitisben szenvedőknél végzett lumbalpunctiot után, mert hat eset közül négyet megmentett Kohts. (Therapeut. Monatshefte, 1900. 9. sz.)

—tz.

A fűző gyakorolta nyomást kísérletileg vizsgálta Thiersch és az eredmény az volt, hogy a csipő magasságában kifejtett központi irányú nyomás 1 1/2–2 kgm.-ot tesz ki, mely érték eléggé igazolja a fűző káros voltát, különösen serdülő és fejlődésben lévő egyéneknek. (Deutsch. Arch. für klin. Med. LXVII. kötet, 5. és 6. füzet.)

—tz.

A chlorosist cuprum aceticummal kezelte némely esetben Giudiceandrea. A rézsókat toxikus hatásuk miatt nem igen alkalmasnak therapeuticus czélakra, holott kis dosisokban határozottan gyógyító hatással bírnak. G. chlorosisban szenvedőknek kezdetben vasat adott és ha erre nem látott javulást, sőt rosszabbodott az állapot, úgy cuprum aceticumot adott igen jó eredménnyel. Több esetet figyelt meg és egyszer sem észlelt intolerantiát. Megjegyzi, hogy három esetben elnyújtottabb kúra után a vizeletben fehérjét talált nyomokban, de ez csak futólagos tünet volt és semmi más rendellenesség nem társult hozzá. Kezdetben 5 mgm. (0.005) cuprum aceticumot adott pro die, később fokozatosan haladt fölfelé az adagolásban egészen 5 cm.-ig (0.05) pro die, kétszerre adva ezen mennyiséget kevéssel evés után. Ezen kezelés befolyása alatt a beteg általános állapota is kielégítő volt és a kezelés megkezdése után nemsokára a haemoglobinnak és a vörös vérszettek számának növekedését észlelte. (La Semaine Médicale, 1901. Nr. 3.)

—tz.

Sebészeti.

A trigeminus neuralgia sebészi kezeléséről tartott előadásában Horsley 21 esetről számol be, melyekben a Gasser-dűzöt kiirtotta. A trigeminus neuralgiát ascendáló neuritisnek tartja, mely a trigeminusnak valamely kis periferikus ágában kezdődik s a Gasser-dűz felé halad s ezért már a priori sem remélhetünk tartós hasznót egyes periferikus ágak eltávolításától s az ő tapasztalata azt igazolja, hogy az esetek nagy számában 2–3 évvel a periferikus idegsectio után a fájdalom visszatér, úgy látszik ennyi idő alatt az ideg, melynek folytonosságából egy darabot kivettünk, újból összenő, mint ezt két esetben beigazolta is sikerült. E tény által indítatva, már 14 év előtt Mac Ewennek egyidejűleg, de töle függetlenül megkísérelte a trigeminus gyökét a Gasser-dűz mögött elvágni. Mindkettejük betege meghalt, azóta e műtétet nem is próbálta többé végrehajtani; őt év óta azonban Krause és Hartley ajánlata szerint a Gasser-dűz kiirtását végzi s 21 beteget operált meg e mód szerint. Műteti eljárása a typikus Krause-féle abban különbözik, hogy nem használ osteoplastikus lebenyt, hanem a körülveszt esontot eltávolítja. A műtétnél a legfőbb nehézséget a durának a ganglionról való leválasztása okozza, melynél egyrészt a sinus cavernosusnak a foramen rotundum és ovale felé vonuló, a gangliont keresztelő emissariumaiból, továbbá az arteria basilarisnak egy kis ágából, mely a trigeminus érző gyökével halad s néha jelentékeny nagyságú, profus vérzés állhat elő; egy másik nehézséget okoz az első ágnak megfelelő ganglionrészt, mely gyakran a dura kettőzetének egy külön rekesztékében fekszik s gyakran a hozzá tartozó érző gyök is a dura egy külön hüvelyében fut s így megtörténhetik, hogy a ganglion kihúzásánál az I. ágnak megfelelő portio sértetlenül benmarad és meg sem található a Meckel-féle üregbe való betekintéskor, mint az Horsleyval két ízben esett meg. A szerző által operált 21 esetről 2 halt meg, az egyik két hóval a műtét után infectio folytán, a másik néhány órával a műtét után, mely különben semmi különös nehézséggel nem járt, apoplektikus insultust kapott; a halál oka egy ponsbeli borsónyi haemorrhagia volt. Egy esetben a műtét oldalán levő szem cornealis fekély folytán elpusztult. Mivel ezek szerint a Gasser-dűz kiirtása nem különösen veszedelmes, a gyógyeredményre nézve pedig feltétlenül biztos, mivel e műtét után recidivát még senki sem tapasztalt, Horsley a trigeminus neuralgia sebészi kezelésében a Gasser-dűz kiirtásának minden más gyógyeljárás felett előnyt ad. (The Practitioner, 1900. szept.)

Pólya Jenő dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Kísérletes vizsgálatok a chloroformaltatás befolyásáról az emberi méh tevékenységére physiologikus szülésknél. Westermarck igen pontos eljárások segélyével végezte kísérleteit; a kísérleti berendezés lényege abban áll, hogy egy vékony falú, kicsiny kaucsuk-hólyagot alkalmaz egy méhkatheter végére s az ekképen a méhbe — még pedig vagy közvetlenül a petefürbe vagy álló buroknál a méhfal és a burok közé — bevezetett műszert egy manométerrel kapcsolja össze, mely a nyomási viszonyokat pontosan jelzi s írásban rögzíti. A kísérletek során a bódításnak két fokát alkalmazta: a tökéletes mély narcosist (6-szor) s a nem tökéletes, úgynevezett obstetrikus bódítást (8-szor), a melynél a chloroformnak csak igen kis adagait alkalmazta oly módon, hogy minden egyes méhösszehúzás alkalmával néhány csepp altatót adagolt, hogy ez által az összehúzás okozta fájdalmat csökkentse, a nélkül, hogy a szülőő öntudata tökéletesen megszűnjék. A kísérletek eredményei a következők pontokba foglalhatók össze: 1. A tökéletes chloroformnarkosis az összehúzódások szaporaságát csökkenti, 2. a fájdalomszünetek tartamát meghosszabbítja, 3. az intrauterin nyomásra fájdalomszünet alatt befolyással nincs, 4. a fájások tartamát megrövidíti, 5. az intrauterinnyomást a fájások tartama alatt lecsökkenti, mely azonban a narkosis megszűnése után ismét emelkedik, 6. a tökéletes narkosis alatt az összehúzódás által jelzett görbe magaslatát körülbelül ugyanazon idő alatt éri el, mint a narkosis előtti, 7. a fájdalomgörbe emelkedésének gyorsasága teljes narkosis alatt úgy viszonylik a narkosis

előtti emelkedéshez, mint 3:4:4:3; a görbe sülyedése mindkét esetben megközelítőleg egyforma gyorsasággal történik. 8. a szülészeti narkosis a fájások szaporaságát csökkenti, 9. a fájdalomszünet tartamát megnyújtja, 10. az intrauterin nyomásra fájdalomszünetben befolyása nincs, 12. az összehúzóerők fájdalomosságát lényegesen csökkenti, 12. a fájások tartamát kissé megrövidíti, 13. az intrauterinnyomást a fájások tartama alatt alig befolyásolja, 14. a szülészeti narkosis tartama alatt a fájás-görbe körülbelül ugyanazon idő alatt éri el magaslátát, mint a narkosis előtti, 15. a görbe emelkedésének gyorsasága úgy viszonylik a narkosis előttiéhez, mint 4:3:7; a görbe sülyedésének aránya pedig mindkét esetben olyan, mint 2:7:2:4.

Kérdés, hogy ezek számbavételével mennyiben van jogosultsága a narkosisnak rendes szülésnél? Szerző szerint mély narkosist, eltekintve annak minden egyéb veszélyeitől, már csak azért sem szabad alkalmazni, miután a szülés tartamát nagy mértékben megnyújtja; a mi pedig a szülészeti narkosist illeti, erre nézve nem lehet oly határozott véleményt mondani; a kísérletek azt bizonyítják, hogy a fájások szaporaságát csökkenti, a nélkül, hogy az intrauterinnyomást, vagy a fájások tartamát lényegesen alászállítaná, úgy hogy oly esetekben — de csakis olyanokban —, a hol a fájások különösen a kitölési időszakban rendkívül hevesek, okvetlenül a szülészeti narkosishoz kell folyamodnunk, még annak tudatában is, hogy ez által a szülés tartamát egy kevéssel megnyújtjuk. (Archiv für Gynäkologie, 61. kötet, 1. füzet.)

Neumann Szigfrid dr.

Börkörtan.

Methylenkék alkalmazott Brocq oly eczemák ellen, melyek főleg az izületi hajlatokban fordultak elő. 1:25 — 1000 oldatban alkalmazva azt tapasztalta, hogy a methylenkék erősebb oldatban nagy fájdalmat okoz, sőt néha mérgezési tünetek is mutatkoznak. Kiemeli hasznos voltát a nedvező, acut eczemáknál, míg a chronikus, kevésbé lobos alaknál nem ért el lényegesebb eredményt. (Festschrift Neumann, 1900.)

Póór dr.

Herpes meningiticusnak nevezi Villmott Evans a meningitis cerebrospinalisnál mutatókozó exanthemát. Szerző szerint főleg nem tuberculosus jellegű meningitis basilarisoknál fordul elő s így jelenléte javítja a prognosist. A herpes meningiticus leggyakrabban bilaterális s rendszeren az egész idegtörzs elágazódására terjed. (British Journal of Dermatology 1900. márczius. Ref.: Dermat. Öblatt, IV. 4. f.) Szabóky János dr.

Pelade des ongles elnevezéssel Audry a körömök egy megbetegedését írja le, mely az alopecia areatával kapcsolatban lépett fel. A megbetegedésnél a körömön gödröcskék keletkeztek, majd lemezesekké váltak s végre az egész köröm fekete göbös kinézetet nyert. Súlyos esetekben az egész körömágy elszarusodhatik. Audry myceliumok után sikertelenül kutatót; lob nem volt jelen. Munkájában oda concludál, hogy a körömökön fellépő „pelade” kórokozója azonos az alopecia areatával. (Journal des malad. cut. et syph. 1900. márczius. Dermat. Centralbl., IV. 4. sz.)

Szabóky János dr.

Húgyszervi betegségek.

Mikor tekinthetjük gyógyultnak a gonorrhoeát czim alatt ismerteti Leonhard Leven (Elberfeld) saját nézeteit erről a sokat vitatott themáról. Hivatkozik a gonococcus biztos kimutathatóságának nehézségeire, így egyebek között ha valamely diplococcusokat tartalmazó praeparatumot Gram szerint festünk és a diplococcusok ezen eljárás szerint festődnek, nem tudhatjuk, nem volt-e néhány, a mely nem festődött, azaz szintelenedett és így mint gonococcus figyelmünket elkerülve, mi a festődő bacteriumokra való hivatkozással a kifolyást vagy váladékot ártalmatlannak nyilvánítjuk. Nem bizonyít a coccusoknak sejtben belüli elrendeződése sem, mivel az nem egyedül a gonococcusokra jellemző. A tenyésztés még oly sok nehézségbe ütközik és oly nehezen vihető ki, hogy általános elterjedése nem igen várható, nem is alkalmazható mindig. Szerinte elégséges azonban a gonorrhoea infectiositásának eldöntésére a genysek jelenléte. Tapasztalataiból és azon magatartásból, melylyel a gonococcusok és más bacteriumok a húgyeső epitheliájával szemben viselkednek, vonja le ezirányú következtetéseit, melyek oda concludálnak, hogy ha genyedést fentartó más okot kizárhatunk, akkor a geny vagy csak néhány elszórt fehér vérsejt jelenléte is gonorrhoea mellett szól. Ezen közleményre Scholz, Neisser segédje válaszol, a ki a genysek (filamentumok) jelentőségét tagadva (100%, Casper szerint csak 80% gonococustartalmú), a negatív gonococcus-lelet bizonyító ereje mellett tör lándzsát. (Arch. f. Derm. u. Syph. 1901. LV. kötet I. füzet.)

Ráskai Dezső dr.

A gonorrhoeás izületmegbetegedés és trauma közötti összefüggést illető érdekes megfigyelésekről számolnak be majdnem egyidejűleg Thiem (Cottbus) és Baer (Hirschberg). Az első esetben egy fapapucs-készítő a papucsalkalácsolásnál, a tönkre való ütésnél kezét megrándította; a fájdalom miatt a munkát azonnal abbahagyta, éjjel jobb kéztőizülete megdagadt, majd három hét múlva jobb könyökizülete, ezután a bal könyökizület, mit beteg a jobb kar munkaképzetlensége folytán a bal kar fokozott igénybevételének tulajdonított. Nemsokára a bal vállizület és a jobb bokaizület betegedett meg. Beteg négy év előtt volt első izben gonorrhoeás, akkor izületi megbetegedése nem volt, most hat hónap óta van gonorrhoeája, a mely a heves tünetek megszünte óta reggeli csepp alakjában nyilvánul. Thiem a szerinte kétségtelen gonorrhoeás sokizületi lobot a megrándulás folytán kiváltott ingerre vezeti vissza és felteszi, hogy ennek közbejötté nélkül az izületi megbetegedés, ép úgy mint első izben, most is elmaradt volna. A második leírt esetben egy acut gonorrhoeában szenvedő lakatos-legény

mázsás kosárral a vállán megbotlott és jobb térdére esett. A fájdalmak eleinte jelentéktelenek, öt óra múlva azonban fokozódtak, hőemelkedés lépett fel, majd az izület megduzzadása, mely utóbb punctiot igényelvén, az izületből 100 cm³ savós-rostonyás izzadmány bocsátatott le, mire az izület mérsékelt merevedéssel meggyógyult. A trauma és kánkó együtt-hatása itt kétségtelen. A sérülés maga a lobot nem válthatta ki. A térdre való esés és annak erős megütése vérömlenyt hozott volna létre, mely a beteget rögtön munkaképtelenné tette volna; vérömlenyt, a térdnek tehát jelentékenyebb megsértését, a punctio sem mutatott, a mint hogy annak minden más tünete is hiányzott. Nem lehetetlen ugyan, hogy a kánkó maga idézte elő a térdizületi lobot, de valószínűtlen, hogy a trauma után néhány órával épen a megsértett izület betegszik meg, holott a többi izületben a metastasisnak nyoma sem volt. Valószínű, hogy mindkét ható ok együttműködése hozta a bajt létre. Ezen fel-fogást az eset megbírlására hivatott összes forumok helybenhagyták. (Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1900. 11. szám.)

Ráskai Dezső dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

Rhinitis vasomotoria gyógyítása. Felbátorítva azon jó eredmények által, melyeket Alexander rhinitis vasomotoria eseteiben protargollal elért, Schweidop is megkísérelte e szer használatát nevezett bántalomban. 2—5%-os oldatokat használt, a melyekbe bemártotta az általa már régebben leírt, mullal armirozott pálczikát és ezzel naponként masszírozta mindkét orrfélt. A masszálásnak természetesen a szem ellenőrzése mellett kell történnie, nehogy az orr valamelyik hozzáférhető része elkerülje a kezelést. Előzetes cocainozás felesleges; az eljárás nem fájdalmas, a meglehetősen nagyfokú viszkető érzés néhány ülés után már könnyen leküzdhető. Szerző a rohamok megszűnése után még két hétig folytatja a naponként való kezelést és azután is még néhány hétig masszál, de ritkábban (2—3-szor hetenként). Noha natriumthiosulfattal és ammoniumpersulfattal a protargol okozta foltok a fehérmembránból eltávolíthatók, szerző mégis ócska zsebkegélők vagy vázondarabok használatát ajánlja a kezelés alkalmával. Végül még kiemeli szerző, hogy sem a protargol, sem a masszálás egymaga nem okozza a jó eredményt, hanem a kettő együttvéve. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten, 4. kötet, 10. füzet.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Pruritus senilis gyógyítására Jänicke a következő eljárást ajánlja: A viszkető helyeket eleinte háromszor, majd kétszer és egyszer naponként, később minden másodnap egyszer erősen dörzsöltetik puha kefével 10—20 perezén át; fokozza a jó hatást, ha a kefélt helyet közvetlenül a kefézés után az első 2—3 napon megmosuk alkohollal, melyet elpárologni hagyunk. A későbbi napokon axungióval vagy lanolinnal kell bekenni a viszkető részt. Meleg vagy langyos fürdők megsemmisítik a gyógymód hatását. (Centralblatt für innere Medizin, 1900. 48. szám.)

Bőrrák gyógyítása Röntgen-sugarakkal. Stenbeck egy 72 éves nő esetét közli, ki 9 év óta szenvedett orrán ulcus rodensben. Naponként 10—12 perezén át közepes erősségű Röntgen-sugarakkal tették ki 15—20 cm. távolságból a kóros helyet. 8—10 ülés után bőseges genykepződés jelentkezett, mely nemsokára csökkent. Körülbelül 35 ülés után lassanként megtisztult a fekély, a külső epidermis-szigetek lelékődtek és új, vékony, sima epidermis képződött, mire a kezelés intenzitása fokoztatott, úgy, hogy a beteget naponként 15 perezén át tették ki a sugarak hatásának 10 cm. távolságból. A gyógyulás óta eltelt idő rövidsége miatt szerző még nem mer nyilatkozni, vajjon az eset véglegesen gyógyult-e. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, 6. kötet, 3. füzet.)

Gonorrhoeás eredetű arthrititis gyógyítására melegen ajánlja Wilson a syrupus ferri jodati-t nagy adagokban. Olyan esetekben, melyekben salicyl, salophen, jodkalium teljesen hatástalanok voltak, nagyon jó eredményeket ért el ezen kezeléssel. (New-York med. news, 1900. július 21.)

Peritonitis tuberculosa gyógyítása alkohol-borogatással. Meyer egy esetet közöl, melyben a peritonitis tuberculosa tüneteit mutató 9 éves leánygyermeknél a hasra alkalmazott alkoholos borogatásokra 3 hét múlva a köldökön áttörés állott be, nagymennyiségű, határozottan haemorrhagiás jellegű, mérsékelt sűrű sárga geny kiürülésével. Utána még 14 napig ürült kisebb-nagyobb mennyiségű geny, mire a nyílás lassan záródott és a beteg teljesen meggyógyult. Az alkoholborogatások technikája következő volt: az egész hasat abszolút alkohollal átitatott vékony watteréeggel fedték és erre guttaperchapapírt tettek; a borogatást naponként többször ismételték mindaddig, míg az áttörés bekövetkezett. (Therapeutische Monatshefte, 1901. 1. füzet.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 13. szám. Sarbó Arthur: A tabeses ataxiák kezeléséről. Borbély Samu: A sérvműtészéről.

Orvosok lapja, 1901. 13. szám. Kassai Jenő: Diabetes intipidus meningitis basilaris luetica esetében. Lukács Hugo: Végezhetetlen idioták az elmegyógyintézetben. Pándy Kálmán: A fektetésről s az agyműködések gyógyításának egyéb módjairól. 14. szám. Wenhardt János: A purgo, új hashajtó szer. Hönig Izsó: Az anorexiáról, különös tekintettel a kymotherapiára.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 13. szám. Sihle: A hemicrania kóránához és elméletéhez. Preindlsberger: Villámsújtás utáni cataracta három esete. Beer: Primitív látószervek. Wagner v. Jauregg: Az elmebetegügy reformja.

Wiener medizinische Presse, 1901. 13. szám. Reiner: Adat az ostitis deformans heredo-syphilitica ismeretéhez. Königstein: A fersan használatáról chlorosisnál és anaemiáknál.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 13. szám. Elschuig: A musculus rectus inferior sinister tenotomiája a musculus obliquus superior dexter veleszületett paresisénél. Gömöry: A gyöngyházsztergályosok idült, ismétlődő, sokszoros csontlobja. Straka: Idült malleus-eset. Trammer: Scarlatinois. Erismann: Az iskolaszobák nappali világitása.

Prager medicinische Wochenschrift, 1901. 8. szám. Eissner: A húgyhólyag subcutan repedése. Knapp: Puerperalis fertőző betegségek és gyógyításuk. Kollick: Gyomorrák esete latens általános miliaris tuberculosissal. Schude: Kísérletek az elektromos négysejtfürdővel. 9. szám. Spietschka: Az alsó humerus-vég törései. Reichl: Idegaffinitas és villámsújtás. Eissner: A húgyhólyag subcutan repedése.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 13. szám. Ransom: A tetanusmérge és a tetanusantitoxin elosztódása az élő állati szervezetben. Freund: Anaemia splenica esete sok egysejtű neutrophil leukocytával. Ziegner: Idiopathikus vérzés a retina és az üvegtest között. Oppenheim: Adat a gyermekkori agybetegségek prognosishoz.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 13. szám. Laurent: Nephrotomia egyoldali haemorrhagikus nephritis miatt. Ransom: A saponin és ellenmérge. Fraenkel: A göttingeni typhus-járvány 1900 nyarán. Hellendall: Experimentális lumbal punctio gümöbaciillusok kimutatására. Fast: Aneurysma dissecans aortae abdominalis érdekes esete. Bang: A Finsen-féle gyógyvíz-jó-készülékek.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 13. szám. Mueller: Homlok-fekvés. Steinschneider: Néhány megjegyzés Prowe előadásához.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1901. 5. szám Jaquet: Az anyagcsere meglassubodásának kérdése elhíjasodásnál. Brunner: Tapasztalatok a gyomorrák sebészetének terén.

Zeitschrift für Heilkunde, 22. kötet. 2. füzet. Czychlarz és Donath: Kísérletes vizsgálatok a méregtelenítés tanához. Schmidt: A megfeszülés idejének (Anspannungszeit) klinikai megfigyelése a csücsökös-pulsus-retardatio alapján és jelentősége a mitralis insufficiencia diagnózisában. Weinberger: Adat a rosszindulatú tüdődaganatok klinikájához.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1901. 3. füzet. Vorster: Endogen psychosizisok öröklése, tekintettel a classificationára. Liebmann: A hebegés psychikus jelenségei. Berger: Kísérletes vizsgálatok a látási sphaerából kiváltott szemmozgásokat illetőleg. Ragnar Vogt: Plasmasejtek előfordulása az emberi agykéregben és néhány adat a kéreg-megbetegedések anatómiájához.

Archiv für Ohrenheilkunde, 51. kötet. 2. és 3. füzet. Ostmann: A vibratiomassage gyógyító értékének vizsgálata nagyothallóknál. Zeroni: Carotisvérzés a halántékesont cariese következtében. Alexander: Az emlő-sők ganglion vestibularejának boncztanához. Peter: A gyík fülárkocskájának záródása. Piffel: A csecstyűtvány felvétele heveny középfüllobok complicatiójánál. Kessel: Beszéd a jeni fülklinikai megnyitására. Tomka: Haemophil fülvérzés. Trautmann: A küllhalljartat mellő falán levő nagy exostosis műtett esete.

Revue de chirurgie, 1901. 3. füzet. Delore és Patel: Egyoldali exclusio macka belfistuláknál. Tillaux és Riche: Az aorta abdominalis ligaturája. Le Fort: A felső állcsont törései. Lapointe: Chopart-féle amputatio. Baudet és Duval: A vasdeferens és a vesicula seminalis teljes kiirtása inguinalis úton. Cathelin: A hydrosalpinxek torsioja.

La semaine médicale, 1901. 13. szám. Marfan: Az aorta-szája-dék és az aorta szerzett laesioi a gyermekkorban.

La presse médicale, 1901. 19. szám. Jeanselme: A lepra elleni küzdés francia Indo-Chinában. Trousseau: Arthritides oedema. Martinet: Ergotin vérzéseknél. 20. szám. Jayle: A Bretonneau-kórház. Ehrmann: A fehérje kimutatása. 21. szám. Debore: Latens nephritis ólommérgezésnél. Linossier: Hyperchlorhydriában szenvedők táplálása. 22. szám. Landouzy és Bernard: Gümőkórosak idült parenchymatosus nephritis. Meige és Feindel: Tic kezelése a Brissaud-féle módszerrel. 23. szám. Soury: Az idegrendszer semiológiája Dejerine szerint. Romme: Chinin és hideg fürdő typhusnál. 24. szám. Achard: A klinikai vizsgálat haladása a XIX. században. Courmont: Himlő Lyonban. Dluski és Majewicz: A gümőkórosak gyomra. 25. szám. Vaquez: Serotherapia és cytotherapia. Martinet: A jodürök használata. 26. szám. Wlaeff: A blastomyecták az emberi kórtanban.

Progrès médical, 1901. 13. szám. Picqué: A sebészet elmegyógyintézetben.

Journal médical de Bruxelles, 1901. 10. szám. Vaucleroy: Koponyatörés néhány esete. Villers: Elmebajosok felvétele intézetekbe. Lecomte: Két év Páris és Amerika fogorvosi iskoláiban. 11. szám. Bayet: Miképen kell kezelni a syphilisben szenvedőt? Demoor: Metschnikoff elmélete a senilis elfajulásról és néhány erre vonatkozó dolgozat. Gunzburg: A dionin. 12. szám. Verhoogen: Traumatikus haematomyelia esete. Vandervelde: Újabb dolgozatok a rákról. Linossier: Gyomormosás gyomorvérzésnél. 13. szám. Coppez: Harmincz év alatt észlelt glaucoma-esetek. Dekeyser: Syphilitikus eredetű rendellenes syringomyelia-eset. Dekeyser: Czombnyaktörések.

The lancet, 1901. I. 13. szám. Christopher Addison: A hasi zsigerek topographiája. F. W. Hewitt: Haladások az érzéstelenítő szerek

alkalmazásánál. R. Bucknall: Sérülések az epiphysis-vonalban. W. J. Walsham: Az orrszárnycollapsus kezelése. F. Neumann: Ischias, arthritis deformans és scleroderma kezelése Tallermann-módszerrel. Percy Jakins: Temporo-sphaenoidal tályog középfülgyulladás után. F. W. Tunnicliffe: A selenium szerepe a legutóbbi sörmérgezés-járványnál. W. R. H. Stewart: Torzképződés esete. Andrew Rose: Landry-hűdés esete. V. J. Hodgson: Pemphigus neonatorum esete. G. Heaton: A vakbélnek, a feregnyűtványnak és a vékonybél egy részének sikeres kiirtása rák miatt.

British medical journal, 1901. márczius 30. A. G. Barry: Idült Bright-kór. A. H. Ward: Generalizált gonorrhoeás fertőzés. H. D. Rolleston és L. B. Hayne: Veleszületett májcirrhosis obliteratív cholangitissal. R. T. Williamson: Diabetes gyógyítása natrium salicylicummal. Freeland Fergus: Veleszületett ptosis könnyű műtétése. J. Thomson: Nystagmus spasmus nutansnál a gyermekkorban. J. McCaw: Tetanus neonatorum antitoxinnal sikeresen kezelt esete. W. Gordon: A térdreflex choreánál. Anes Blackadder: A pylorus veleszületett hypertrophiája stenossissal. W. L. Chester: Prolongált melancholiás stupor; kezelés thyreoidea-kivonattal; részleges gyógyulás.

Hetiszemle és vegyesek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 12. hetében (1901. márczius 17-dikétől márczius 23-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 725,013, katonai 16,000, összesen 741,013. Elveszületett 450 gyermek, elhalt 299 egyén, a születések tehát 151-el multak felül a halálozásokon. — Születések aránya: 1000 lakosra: 31.6. — Halálozások aránya: 1000 lakosra 21.0, az egy éven felüli lakosságnál: 15.8 az öt éven felüli lakosságnál: 13.0. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 1, pertussis 2, morbilli 7, scarlatina 5, variola 0, varicella 0, cholera asiatica 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 2, meningitis 17, apoplexia 7, eclampsia 13, szervi szívbaj 15, pneumonia 38, pleuritis 2, pneum. catarrh. 15, bronchitis 14, tuberculosis pulmonum 64, enteritis 11, carcinoma 10, ezek közül méhrák 5, egyéb újképletek 1, morbus Brightii et nephritis 6, veleszületett gyengeség 14, paedatrophia 0, marasmus senilis 10, erőszakos halálos 5, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 1, baleset 2, kétséges 0 (—). II. Betegedés. A) Betegforgalom a városi közokmányokban. A múlt hét végén volt 2988 beteg, szaporodás e héten 885, csökkenés 875, maradt e hét végén 2927 beteg. B) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi márczius 19-étől márczius 25-éig terjedő 13. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 27 (29), diphtheria, croup 18 (15), hagymáz (typhus) 3 (1), kanyaró (morbilli) 104 (131), trachoma 9 (8), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 26 (45), orbáncz (erysipelas) 15 (19), gyermekági láz (febr. puerp.) 1 (0), ezenfelül varicella 27 (10).

// A közegészségügyi tanszék ideiglenes vezetésével az orvoskari tanártestület Liebermann Leo dr. állatorvosi főiskolai tanárt és a vegykísérleti állomás igazgatóját bizta meg.

○ A budapesti általános poliklinikán márczius hóban 11,083 rendeltést tettek; az új betegek száma 3078 volt. A laboratóriumban 85 vizsgálatot végeztek.

⊕ Megjelent. Nagy Képes Világtörténet 101. és 102. füzet. A kereszties hadjáratok történetét tartalmazza. Ára egy füzetnek 60 fillér. — Hülli Hümer dr.: A budapesti orvosok szövetségének 1900-dik évi jelentése, mely tartalmazza a választmány és tagok névsorát, titkári jelentését, pénztár állását, az alapszabályokat, nyugalomdíj-szabályzatot, orvosi rendtartást és a választmányi jelentést a nyilvános ingyenes rendelések tárgyában.

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmenedzében az ásványvíz naponta négyszer megújul, localis iszapborogatások. Minden nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kifünő 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: A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulatnak 1901. márczius hó 29-dikén tartott évi közgyűlése. 241. lap. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XI. rendes ülés) 1901. márczius 26-dikén. 243. lap. — XI. magyar balneológiai congressus. (I. ülés 1901. márczius 25-dikén.) 244. lap. — (II. ülés 1901. márczius 26-dikén délután. 244. lap. — (III. ülés 1901. évi márczius 26-dikén.) 244. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 245. lap.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulatnak 1901. márczius hó 29-dikén tartott évi közgyűlése.

1. **Högyes Endre** elnök a következő beszéddel nyitotta meg az ülést:

Tisztelt közgyűlés!

Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulatunkat a múlt század hatvanas éveinek elején annak első megalapítói, mint ismeretes, az angol New Sydenham Society mintájára rendezték be. Célul ugyanazt tűzték ki, mint az angol könyvkiadó-társaság. Első sorban azt, hogy idegen orvos-írók remek munkáit ültessék át a nemzeti nyelvbe, másodsorban továbbá azt, hogy elősegítsék a nemzeti nyelven önálló orvosi tudományos művek megjelenését. Amaz angol könyvkiadó-társaság csak öt évvel idősebb, mint a miénk, jelenleg 43-dik évfolyamát üli, mi most vagyunk a 38-dikban.

Talán nem lesz érdektelen, ha összehasonlítást teszünk a hasonmási két vállalat működésének sikereiről a két országban. Megadja erre az alkalmat Jonathan Hutchisonnak, az angol könyvkiadó-társaság immár 43 éve titkárának nyílt levele a társulat jelenlegi állapotáról az angol orvosi lapok e hónapja számaiban.

A New-Sydenham Society 42 éves fennállása alatt 172 kötetet adott ki. Mi 37 év alatt kiadtunk 84-et. Az angol társaságnak jelenleg nincs több tagja 1400-nál, a mi tagjaink száma jelenleg az alapítókéval együtt körülbelül kilencz és félszázra megy. Legvirágzóbb szakában az angol társaság tagjainak száma 3000 volt, a miénk az elmúlt cyclus elején volt a legnagyobb és felemelkedett körülbelül ezer és egyszázra.

A New Sydenham Society tehát az utolsó években határozottan hanyatlóban van.

E hanyatlás okát a társulat igazgató tanácsa egészen természetesen találja. Az orvosi sajtó és könyvkiadó üzlet Angliában a társulat 42 éves fennállása óta tetemesen változott. A nagyterjedelmű orvosi lapok bőven látják el olvasmányukkal az orvosi közönséget, minden valamire való külföldi munka gyorsan kap angol fordítót és kiadót. A társulat szervezete olyan, hogy a magánvállalattal nem bír versenyre lépni. Nehézséget képez továbbá az is, hogy nem igen talál mai napság fordításra olyan külföldi műveket, melyek maradandó becsüléssel lennének és a tagokat szélesebb körben érdekelnék. Nem csoda tehát, hogy a New Sydenham Society igazgató tanácsa most azon töpreng, vajon nem volna-e czélzerű a társaság működését, miután úgy látszik hivatását betöltötte, teljes méltósággal abban hagyni. Egyelőre azonban még a fentartás mellett foglalt állást a többség és most kezdődő 5 éves cyclusában egy nagy, az összes orvostudományokra kiterjedő atlas kiadását tervezi, a mely azonban csak akkor sikerülhet, ha legalább 2000 tag iratkozik be.

Míg az angoloknál úgy látszik tehát, hogy az orvosi könyv fogyasztásra nem igen van tovább szükség egyesület fentartására: nálunk előreláthatólag még sokáig szükség lesz erre. Igaz, hogy az orvosi lapok nálunk is megsokasodtak az Orvosi Könyvkiadó-Társulat keletkezése óta, az orvosi könyvkiadásban is látszik némi kis lendület a magánvállalkozásban: kétségen kívüli dolog azonban, hogy nálunk ma még magánkiadó nagyobb orvosi művek kiadására akár eredetiben, akár fordításban nagy risiko nélkül alig vállalkozhatik; az általuk kiadott ilyenmű könyvek kelete is csak akkor van biztosítva, ha a mi társulatunk is beáll a fogyasztói közé.

Eddigi létjogunk tehát továbbra is fenmarad, továbbra is szükséges, hogy működésünk eddigi irányát fentartsuk és jeles külföldi munkáknak magyarra fordítását és eredeti kiváló műveknek megjelenését elősegítsük.

Az a szerencsés állapot, a mi az angol önkéntes könyvtermelésben és fogyasztásban úgy látszik már beállott, nálunk még távol van.

Folytassuk tehát működésünket az eddigi kitartással és sikerrel. A közgyűlést ezennel megnyitom.

2. Ezután **Koller Gyula** gyengélkedő első titkár helyett **Jendrassik Ernő** másodtitkár olvasta fel az igazgató tanács évi beszámolóját.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat az 1900-dik évvel VII. hat évi cyclusának első évét, vagyis fennállása óta a 37-dik évét kezdte meg. Ez évben kiadványai a következő három műből állanak:

1. *A Diätetika tankönyve.* Írták **Hirschler Ágoston** dr. és **Terray Pál** dr. egyetemi magántanárok. A m. tud. Akadémia hozzájárulásával kiadta tagjai számára a Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat. Budapest, 1900. XVI és 603 l. Egy színes táblával. A társulat kiadványainak LXXXII. kötete.

2. *Magyarország orvosi bibliographiája 1472–1899.* A Magyarországon és hazánkra vonatkozólag a külföldön megjelent orvosi könyvek kimutatása. Összeállította **Győry Tibor** dr. A m. tud. Akadémia hozzájárulásával kiadta tagjai számára a M. O. K. T. Budapest, 1900. IX és 292. A társulat kiadványainak LXXXIII. kötetét képezi.

3. *A tejelválasztás és szoptatás élet- és kórtanának kézikönyve.* Írta **Temesváry Rezső** dr. A m. tud. Akadémia hozzájárulásával kiadta

tagjai számára a M. O. K. T. Budapest, 1901. VIII és 876 l. 286 ábrával a szöveg közt. A társulat kiadványainak LXXXIV. (84) kötete.

A három munka elseje, a *Diätetika tankönyve* már 1900. június hóban elkészülvén, akkor megküldetett a társulat mindazon tagjainak, kik az 1900. évi tagdíjat beküldték volt. Hazai orvosi irodalmunk régen érzett hiányát pótolta ezen munka megírásával annak szerzői, úgy hogy ezt bizonyára társulatunk t. tagjai is szívesen fogadták. A diätetika ugyanis orvosi tudományunk egyik fontos ága, mely szemben a tudomány egyéb ágainak rohamos haladásával, fejlődésében évtizedeken keresztül visszamaradt volt. Csakis a XIX. század második felében s kivált utolsó évtizedeiben részesült kivált Németországban oly sokoldalú intenzív művelésben, hogy nemcsak számottevő tényezővé vált a terápiában, de mai nap egyenrangú állásra tett szert az orvosi tudomány összes egyéb ágával. A szerzők munkájában hű képét találjuk a modern diätetika tanainak, melyeket a betegségek gyógyításában mai nap ép oly fontos szerep illet meg, mint minden egyéb gyógyeljárást és melyekről minden gyakorló orvosnak alapos ismeretekkel kell birnia.

Magyar orvosi bibliographiának kiadása eszméjével igazgató tanácsunk már több ízben foglalkozott, miután annak szüksége mindinkább érezhetővé vált, sőt egy ízben tudatta is tagjaival, hogy ilyféle munka készülőben van. De ez akkor nem létesült. Azonban 1898. december havában a budapesti egyetem orvosi kara **Högyes Endre** tanár indítványára elhatározta, hogy a magyar orvosi munkákról czédulacatalogust állíttat össze és ezen munkával **Győry Tibor** dr.-t bízta meg. Erről igazgató tanácsunk értesülve, megkereste az egyetemi orvostanár-testületet, hogy az összegyűjtött czédulacatalogust egy bibliographia létesítésére átengedje, mi meg is történt és részünkről is **Győry** dr.-t kérték föl a bibliographia összeállítására. **Győry** gyűjtésében a könyvalakban megjelent munkák összeszedésére szorítkozott s összeállította mindazon orvosi könyveket, melyeket magyar születésű vagy illetőségű, avagy hazánk földjén működött szerző írt; továbbá mindazokat, melyek hazánk területén nyomattak s végre azon külföldön megjelent idegen szerzők műveit, melyeknek tartalma közelebbi vonatkozással bír hazánkra. Az egész irodalmi anyag szakok szerint van beosztva s elősorolva. A könyv végén a szerzők névmutatója található, mely a szerzők szerinti beosztást teljesen pótolja. Ezen berendezés mellett a nagy programmal készült könyvnek bizonyára jó hasznát fogják venni az irodalommal foglalkozó kartársaink.

Az 1900-diki illetmény harmadik része **Temesváry Rezső** dr. munkája, a *tejelválasztás és szoptatás élet- és kórtanáról*, melyet 1898-ban a budapesti kir. orvosegyesület a Balassa-féle pályadíjjal kitüntetett. Szerző munkájában, mely több mint 10 évi irodalmi és különösen a Fehérkereszt-Egyesület intézetében tett gyakorlati tapasztalatainak és vizsgálatainak eredménye, nem szorítkozott csakis a tejelválasztásra és szoptatásra, hanem kellő figyelemmel volt az ezekkel kapcsolatos tárgyakra is, mint a tejmirigy, az emlő anatómiája, fejlődési rendellenességei, a tej chemiája stb. A szülés és nőorvos szempontjából írta meg tárgyának egyes fejezeit, de tekintettel volt a gyakorló orvost érdeklő mozzanatokra is a csecsemő táplálásánál, melynél a mesterséges táplálást is érintette. Szerző rendkívüli szorgalommal kidolgozott munkáját számos idegen művekből átvett és saját felvételei után készült ábrával iparkodott érdekesebbé tenni. Megemlítjük még, hogy művét, melynek német kiadása később Lipcsében fog megjelenni, társulatunknak engedte át.

Az elősorolt három önálló munkán kívül, melyeknek fyszama 106, a társulat kiadásában megjelent a m. tudományos Akadémia hozzájárulásával a *Magyar Orvosi Archivum új folyamának* első kötete hat füzetben 42 ivnyi szöveggel, szöveg közti fametszetekkel és 11 részben színnyomatú táblával. Ezen kéthavonként megjelenő folyóiratot szerkesztik **Bókay László** dr., **Pertik Ottó** dr. és **Lenhossék Mihály** dr. egyet. ny. r. tanárok. Az 1900-ban kiadott hat füzetben összesen 27 tudományos dolgozat jelent meg 23 szerzőtől, részben egyetemi tanároktól és tanárségektől, részben egyéb magánorvosoktól. Az Orvosi Archivummal együtt a társulat által 1900-ban kiadott 148-ra rúg, tehát nagyobb mint a VI. folyam utolsó évében 1899-ben, midőn a társulat könyvilletménye máris 106 ívből állott.

Miután a Magyar Orvosi Archivum kéthavi folyóirat s mint ilyen csakis az előfizetési díj előleges beküldése után küldhető meg, az 1900-dik év végével a titkárság körlevélben felkérte a társulat rendes tagjait arra, hogy az 1901-dik évi társulati tagdíjat, 16 koronát a f. évi január hóban a pénztároshoz beküldjék szíveskedjenek; kivált azon okból, hogy az Archivum I. sz. füzetét, mely február hó 15-dikén megjelenik, nekik idején megküldeni lehessen.

Ezen körlevél folytán a társulat tagjainak tekintélyes része valóban megfelelt a felhívásnak, de azon tagok, a kik évek óta a társulat kiadványait utánvétel mellett szokták átvenni, ezúttal sem küldték be a tagdíjakat; s ennél fogva az Archivum februári füzetét sem lehetett nekik eddiggel megküldeni.

Áttérve a társulatunk által legközelebb kiadandó művekre, az igazgató tanács tudatja a tisztelt tagokkal, hogy úgy az ígért kórboneztan, valamint a sebészet munkában vannak, de megjelenésük csakis az 1902-dik évben várható. Ez okból az 1901-dik évre más kiadványok-

ról kellett gondoskodni és ezekre nézve az igazgató tanács következő két műben állapodott meg. Először elfogadta *Dollinger Gyula* egyet. r. tanár ajánlatát, mely szerint társulatunknak engedni át azon „*Sebészeti módszerek*” című körülbelül 40 ívet kitevő munkát, mely az 1897–1900. három tanév alatt az I-ső sebészeti klinikán gyakorolt módszereket a klinika anyagán bemutatja és melyet a tanár vezetése és közreműködése mellett annak tanársegédei és műtőnövendékei megírtak és a tanár maga szerkesztett. A kétségtől igen tanulságos és érdekes munka körülbelül 70 ábrával illusztrálva f. év június hó végéig elhagyhatja a sajtót.

Az igazgató tanács által kiadásra elfogadott második munkának címe: *Az orvosok működési köre az igazságügyi közszolgálat terén*, szerzői az orvosi részt illetőleg *Moravcsik Ernő* dr. egyet. tanár, a jogi részt illetőleg pedig dr. *Sólyom Andor*, igazságügyministeri titkár. Tartalmazza a minden orvos számára szükséges jogi ismereteket, az igazságszolgáltatás és az igazságügyi közszolgálat körébe tartozó az orvosokat érdeklő törvényeket, rendeleteket, ezeknek jogi-orvosi magyarázatát, az orvosoknak ezek értelmében követendő eljárását, köteleseit, jogait, az orvosi tudománynak e célra való alkalmazása módjait, tájékoztató példákkal illusztrálva. Ily munka kétségtől nemcsak az igazságügyi ministerium kebelébe tartozó törvényszéki, foghízi, fegyhízi és büntőorvosoknak tehet szolgálatot, de minden orvos feltehetően benne ama tájékozást, a melyre szüksége van, midőn az igazságszolgáltatás a gyakorlat körében, a büntető és polgári peres ügyekben szakértelmét igénybe veszi, köteleseket ró reá vagy biztosít számára.

Miután nálunk az orvosi szempontból fontos igazságügyi törvények és rendeletek nincsenek összegyűjtve s úgy csoportosítva, hogy a gyakorló orvos az azokban foglalt ismereteket, tájékoztatást s útmutatást könnyen feltehetően, nem szenved kétséget, hogy a szóban forgó munkát társulatunk összes tagjai szívesen fogadni és haszonnal forgatni fogják. A munka terjedelme mintegy 35 ív lesz és kinyomtatása f. é. július hóig szintén befejezve lehet.

Valamint az előbbi, úgy az utóbbi munka szétküldése e szerint a f. évi nyár végén történhetik s így az évi illetmény idejében a tagok birtokába fog juthatni.

Azonkívül a f. évben is részesülnek a társulat tagjai a Magyar Orvosi Archivum füzeteiben, melyek elseje már f. év február 15-dikén szétküldetett.

Miután az 1900. évi közgyűlés napjait a társulatnak a VI. cyclus alatt 900-ra felszaporodott rendes tagjaiból csak 600-an jelentkeztek a VII. cyclusra, az igazgató tanács meghagyásából mult év végén újoncas felhívást intézett a titkárság az összes elmaradt tagokhoz s egyzersmind külön belépésre felszólító körözlvényeket a VII. cyclus előrajzával az összes megyei főorvosokhoz, az országos orvos-szövetség elnökeihez és a vidéki kórházi és járárorvosokhoz, összesen az 500-at meghaladó számban. Az eredmény nem is maradt el, mert mai napig mintegy 140 új tag lépett be az 1900. évvel megkezdett hetedik cyclusba, úgy hogy a rendes és résztvevő tagok száma a 740-et meghaladja. A társulat eddigi tagjai saját érdekében leghathatósabban járulhatnak hozzá a tagok szaporításához, ha minden egyes tag saját körében legalább egy új tagot a társulat számára szerezni igyekeznék.

A társulat vagyoni állásáról az alapítványi bizottság jelentése fog számot adni.

3. Az alapítványi bizottság jelentése a következő:

A társulat VII-dik hatéves cyclusának első évében az alapító tagok száma ismét örvendően szaporodott. Belétek ugyanis alapítók gyanánt a *Bármegyei orvos-gyógyászati egyesület* Léván, a *Békésmegyei kórház B.-Gyulán*, a *kolozsvári egyetemi bőrkórtani intézet* és *Laufenauer Károly* egyet. tanár, kik valamennyien az alapítványi tagdíjat készpénzben befizették. Ezen új alapítványokkal a társulat alapítványainak száma 143-ra és a résztvevő alapítókkal 147-re emelkedett.

A rendes tagok száma az 1900. évben szintén jelentékenyen nagyobbodott és az év folytán 602-ről 730-ra felszaporodott.

A társulat bevételei mult évben: az értékpapírok szelvényei után 5093 korona 44 fillér, kamatozásra elhelyezett betétekből 21,093 korona 66 fillér, kamatokból 365 korona 7 fillér és új alapító tagok befizetéséből 2300 korona. A rendes tagok díjai után 13,850 korona (ebből 432 korona a VI. folyamtól és 6784 korona az 1901. évre) és az Orvosi Archivum hirdeteiből 720 korona folyt be.

A mi a kiadványokra fordított költségeket illeti, ezek a következők: a Magyar Orvosi Archivum nyomdai kiállítása és szétküldése 4567 korona 29 fillért vett igénybe. A *Diaetika* tankönyve 5812 korona, a magyarországi orvosi bibliographia 1988 korona 55 fillérbe kerültek. Az 1900. évi könyvilletmény harmadik része, t. i. *Temesváry Rezső* munkája a tejelválasztás és szoptatásról csak mult készült el és költségei a f. évi kiadásokba még nem vették be, azonban 3300 koronánál nagyobb összegre nem fognak rúgni. Ezzel együtt tehát az 1900. évi könyvilletmény költségei 16,220 koronát fognak kitenni. Azonkívül pedig, minthogy a mult VI. cyclus hat éve alatt kiadott *Belgyógyászati kézikönyv* I. és II. kötete csaknem teljesen elfogyott, a III. és VI. kötet példányaiból pedig még 100-nál több példány maradt fenn, az igazgató tanács előnyösnek találta a kiadókól az I. és II. kötetből 100–100 példányt utanszerzeni, és pedig az eredetileg fizetett áron (20 fillérért ivenként). Ezen utanszerzés a példányok bekötésével együtt újra 2999 koronával töltötte meg az 1900. év kiadásait, de lehetővé teszi, hogy a *Belgyógyászati* fenmaradt későbbi kötetei is értékesít-

hetők fognak válni, kivált hogyha a szándékolt pótkötet rövid idő alatt megjelenik.

A társulat vagyona értékpapírokban 114,334 koronával van kiutatva a záloglevelek és egyéb értékpapírok mai árfolyama szerint, mely tudvalevőleg igen alacsony. Azonkívül még 15,183 korona 40 fillér készpénz kamatozásra van elhelyezve a budapesti takarékpénztár r.-t.-ban és Magyar földhitelintézetnél. Az utolsó folyamról és az 1900. évről még 9028 korona hátralék mutatkozik, melynek azonban remélhetőleg nagyobb része befolyjni fog, 4112 koronát pedig, az 1895–99. évekről maradt hátralékok összegét, az alapítványi bizottság határozata értelmében leirtunk.

A lefolyt évben tagjaink sorából számos érdemes kartársat vesztettünk el, az alapító tagok közül meghalt *Fodor József* dr., egyetemünk hírneves tanára, a ki mint tudós, hathatós előmozdítója volt hazánk közegészségügyének, szaktudományában alapvető és elismert munkálatokkal tette világszerte ismertté nevét, a ki mint ember közbecsülésben, közszeretben élt s a ki mint Társulatunk igazgató tanácsának csaknem megalapítója óta tagja, ügymenetünkben nagy buzgalommal vett részt. Emléke élni fog közöttünk! Meghalt továbbá alapító tagjaink közül *Hölbling Miksa* dr., rendes tagjaink sorából pedig elhunytak *Elefánt József*, *Frühmond Imre*, *Glück Miksa*, *Györky Lajos*, *Grünwald József*, *Mihály László*, *Orbay Antal*, *Pintér Jenő*, *Rieder Gyula*, *Lányi László*, *Lendvay Benő*, *Mangin Károly*. Ezen érdemes kartársak sorából ki kell emelnünk *Lendvay Benő* dr. nevét, ő oly időben, a midőn magyar orvosi nyelv még alig létezett, lefordította Társulatunk számára *Niemeyer* művének első kötetét.

Mindkét jelentést a közgyűlés tudomásul vette, a midőn felszólalt *Klug Nándor* s kiemelve a távollevő, de már 37 éve a társulatban buzgón közreműködő *Koller Gyula* első titkár igen nagy érdemeit, a ki fáradhatatlan törekvésével a leghathatósabb előmozdítója volt a Társulat eredményben oly gazdag sikereinek: indítványozta, hogy a közgyűlés jegyzőkönyvi köszönetét és elismerését fejezze ki az első titkár úrnak. Ezen indítvány a közgyűlésben lelkes visszhangra talált.

4. Másodtitkár felolvassa a pénztárvizsgálók következő jelentését: „Tisztelettel alólirottak, mint a mult évi közgyűlés által kiküldött pénztárvizsgálók e hó 15-dikén *Török Sándor* pénztáros úrnál megjelenő, a pénztári könyveket a felmutatott számadási okmányokkal összehasonlítottuk, megvizsgáltuk és azokat minden tekintetben rendben levőknek találtuk.

Miért is indítványozzuk, hogy *Török Sándor* pénztáros úrnak a vizsgálat tárgyát képezett 1899. évi márczius hó 21-dikétől 1900. évi márczius hó 18-dikáig terjedő időszakra nézve a felmentvény megadás-sék és részére önzetlen és buzgó tevékenységeért elismerő köszönet nyilváníttassék.

Kelt Budapesten, 1901. márczius hó 20-dikán.

Dr. *Batizfalvy Sámuel* biz. elnök, Dr. *Szontagh Ábrahám* biz. tag,
Dr. *Tóth Lajos* biz. tag s jegyző.”

A közgyűlés a felmentést megadta s a köszönetet megszavazta.

A társulat forgalmi kimutatása és vagyonszerlege a következő:

Bevételek:	k. f.	k. f.
Pénztári egyenleg 1900. márczius hó 18-dikán...	...	577.36
Magyar Tudományos Akadémia adománya	2,000.—	
Kamatozásra elhelyezett betétekből	21,093.66	
Szelvények beváltásából	5,093.44	
Kamatokból	365.07	28,552.17

Tagsági díjakból:

a) Alapító	2,300.—	
b) Rendes	13,850.—	16,150.—
Folyószámla-egyenleg		15,182.40
Orvosi Archivum hirdet. bérletért.		720.—
		61,182.93

Kiadások:

Kamatozásra elhelyezett betétek	43,055.75
Lakbér	300.—
Évi jelentés nyomtatása és egyéb nyomtatványok	578.96
Könyvutanszerzés 200 p. belgyógy. I. és II. és beköt.	2,999.—
Visszafiz. tagdíjak	64.—
Kezelési kiadások:	
Titkári kiadások (szállító levelek, postaköltségek, visszajött könyvek stb.) 1899/1900-ban	215.32
1900/1901-ben	168.10
Pénzbeszedési illetmény	400.60
Tagilletmény szétküldése	400.—
Szolgá díja	40.—
	1,224.02
1900—1901-iki kiadványok költségei:	
Orvosi Archivum költsége és szétküldése	4,567.29
Diaetika tankönyve	5,813.—
Magy. orv. bibliographia	1,988.55
Pénztári egyenleg	593.36
	61,182.93

Vagyonszerleg:

Kamatozásra elhelyezett betétek:	
a Budapesti takarékpénztár részvénytársaságnál	9,669.16
a Magyar földhitelintézetnél	5,514.24
	15,183.40

Értékpapírok:

n. é. frt 10,400.— 4%	M. földteherment. kötv. 92.25	19,188.—
" " 4,300.— 4%	földhit.-int. záogl. 91.50	7,869.—
" " 10,000.— 4 1/2%	regále-kötvény 99.50	19,900.—
" " 16,000.— 4%	földhit. talajj. kötv. 90.50	28,960.—
" kor. 38,800.— 4%	földhit. k. é. záogl. 91.20	32,385.50
" " 4,700.— 4%	korona-járadék 92.95	4,368.65
Időközi kamatok márczius 20-dikáig		1,663.35
		114,334.60

Hátralékok:

a) alapító tagok után	100.—
b) rendes tagok után 1900. évről	4,816.—
c) " " 1899. " "	1,664.—
d) " " 1898. " "	1,136.—
e) " " 1897. " "	704.—
f) " " 1896. " "	416.—
g) " " 1895. " "	192.—
Pénztári készlet 1901. márczius 18-dikán	593.36

Egyleti vagyon-állomány 1901. márczius 21-dikén 139,139.36

Török Sándor, c. i. pénztárnok.

Alulírottak a fentebbi kimutatást a társulati könyvekkel összehasonlítván, a társulati számadásokat 1900. márczius 18-dikától 1901. márczius 21-dikéig megvizsgálván és úgy a takarékpénztárban, valamint a m. földhitelintézetnél elhelyezett készpénz és értékpapírok érintetlenségéről meggyőződve, a pénztár pontos és rendes vitelét elismerjük. Budapest, 1901. márczius hó 23-dikán. *Böke Gyula dr. s. k. és Koller Gyula dr. s. k.* mint az alapító-bizottmány által kiküldött számvizsgálók.

5. A választás megejtésére az elnök felkérte szavazatszedőkül: *Böke Gyula* és *Rákossy Béla* tagtársakat. Az alapszabályok 17. és 18. §-ai értelmében kiléptek a következő helybeli igazgató tanács tagok: *Fodor József* (meghalt), *Genersich Antal*, *Navratil Imre* és *Tóth Lajos*, a kik helyébe *Genersich Antal*, *Navratil Imre*, *Tóth Lajos* és *Grósz Emil* választottak meg; a kilépő vidéki igazgató tanács tagokat: *Boleman István*, *Konrád Márk*, *Petz Lajos*, *Szabó Dénes*, a közgyűlés újból megválasztotta.

6. A közgyűlés a jövő társulati évre az alapszabályok 36. §-a szerint pénztárvizsgáló bizottságul kiküldte: *Batizfalvy Sámuel*, *Szontágh Ábrahám* és *Tóth Lajos* tagtársakat.

7. Végül az elnök a közgyűlés jegyzőkönyvének hitelesítésére *David Miklós* és *Haberern J. Pál* tagtársakat kérte fel.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes ülés 1901. márczius hó 30-dikán.)

Elnök: *Schwartz Artur*. Jegyző: *Ritoók Zsigmond*.

Elnök az ülést megnyitja. A jegyzőkönyv hitelesítésére felkéri *Fornét Elemér*, *Gellért Sándor*, *Mohr Mihály* tagtársakat.

Az elhíjasodás pathológiájáról és terapiájáról.

Fornét Elemér: Az elkövéredés kórlényege a zsírképzés és a zsírelhasználás között utóbbinak hátrányára fennálló huzamos aránytalanság. Aetiologiája vagy a szervezet szükségletét meghaladó tápfelvételben normalis anyagcsere mellett, vagy pedig kórosan lassú anyagcsereviszonyokban van. A tápfeloslegből, akár fehérje, zsír vagy szénhidrát legyen az, zsír képződik. A lassú anyagcsere kimutatása *Magnus Lewy*, *Noorden* stb. kísérleteivel nem sikerült. *Jaquet* és *Svenson* újabb kísérletei pozitívabbak, valamint *Loewy* és *Richter* állatkísérletei. Embereken tett klinikai észleletek létezését kétségtelenné teszik (*Noorden* és előadó). Öröklési viszonyok, castratio, némely impotentia esetei, valamint a higány hatásának értelmezése ily irányban szól. Az elkövéredést elősegíti izomrenyheség, valamint egyideig a diabetes is némely esetben *Noorden* szerint.

Az obesitas vérmes és vérszegény alakjai helyett előadó már *Noorden* előtt a szövődmenyes és szövődmeny mentes kórformák felállítását ajánlotta. Továbbá megkülönbözteti a részleges és általános elhízást.

A szívizom bántalmazottságának különböző volta a szív vele született vagy szerzett gyengébb ellenállási képességének felvételére utal. A gyógykezelés lényege a szervezet caloriadeficitbe való juttatása. A diéta eljárásoknál a fűsúlyt az elégtelen hőbevitelre helyezi. A glaubersós és konyhasós vizek használata igen fontos. A thyreoidca adagolása veszedelmes. A fürdők hatásait kivált a szívre nagyrá tartja. A cizelutatosan egyesített gyógymódok hive, óv a túlzásoktól.

Terray Pál. Előadó érdekes tartalmú és nagy gondtal összeállított előadásának egy részéhez, a terapiához kíván szólni röviden.

Egyre szaporodnak azon megbetegedések, melyeknek diatetikus gyógyításában jól kikristályosodott irányelveket lehetett felállítani, a melyeknek a gyakorló orvos veszi hasznát. Ide tartozik az elhíjasodás is. Ki akarok terjeszkedni azon részletekre, melyeket előadó úr is említett és melyek a laikusok és orvosok közt divatozó túlzásokra, ellenmondó nézetekre és balvéleményekre vonatkoznak. Az elhízás gyógyítása legjobban megy az e célra berendezett gyógyító-intézetekben, a hol mentesek a betegek hozzátartozói jóakarattól, de téves tanácsaitól, a hol szigorú orvosi felügyelet alatt állanak és sem többet, sem kevesebbet nem tehetnek, mint szükséges és megszabadulnak a rájuk nagy nehézséget képező testsúlygyarapodástól a nélkül, hogy kár származnék

belőle és nevelő hatásuk is van, megtanulhatják, hogy miképp éljenek, hogy a további nagy zsírfelhalmozódásnak útját vágják.

Az elhíjasodás gyógyítása nem oly könnyű, mint eleinte látszik. És felülnő, hogy laikusok mily könnyen veszik a dolgot és saját eszük szerint végzik a kúrát azon hitben, hogy lesoványodni egyenlő azzal: nem enni, nem inni, izzasztó és hashajtó eljárásokat alkalmazni, korán kelni és sokat járni. Igaz, mi orvosok is ezt rendeljük, de individualizálva és ez szükséges is, míg a betegek, kik önhatalmúlag járnak el, sokszor rosszul járnak. Éljenek emlékszem egy úrra, ki egy-két éven át fürdőkúrát használt, még erősebben meghízott és a következő nyáron saját esze szerint olyan alaposan éhezett, szomjazott, izzadt, gyalogolt és hashajtó ivókúrát használt, hogy három hét alatt 8 kg.-ot fogyott, de azután annyira legyengült, hogy hirtelen hazautazott és ekkor alig lehetett ráismerni, megöregedett, oly gyenge volt, alig tudott járni és hetek kellettek, míg összeszedte magát. A laikusok közül sokan bíznak a thyreoidca-tablettákban, melyek veszélyesek még orvos kezében is. Sok különféle nézet van elterjedve, gyakran halljuk beszélni, hogy nem attól függ az elhízás, hogy miképpen táplálkozik valaki, hanem temperamentum vagy öröklés dolga. És ez utóbbi igaz is, bár magyarázni nem tudjuk. A betegek psychológiájához tartozik, hogy rendszeresen másban keresik az elhízás okát, mint a mi a tényeknek megfelelő, hogy ne kelljen nekik kedvező ételeikről lemondani és kényelmüket nélkülözni. Csak a húsevésben tartanak mértéket, egyebekből sokat esznek. De orvosoktól származó és még ma is elterjedt, tévesnek bizonyult nézetekkel is találkozunk úgy laikusoknál, mint az orvosok egy részénél. Ilyen a folyadékivás és burgonyaevés elhízottaknál. Azt hiszik, hogy sok leves és burgonya az elhízást elősegíti. Tudjuk, hogy a folyadék korlátozását *Oertel* hozta be és *Schwenninger* alkalmazta soványító kúráknál és behozta az ú. n. kicsiny és száraz étkezéseket. *Hirschfeld* vizsgálatai kétségtelenné tették *Oertel* és *Schwenninger* tanainak tartathatatlanságát és ne kísértsen többé, hogy nem szabad folyadékot inni, mert ez határozottan káros, mert 1. a szomjúság gyötrő, 2. a vizelet mennyisége kevesebb, koncentráltabb lesz és concretiók könnyebben képződhetnek, a mi közsvényre hajlandó elhízottaknál nem közömbös. Ha azonban valaki nagy evő és nem tudjuk másképp visszatartani, csak ha evésközben szomjaztatjuk, akkor tiltsuk meg neki az ivást. Azután vannak, kik 3—4 liter vizet isznak meg bor alakjában, ezeknek a nagy folyadékmennyiség káros. Ettől eltekintve, ajánlatos a folyadékivás, nevezetesen a leves, a mely a leghigabb táplálék, elfogja a helyet a gyomorban és így a koncentráltabb ételből kevesebbet eszik a beteg. A hol azonban a szívet kimélni kell, ott kevesebb folyadékot itatunk. A tej- és lisztleveseket is adhatjuk pl. este. A burgonyaevést sem szükséges megtiltani, mert vízdús (75—85%) és tápértéke csekély. De a burgonyát vajjal perhorreskálni kell.

Röviden ki akarok terjeszkedni a N-forgalomra. Ez fontos, mert a soványító kúránál nem szabad sietni, hogy a szervezetre kár ne származzék. Fontos továbbá, hogy a test izomállománya meg legyen kimélve. Akkor sikerül ideális módon a soványító kúra, ha a súly fogy, de az izomzat megkimélve marad. Ezen fontos körülményre 1893-ig nem terjeszkedtek ki anyagforgalom-vizsgálattal. *Hirschfeld* azt mondja, hogy nem lehet soványodni, a nélkül, hogy a test bizonyos mennyiségű fehérnyét ne veszítsen, míg *Noorden* és *Dapper* állították és bebizonyították, hogy sikerül jelentékeny súlyvesztéssel elérni a nélkül, hogy a szervezet N-ből veszítene valamit. Ezek a kedvező eredmények — jelentékeny súlyvesztés a nélkül, hogy a test fehérjekészlete fogyna — azonban csak úgy érhető el, ha időről időre megvizsgálják a beteg N-anyagforgalmát, melyre nézve *Hirschfeld* kijelentette, hogy annak kivitele a gyakorlatban nehéz, sőt illusorius.

Előadó nem érezte szükségét és kivihetetlennek tartja a N-meghatározást a gyakorlatban. Mi ezen kérdésről a „Dietetika tankönyv“-ben *Hirschfeld*rel nyilatkoztunk. A N-anyagforgalomnak időnként való megvizsgálása eszközt ad a kezünkbe, melylyel a beteget ellenőrizhetjük, mert a beteg kijátszhatja az orvost. Az orvos a beteg étrendjét hosszabb időre előírja, a kísérleti napon a vizeletet és bélsárt összegyűjti és laboratóriumban feldolgozhatja. Ez a gyakorlatban kivihető. A N-vesztés soványító kúrák alatt kicsiny vagy közepes, de néha nagyon kedvezőtlen. *Hirschfeld* is kénytelen volt engedni merev álláspontjából. A N-forgalom néha kedvezőtlenül alakul épen akkor, mikor erre nem is számítunk.

Ezért nemcsak a gyengébb, de az erősebb alkotású elhízottaknál is szükséges időnként megvizsgálni a N-anyagforgalmat, hogy felvilágosítást szerezhessünk a kúra menetéről, mert ha N-vesztés forog fenn, akkor annak idejében útját kell vágni nagyobb mennyiségű N adagolása által és így a mulasztás vádját elkerülhetjük.

Még csak röviden szölok arról, mennyire szükséges a kósztot redukálni. Elhízott egyéneknek csak a táplálkozás redukciójával lehet eredményt elérni. Bátoran lemehetünk a nyugalmi érték 60—50—40%-ára, mihez járul még az elrendelt izommunkának befolyása is. A fehérje mennyisége normalis vagy valamivel nagyobb legyen, a zsírokat le-szállítjuk jelentékenyebben, mint a szénhidrátokat. 100 gm. fehérnye, 41 gm. zsír, 56 gm. szénhidrát = 1000 caloria; 139 gm. fehérnye, 65 gm. zsír, 67 gm. szénhidrát = 1400 caloriából álló kósztot képvisel.

Ha a N-anyagforgalom ellenőrzéséről le kell mondani, a gyakorló orvosnak irányadó lesz a soványító kúra folyamán a beteg jó közérzése, jó erőbeli állapota, kellő működő képessége és izomereje.

Fornét Kornél: Köszöni a hozzászólást. A mi a therapiai részt illeti, teljesen egyetért felszólalóval. Elismeri, hogy a N-anyagforgalom vizsgálása fontos, ha pontosan vitetik végbe, de a gyakorlatban ez nem szükséges. Nem is nyújt mindig elegendő támpontot arra nézve, hogy a szervezet jól türi-e a soványítást vagy nem. Nitrogen-egyensúly lehet

és mégis súlyos elváltozások lépnek fel, mit Rosenheim kísérletei igazoltak, mikor N-egyensúly mellett súlyos zsíros degenerációk fordultak elő. Szóval azt hiszi, egy kis N-vesztés különösen plethorás embereknél, kiknél N-retentio van, nem jöhet számba. Ha pedig nagyobb N-vesztés fordul elő, a klinikai tünetek is útbaigazítanak.

Köszvényes esetekben helyes *Terray* álláspontja, hogy a zsírokat redukáljuk, de soványítás szempontjából teljesen mindegy hogy szénhidrát van-e a szervezetben vagy zsír bizonyos caloriamagasságig, mert a szervezet azért ad le zsírt, mert caloria-hátralékban van. A szénhidrát táplálkozásnak kétségtelenül nagy előnyei vannak különösen nagyevők-nél. A N-retentia nincs a testmozgásnak befolyása (Noorden). Ennek ellene szól a klinikai tapasztalat, mert vérszegény egyének, ha mozgást végeznek, könnyebben tűrik a soványító kúrát, mint nyugalomban, ekkor is soványodnak ugyan, de gyengeségi tünetek lépnek fel. Az izmok mintegy nagyobb vegyi affinitással bírnak és magukhoz ragadják a fehérnyét.

A sebészeti vesebajok diagnostikája.

Gellért Sándor:

Dollinger indítványára a vitát a jövő ülésre halasztják. Az előadást a vitával együtt fogjuk közölni.

XI. magyar balneologiai congressus.

(I. ülés 1901. március 25-dikén.)

Elnök: Bókay Árpád. Jegyző: Kuthy Dezső.

A felső légutak bajai és a fürdőhelyek.

Ónodi Adolf előadásában kifejti az orr- és gégegyógyászati szakképzettség szükségét az egyes klimatikus és fürdőhelyeken, valamint a tüdőbajosok intézeteiben működő orvosoknál. Ezen szükségnek felel meg a szakkollegák mind nagyobb mérvű letelepedése a szóban forgó helyeken, a hol hasznosan értékesítik az orr- és gégegyógyászati klinikákon éveken át szerzett tapasztalataikat. Kiemeli az egyes téli és nyári klimatikus és fürdőhelyek jelentőségét a felső légutak megbetegedéseinek, a győgtényezőket, a pneumatikus és inhalációs berendezéseket. Hangsúlyozza azon visszasságok megszüntetését, melyek több fürdőhelyen lehetővé teszik a győgtényezőik igénybevételét orvosi engedély nélkül, felhívja a figyelmet azon orvosilag meg nem engedhető tényre, hogy a tüdőbajos betegek az egyszerű hurutos betegekkel a közös termekben inhalálnak vagy az egyes elkülönített kabinetekben felváltják egymást. Nem is szólva a tömeges köhögések és köpködések undorító voltától, Flügge vizsgálatait óta tudjuk, hogy a köhögéseknél a levegőbe vagy az emberre szórt nyákrészecskékben a bacillusok kimutathatók és hogy az ú. n. Tröpfcheninfection-nak alapja van. Szükségesnek tartja a tüdőbajos betegek elkülönítését, az orvosi ellenőrzést. Kimutatja milyen súlyt helyeznek Ausztriában, Németországban és Franciaországban az inhalációs berendezésekre és hogy ezzel szemben hazai fürdőink teljesen hátramaradtak. Felhívja a fürdőtulajdonosok és a congressus figyelmét ezen hiányok pótlására a hazai fürdők propagálása és igénybevehetősége érdekében. Más alkalommal a különböző magaslatok, a melegebb és hűvösebb hegyi levegő, a déli, északi és nyugati tengerpartok levegője, a különböző ásványvizek, fürdőkúrák, a kénes, jód, szulfid és egyéb medicamentosus belégzések hatásaira és megfelelő javallataira fog kiterjeszkedni.

Idegenforgalom és fürdőügy hazánkban és külföldön.

Smialovszky Valér: Meleg szavakban elismeréssel adózott Széll Kálmánnak, ki a forrás- és fürdőügyi országos bizottságnak megalakításával nagy mértékben elősegítette a hazai fürdők emelkedését. Reáutal arra, hogy fürdőink fejlődése az idegenforgalomnak hazánkban való megteremtésével elválaszthatatlanul függ össze. A magyar fürdőket csakis idegenek révén hozhatjuk dívatba. Kiemeli, hogy nem subventiót meg segítséget kérnek a magyar kormánytól, hanem hitelt.

Párhuzamot von a hazai és külföldi fürdők közt. Kiemeli, hogy Ausztria mennyit áldoz az idegenforgalom emelésére. Nálunk hiányzik a modern nagy turistafogadók és hiányzik az építésre való töké. Újabbban a kassa-oderbergi vasút mentén fognak négy szállodát építeni. Hiányzik nálunk a reklám.

Gondoskodni kell a fürdővendégek szórakoztatásáról. Luxus-gyógyhelyek létesítendőek és ott bizonyos szerencsejátékok megfelelő korlátok közt engedélyeztetessenek.

Végül a fürdők szövetkezetének megalakítását javasolja.

Palotai Rezső szerint főként a szakértelem hiányzik vezető férfiainkban. Ez a főbaj.

(II. ülés 1901. március 26-dikán délelőtt.)

Elnök: Tauffer Vilmos. Jegyző: Löw Sámuel.

A hazai fürdők nemzetgazdasági szempontból.

Russay Gábor Lajos azon célból, hogy a külföldre vándorló milliók visszatérhetők legyenek, azt követeli, hogy az állam a nevezetesebb fürdőket vegye meg, maga rendezze be és ha nem is lesz tiszta haszna,

az elköltött pénz itthon marad. Életrevaló eszme, hogy egyes fürdők az egyetemi klinikáknak adassanak át kezelésre és tanulmányozásra és akkor várható lesz, hogy a forgalom is emelkedni fog.

Szentiványi József azt óhajtja, hogy a terhet, mit az állam régen a fürdőtulajdonosokra rakott, vegye le legalább részben vállalkról.

Fenyvesi (Bártfa) Russay indítványait kivihetetleneknek tartja. A fürdőszövetséget főleg azért pártolja, mert egyesült erővel a table d'hôte-rendszer kivihető lesz, a mi a fürdőket lényegesen olcsóbbá tenné.

Smialovszky Valér a külföldi példák után üdvösnek tartja a fürdőszövetséget. Szintén óhajtja külföldi minták után az állami kezelést.

A vízgyógyászat külföldi tüdőbeteg-sanatoriumokban.

Kuthy Dezső: Ismerteti a tél folyamán 17 németországi, svájci és ausztriai sanatoriumban tett tapasztalatait arról, hogy ez intézetek a vízkezelést mennyiben alkalmazzák a hygienikus gyógyításmód segédeszközeül. Konstatálja, hogy a tüdőbajosok sanatoriumai az első gyógyintézetek, melyekben a hydrotherapia általánosan figyelembe jő mint orvosi módszer, de azért még nem méltányolják manapság külföldön sem mindenütt valódi érdeme szeriut. A kritikai fejtegetésekkel teli dolgozat befejezéseül előadó annak szükségességét hangsúlyozza, hogy a vízzel gyógyítás hatalmas fegyvere, melyet az nemcsak acut fertőző bántalmakban, de chronikus fertőző betegségekben is képez. Kellően kihasználtság a tüdővész ellen vívott amúgy sem könnyű küzdelemben. Főlemlíti még, hogy az Erzsébet-sanatorium Budapest mellett, mely szegénysorsú tüdőbetegek számára még ez évben megnyílik, tökéletes vízgyógyászati berendezéssel is fog birni.

Főtthár felolvassa ezután a kereskedelmi minister levelét, melyben közli, hogy a balneologiai egyesület elnöke a párisi kiállítás rendezése körül szerzett érdemeiért Ő Felsége részéről legfelsőbb elismerésben részesült. (Eljenzés.)

A rachitis balneotherapiája.

Rottenbiller Ödön: Kiindulva ama tapasztalati tényből, hogy az angolkórban szenvedő csecsemők anyjának tejében a calciumoxyd, a mészeleg erősen megfogy, a szervezet háztartási minimuma alá süllyed, s viszont ez az annyira szükséges konyhasó-mennyiség hiányával nyer beigazolást, mit a vizelet savanyúságának észrevehető csökkenésével járó s ezzel egybehangzó gyomorsavhiány is támogat. A mészsókknak az oltó ferment hatása következtében való leköttése — oldhatatlan vegyületek alakjában — kijelöli ama irányt, melyen haladva, meg fogjuk a jövőben találni a mesterséges táplálékok (gyermeklisztek stb.) és angolkór közötti összefüggést. Érdekes, hogy az újszülött gyomrában még nincs savképződés, a bujakóros gyermekeknél meg a savképződés hosszú időn át is hiányos marad. Ezért **Rottenbiller** azt javasolja, hogy a csecsemők számára 500 cm³ (fél liter) tejet ugyanannyi vízzel hígítva, ehhez az elegyhez 32.5 gr. tejezükrot és 3 gramm konyhasót adjunk. A chlorkórosnak, a chlorkór fontos szerepéből kiindulva, miután a fermentek működését elősegítő hatásuk elvitáztatlan, másrészt a modern physikalisch chemia rámutatott a dissociációs elméletekre, a lig-só-oldatok ionokra való bomlására, rámutat a konyhasós vizekre, mint olyanokra, melyeket ivógyógymódok alakjában igen jól vél kihasználhatni az angolkóros gyermekek gyógyításában. S ha még ehhez hozzásszámítjuk a kedvező klimatikus hatást, a mely az ivógyógymód által elősegített fokozott anyagcsere is hat, éppen ezen só-oldatok ásványos vizeink alakjában igen jól lennének értékesíthetők.

Weyner Emil: „A bőrbetegségek balneotherapiája“ czimen tartott előadásában oly esetekben is ajánlja a balneotherapiát kezelést, a mikor a dermatologusok ellenzik, pl. eczemánál. — *Taub, Litsch, Rottenbiller* hasonló értelemben nyilatkoznak.

Fai Mátyás Miklós: „A tüdővészesekek téli kúrájáról“ tart előadást. A sanatoriumi kezelés ismertetése után kiemeli a téli kúra előnyeit az északi klíma alatt a déli klímáé fölött; főelőnye, hogy *megedzi a tüdő-beteget* a meghűlésekkel szemben.

(III. ülés 1901. évi március hó 26-dikán délután.)

Elnök: Tauffer, később Bókay. Jegyző: Löw.

Fialka Gusztáv: „Korond“ sós levegőjének hatását fejtegette, melyet az főként a légzőszervekre fejt ki.

A gyermekek gümőkóros izület- és csontbántalmainak fürdőkezelése.

Alapy Henrik: A közelmúltban a localtuberculosis gyógyítása alatt csak azon műtéteket értették, melyek a gőcz eltávolítását célozták. A szervezetet akarták ily módon megmenteni az általános gümőkór veszélyétől. König azon tapasztalása alapján, hogy a látszólag egyedüli gőczon kívül a test rejtett helyein úgy is többnyire találunk más gőczokat, továbbá azon fényes eredmények alapján, melyeket újabban a jodoform- és a gépgyógyászat segélyével conservatív úton elérünk, ezt a felfogásunkat megváltoztattuk és jelenleg többnyire nem a gőcz eltávolítására, hanem arra törekszünk, hogy a szervezetet erősítsük a fertőzés elleni küzdelemben, mely a gőcz betokolására, esetleg felszívódására irányul.

Azért a műtét eljárásnak — sajnos — még mindig eléggé tág tere marad. Így például előadó, daczára annak, hogy anyagát gyer-

mekek képezik, kiknél a conservativ kezeléssel jóval messzebb lehet menni, mint felnőtteknél, egy év alatt osztályán megfordult 270 csont- és ízületgümőkör esetében körülbelül ötvenszer volt kénytelen arthro-tomiából, arthrectomiából, apró csontok kimetszéséből és resectióból álló műtétet végezni, de csupán oly betegeknél, kiknél a kifakadni készülő tályog vagy már meglevő sipoly folytán a kizárólagosan conservativ kezelés kilátásai rosszak voltak.

A conservativ kezelés egyik hathatós segédeszköze ős időktől fogva a fürdőgyógyászat. Ujabban is azt látjuk, hogy a Seehospiz-ekben úgy a conservativ módszerekkel, mint az operativ úton gyógyított csontgümőkör- esetek lefolyása kedvezőbb, mint a nagyvárosi gyakorlatban.

Ennek okát a kedvező hygienikus viszonyokban, a friss levegő és testmozgás által élénkített anyagcserében szokták — méltán — keresni. Előadó két tapasztalás alapján meg van győződve, hogy ezenkívül maga a fürdő is kedvező hatást gyakorol. Az egyik észlelet a gypszkötés és a gépkezelés közt tapasztalt különbségre vonatkozik. Utóbbi mellett ugyanis a gyógyulás gyorsabban szokott végbemenni. Már pedig a legjobb gép sem rögzíthet vagy tehermentesíthet jobban, mint a jó gypszkötés. A különbségnek tehát ott kell lenni, hogy gépkezelés mellett a gyermeket fürösztetni lehet.

A másik érvet előadónak azon személyes tapasztalása képezi, hogy az operativ gyógyított esetek közül azok, melyeknél az utókezelés széles tamponálással történik, gyorsabban kezdenek gyógyulni akkor, midőn a rendszeres kötözés helyét a rendszeres fürdőzés foglalja el, melyet a 3—4 héttől kezdve a hozzátartozók maguk is végezhetnek. E tünetny okát előadó a fürdők tonizáló hatásán kívül még abban is keresi, hogy a fürdőben a váladék teljesen eltávolíttatik, az ür falai élénkebb sarjadásra izgattatnak, és mindezt elérjük a nélkül, hogy a legkisebb fájdalmat is keltenők. Klimatikus helyen e hatásoknak még kifejezettebben kell mutatkoznia.

Rottenbiller Ödön örömmel üdvözlö a conservativ sebészetet, mely a balneotherapiához közeledik. Szóló Aubeaud párisi klinikáján 50%-os creosotolajt látott befeeszkendezni gümőkörös ízületekbe és maga is megpróbálta. Az eredmények jók.

Weisz Ede szerint jók a fürdők, mert hyperaemiát okoznak és a váladék eltávolítását jól, gyorsan és biztosan eszközlik.

Bosányi Béla is jó eredményeket látott gümőkörös ízületbántalmak esetében a Bier-féle kötéstől és local meleg applicatiótól.

Alapj Rottenbiller felszólalására megjegyzi, hogy — mint előadásban kiemelte — a gyógyszeres befeeszkendéseket nemcsak mellőzendőknek nem véli, hanem a jodoformglycerin-befeeszkendéseket a conservativ kezelés leghathatósabb segédeszközei közé sorolja.

A forró léggel való gyógyítás módszereiről és eredményeiről.

Reich Miklós: A forró léggel való gyógyításról számol be saját tapasztalatai alapján csúszos és köszvényes ízület-, izom- és inbántalmaknál, a csontok és ízületek sérülései, idegzásbák stb. esetében. Előadó az általa feltalált thermoaërophor és Krause forró légkészülékeinek bemutatása kapcsán physikai és élettani alapon magyarázza, hogy az ezek által produkált oly magas hőmérsékek (100—160° C) nemcsak könnyen és veszélytelenül lesznek elviselve, hanem kitűnő gyógyhatásokat is eredményeznek. Az elektromos fényfürdők tárgyalásánál előadó azon meglehetősen elterjedt előítélettel száll szembe, mely szerint a fényfürdőkben kellemetlen esélyek fordulnának elő. Csak megfélemlített hysteriásoknál és egyéb idegeseknél látott előadó könnyű rosszületet, de nem mint a fürdőnek, hanem a fürdőtől való félelemnek következményét. Előadó az elektromos fényfürdőt a legenyhébb izzasztó eljárások közé sorolja, a miért is szív-, máj- és vesebajosok kóros folyadékgyülemének eseteiben minden aggodalom nélkül alkalmazható. Végül utal azon előnyökre, melyek a betegek számára, ha az ásványos hévvizet a forró légkezeléssel felváltva alkalmaztatnak, miáltal illt rheumás, köszvényes és egyéb ide tartozó bántalmak gyorsabban vezetnek a gyógyulás felé.

A syphilis gyógykezelése kénes hévizeinkben.

Bosányi Béla: Előadásában utal arra, hogy míg a külföldön és különösen Németországban a szóban forgó bántalom kezelését nagyrészt a kénes fürdőkben eszközlik, addig fővárosunk és a vidék hathatós forrásai e tekintetben teljesen elhanyagoltatnak. Pedig a fürdőgyógyomóddal kapcsolatos higanykúra lényegesen fokozza a hatást és enyhíti a higany kedvezőtlen mellékhatásait. Fővárosunk bő melegforrásai lehetővé teszik a kombinált gyógyomód kiterjedt használatát, mely minden irányban előnyös. Ajánlja végül, hogy a fürdőkben működő orvosok a syphilis gyógyítása körül szerzett tapasztalataikat sűrűn közöljék és ez által a szakközönség figyelmét a fürdőkezelésre tereljék.

Hozzászólásaikban: Tausz Béla, Rottenbiller Ödön a fürdőkezelés mellett főszűlyt a Hg-ra és J-ra helyezik. Bókay Árpád nélkülözhetetlennek tartja a Hg-t a syphilis kezelésében, a fürdőnek jó hatását a nagy folyadékesereforralomban látja, mely az izzadás által jön létre.

A köszvényről.

Weisz Ede, pöstyéni fürdőorvos a régi köszvénytanok biológiai hibáit kutatva, utal arra, hogy a legutóbbi vizsgálatok adatai szerint a vizelet húgysavtartalmából a köszvény kórisméjét megállapítani nem lehet, hogy a vizeletben a húgysav még a roham ideje alatt

sínesen megszaporodva, sőt hogy a köszvényesek vérsavója hozzá-tett húgysavból még oldani is képes s hogy a vér alkaliescentiája semmiben sem tér el a rendes viszonyoktól. Egyébként is az emberi testben keringő húgysav mennyisége oly csekély — rendszeren ép vérben ki sem lehet mutatni —, hogy erre való tekintettel húgysavas diathesisről s húgysavas elárasztásról beszélni egyáltalán nem lehet. Előadó a húgysavas lerakódásokban bizonyos biológiai *error loci*-t lát, melynél fogva kóros viszonyok között a szervezet nemcsak a vese, hanem az ízületek útján is tud a vérben foglalt húgysavtól megszabadulni s utóbbi nehéz oldékonyságánál fogva kénytelen ott előbb-utóbb kijegecedni. Galambokon végzett kísérletei szintén a helyi viszonyok fontos, sőt döntő szerepét látszanak bizonyítani az általános „diathesis” eddig vallott elveivel szemben.

A hazai fürdők látogatottsága 1899-ben.

Boleman István: Az országos statisztikai hivatal 184 magyar fürdő és nyaralóhelyről közli a részletes kimutatást, e szerint volt összesen 184 fürdőhelyen 192,050 vendég; ezek közül 162,054 belföldi és 29,996 külföldi volt. Az állandó fürdővendégek száma kitett 88,292-t az ideigleneseké 103,758-at. Összehasonlítva az 1898. év vendégforgalmával az 1899. évben csak nagyon kis mértékben találunk emelkedést, sőt a balatonparti és kárpáti gyógy- és nyaralóhelyeknél stagnatio fordul elő, a mi a legjobb bizonyítéka hazánk gazdasági válságának. A többi fürdőknél sem tapasztalunk nagyobb fokú emelkedést, csakis kénes hévvízű fürdőink tesznek e tekintetben dícséretes kivételt, és a mi a legörvendetesebb, hogy ezekben a külföldi állandó vendégek száma gyarapodik feltűnően.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A térd illt hyarthrosisának gyógyítása. Az „Académie de médecine de Belgique” febr. 23-diki ülésén Debaisieux bejelentette, hogy Ballenghien a térd illt hyarthrosis ellen Schede által ajánlott módszert előnyösen módosította. A Schede-féle eljárás abban áll, hogy az ízületet megpungáljuk, a folyadékot aspirator segítségével eltávolítjuk és azután az ízületet 30%-os carbol-oldattal többszörösen átöblítjük. Ezen átöblítés azonban nehézséggel jár, Ballenghien szerint azért, mert a carbol csapadékot képez, mely eltömeszeli a troicart canule-jét. Ezért azt ajánlja, hogy előbb sterilizált physiologikus konyhasó-oldattal öblítsük ki az ízületet, a mikor is eltávolozván a carbollal csapadékot adó nyák, az utólagos átöblítés carbol-oldattal nehézség nélkül végezhető. A továbbibban a Schede által ajánlott gyps-készülék helyett a végtagra compressiv kötést tesz és az ízületet csak 12—15 napig immobilizálja; azután massage-t és faradisiatiót végez, ily módon óhajtván elkerülni az izomsorvadás veszélyét.

PÁLYÁZATOK.

647/901. ikt. sz.

A máramarosvármegyei közkórházban f. évi április hó elsejével egy segédorvosi állás jön üresedésbe. Az állás javadalmazása évi 720 korona, lakás és elsőrendű élelmezés. Azon egyetemes orvostudorok, kik ez állást elnyerni óhajtják, felkértenek, hogy oklevelükkel felszerelt kérvényeiket hozzám nyujtsák be.

Máramaros-Sziget, 1901. március hó 20-án.

3—3

Szilágyi István dr., igazgató főorvos.

A pesti izr. hitközség kórházában a sebészeti osztályon egy al- esetleg segédorvosi állás 1901. évi május 1-jén betöltendő.

Az alorvosi állással 800 korona, a segédorvosi állással 600 korona évi fizetés és mindegyikkel természetbeni lakás, fűtés, világítás és élelmezés jár. Ezen állásokra nölten, az összes orvostudományok tudorai pályázhatnak.

Születési bizonyítványra és a képesítésre vonatkozó okmányokkal kellően felszerelt folyamodványok f. évi április hó 15-dikéig a pesti izr. hitközség titkári hivatalába (Síp-utca 12) nyujtandók be.

A pesti izr. hitközség előjárósága.

Üresedésben levő állomások:

Lejárt április 8.

Körörvos. Gyula-Varsánd. F. 1500 k. U. á. 120 k. Cz.: Főszolgabírói hivatal, Elek.

Lejárt április 9.

Poliklinikai egyesület kórházában alorvos. F. 800 k., lakás, élelmezés. Cz.: Poliklinika igazgatósága.

Határidő nincs kiírva.

Máramaros-szigeti kórházban alorvos. F. 720 k. Cz.: Szilágyi István dr. igazgató-főorvos, Máramaros-Sziget.

Lejárt április 16.

Községi orvos. Báros (Kolosm.). F. 1600 k. és lakás. Cz.: Papp Z. főszolgabíró, Teke.

Lejárt május 1.

Körörvos. Maroskapus (14 község, Torda-Aranyosm.). F. 800 k. U. á. 400 k. Cz.: Felföldi Béla főszolgabíró, Maros-Ludas.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markuszovszky 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, Kézmárczky 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: Tüsszentés okozta légmell ép tüdőnél. 246. l.
 Aldor Lajos: A folytonos gyomornedvelválásztásról (gastrosuccorrhoea, Reichmann-féle betegség). 247. l.
 Ráskai Dezső: Közlemény a szt. István-kórház IX. orvosi osztályáról. (Főorvos: Róna S. egyet. rk. tanár.) Adat a zsugorhólyag kör- és gyógytanához. 249. l.
 Bálint Rezső: Közlemény az I. sz. belgyógyászati kórodáról (Igazgató: Korányi Frigyes tanár) és az Erzsébet-szegényház agybonczatani laboratóriumából. (Laboratóriumvezető: Schaffer Károly rendk. tanár.) A térdreflexek viselkedéséről magas haránt myelitiseknél. 249. l.
 Tárca. Nenadovits László: A női betegségek gyógykezelése Franzensbadban. 251. l. — Than Károly: Bunsen Róbert W. emlékezete. 252. l.
 Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Sella József: A syphilis gyógytanának haladása. 253. l. — Könyvismertetés. L. Casper und P. F. Richter: Functionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie. (Vas B.) 255. l. — Lapszemle. Belgyógyászati. Pavinsky és Adel: A heroin használatáról vérkeringési zavaroknál. — Carlo Ceni: A hőmérséklet rohamokban történő alászállása epileptikus betegekben. (—t.s.) — Strauss: Vérnyomás-mérések használatára a hystéria és neurasthenia körismjében. (—t.s.) — Acharoff és Gullard: A beteg vese viselkedése idegen fehérjékkel szemben. (—t.s.) — W. Fleiner: A gyomorhajók-

ból származó tetania vagy tetaniaszerű görcsök. (—t.s.) — Böckertan. Gaucher: Verrucae planae juv. gyógyítása. (Szabóky J.) — Povel: A trichophytiasis. (Szabóky J.) — Hügyészervi betegségek. Nikolai M.: A Nitze-Oberländer-féle urethroscopia javítása. (Ráskai D.) — Schönfeld: Az idült gonorrhoea szerepe az impotentia létrejöttében. (Ráskai D.) — Orr, torok- és gégebajok. G. Küllian: Az oesophagusban fennakadt idegen test esete. (Tóvölgyi E.) — Kisebb közlemények az orvostudományról. Bolen: A higany- és jodkali-dyspepsia megszüntetése. — Rizzo: Heveny hügyesöblennorrhoea. — Verhoogen: A bromipin használatáról epilepsiánál. — Hönigsmied: A dionin. — Folyóiratok átnézete. 256—258. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A tisztiorvosi vizsgák országos bizottsága. — Biedl Arthur. — Az orvostanhallgatók száma Franciaországban. — Az elberfeldi festékgár. — Nyitra vármegye érsekújvári kórháza. — Elhunyt. — Hibaigazítás. — Első leánykiképzési egyesület m. sz. Leány- és fiúbiztosító intézet. — Herczel dr. — Szt.-Lukács-fürdő. — Krondorf. 258. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Közkórházi orvostársulat. — Budapesti kir. orvosegyesület. — Orvostanhallgatók Segélyző és Önképző Egyesülete. — Szegedi orvosegyesület.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Tüsszentés okozta légmell ép tüdőnél.

Közli: Stiller Bertalan dr. egyetemi tanár.

Erőszakos légzési mozgások által ép tüdők mellett keletkező légmell oly ritka esemény s az irodalomban is oly gyéren lett közölve, hogy érdemes minden egyes esetet tudomásra hozni. Az enyém a mellett oly ritka szokatlan klinikai képben jelentkezett, hogy már ez is érdemessé teszi a közlésre.

Sürgősen hívtak fiatal emberhez, kit nemrég ideges gyomorbajban gyógykezelttem. Félig ülő hátfekvésben, nyögve, nyöszörgőve találtam ágyában. Megtudtam, hogy körülbelül egy óra előtt igen heves tüsszentés után hirtelen gyomorfájdalom lepte meg, mely azóta változatlanul fennáll. Kocsin hozták haza; a harmadik emeletre csak kimondhatatlan kínok közepette tudott felvándorolni. Azt hitte, hogy régebbi gyomorbaja valamely veszélyes fordulatot vett.

Azonnal az epigastriumot vizsgáltam meg, a hol a leghevesebb fájdalmakat jelezte; és legnagyobb csodálkozásomra egy terjedelmes daganatot találtam, mely a has egész felső részét kitöltötte, láthatólag kidomborította és egész terjedelmében tompa kopogtatási hangot adott. Pontosabb tájékozódás után arról győződtem meg, hogy a daganat nem egyéb, mint a maga teljességében előttem fekvő máj, mely jóval a köldök alá ért; majdnem egész felületét kúpjával együtt birtam kitapintani.

Széle kívül alulról befelé és felfelé kissé ferde vonalban jóval a középvonalon túlig volt érezhető. A nagytömegű szerv valószínű luxatioja volt jelen: a rekeszizom homorulatából lefelé volt kitolva, egyszersmind előre való forgása haránt tengelye körül volt megállapítható. Ezen klinikai rejtélyt csak a mellkas vizsgálata oldotta meg.

A jobb mellkasfél a végletekig tágult, légzésnél mozdulatlan,

a kopogtatási hang a bordaívig teljes éles, és nyilván a nagy feszülés következtében nem dobos; mellrengés hiányzik, a szív bal felé kitolva, a szívcsúslökés helye a baloldali mellső hónalj-vonalban. Hallgatódzásnál a jobb mellkasfél felett csaknem mindenütt korszólgó hang volt hallható; éreztető hangzású szörtyözöregyek, valamint succusios zörejek hiányoztak. Kétségtől oly nagyfokú légmell volt jelen, hogy a rekeszizom domborulata lefelé kifordítva, a májat mintegy izületéből kifecskendezte.

Egy morphin-befecskendezés annyira csillapította a beteg kínjait, hogy türethetők lettek, ezután a szer belső alkalmazása elegendő volt. Már a következő napon a máj ismét mintegy izületi üregébe visszatért, csak még oly mélyen állott, mint nagyfokú emphysemánál. Tompa, mindinkább szűnő fájdalmak még három napig tartottak; és midőn a beteg egy hét múlva lakáson jelentkezett, a pneumothorax nyoma is eltűnt. Izzadmányt a mellürben sohasem lehetett kimutatni.

Az eset sok tekintetben érdekes. Nem ismerek az irodalomban esetet, a hol a mellhártya-ürben összegyűlt levegő nyomása a rekeszizom domborulatát kifelé fordítva, a májat kifecskendezte volna. Nyilván egy kifogástalanul működő szeleppel volt dolgunk, mely minden belégzésnél levegőt engedett a mellürbe, kilégzésnél pedig ellillanását meggátolta, mindaddig, míg a pleura-ür a lehetőségig ki volt tágulva. Midőn a beteget a baleset után egy órával láttam, a szelep nyílását az erős belső nyomás következtében zártnak kellett felvennem, mert semmiféle hallgatódzási tünetet nem mutatott a tüdő- és a mellhártya-ür közlekedésére. A lefolyás alatt a levegő gyors felszívódása arra mutatott, hogy a nyílás véglegesen záródott. Az eredeti szelepes pneumothoraxból tehát egy rövid óra lefolyása alatt mechanikusan, majd csakhamar szervesen zárt légmell lett. A hirtelen kezdődő epigastriális fájdalmak, melyek eleinte a klinikai képet uralták, kétségtől a máj függesztő szalagjainak vonaglásából származtak, ezenkívül a nyomástól, melyet a máj a szomszéd szervekre gyakorolt, de

valószínűleg idegvongalások is szerepeltek, mi mellett a fájdalmak óriási hevesége szólni látszik. Ezek olyannyira előtérben állottak, hogy a beteg az oly nagy és nyilvánvaló dyspnoét alig érezte, alig birt róla tudomással és csakis a fájdalomnak tulajdonította.

A tüdők teljes biztonsággal egészségesek voltak, az illető sohasem szenvedett hosszabb ideig tartó hurutban; valamely elváltozás sem a baleset előtt, sem pedig utána kimutatható nem volt. Ezt a nagyon gyéren közölt esetekről, a hol légmell nevetés, tüsszentés, köhögés következtében állott elő, csak kivételesen lehet állítani; többnyire valamely hiány volt jelen, hurut, tüdő-légdag, golyva vagy nehézlégzés. Azért már az esemény nagy ritkaságából is szabad következtetnünk, hogy a mi esetünkben is a tüdő felületén valamely gyengébb hely adta meg a praedispositiont, talán egy mellhártya alatti *subpleuralis* emphysemás hólyag, vagy a mellhártya lemezeinek valamely körülírt összenövése, mely az erőszakos légzési kitérésnél elszakadhatott. *West* kísérleti alapon állítja, hogy még a legerőszakosabb légzőmozgások sem képesek egészséges tüdőt folytonosságában megszakítani.

Ha kérdezzük, hogy a légzésnek mely szakában jöhetne inkább létre ily beszakadás, úgy a priori azt hinnők, hogy az erőszakolt belégzés inkább létrehozhatná. Hiszen tüsszentésnél a rohamos kilégzés mély belégzés előzi meg. Azonban különféle körülmények a kilégzés közben létrejövő szakadás mellett szólnak. Először is a tüsszentésnél a főrázkódítás mégis a kilégzés alkalmával jö létre; továbbá, ha a szakadás már a bevezető mély belégzésnél történék, a tulajdonképeni tüsszentés létre sem jöhetne; mert mindenki önmagán meggyőződhetik, hogy a mély belégzéssel bevezetett tüsszentési folyamat valamely jelentéktelen külső befolyás által igen könnyen megakad és kilégzés nélkül mintegy abortive elvész. Mennyivel inkább, ha már a belégzésnél levegő hatol a mellüregbe. Végre pedig a légmell keletkezése nevetés alkalmával szintén a kilégzésnél való szakadás mellett szól, mivel ebben az esetben erőszakolt belégzés egyáltalán szerepet sem játszik, hanem csakis clonikus kilégzési göres szerepel. Osuklás, tehát tiszta belégzési göres által okozott légmell esetét az irodalomban nem találtam. Ha a baleset köhögés alkalmával jön létre, úgy többnyire már beteg tüdők vannak jelen és ebben az esetben is, ép úgy mint a tüsszentésnél, a szakadás nem a megelőző mély belégzés alkalmával, hanem a kilégzési köhögési roham közben keletkezik. Ha ez így van, úgy valószínűbbnek tartanám, hogy ily esetekben egészséges tüdők mellett inkább körülírt kis pleuritikus összenövés, mint savós hártya alatti emphysemás hólyag volna a pars minoris resistentiae; mivel emez inkább a belégzésnél, amaz egy kilégzési roham alkalmával is megrepedhet.

A folytonos gyomornedvelválasztásról (gastrosuccorrhoea, Reichmann-féle betegség).

Irta: *Aldor Lajos* dr., fűrdőorvos Karlsbadban.¹

Egy oly kórképről bátorkodom a jelen alkalommal tapasztalataimat előadni, melynek létezéséről sejtelmünk volt már azon régi orvosoknak is, kiknek nem állottak rendelkezésükre modern, a gyomor functioit exact alakban szemléltető vizsgálati eszközök. *Pemberton*, *Copland*, *Todd* és *Trousseau* abban az időben gondoltak arra, hogy vannak a pyrrhosisnak alakjai, melyek a gyomornedv állandó secretioja által lehetnek feltételezve, a mely időben a gyomor chemismusáról semmiféle positiv tudással nem rendelkezünk. Sőt annak is közel husz éve már, hogy *Reichmann* az ezen időben már diagnostikus czélból alkalmazásban volt gyomorsonda segítségével, a gyomor chemismusának és mechanismusának immár exact vizsgálata alapján kórismézte az első esetét a sokak által utóbb épen róla elnevezett kórképnek, melynek lényege szerinte az, hogy az üres gyomor is — híján minden külső ingernek — elválaszt egy a gyomornedvvel chemice és physiologicé azonos váladékot.

Az első visszhangot *Reichmann* közleményére *Stiller*-nek egy évvel utóbb megjelent ismert munkájában az ideges gyomorbetegségekről találjuk meg. *Stiller* a kórképet lényegében ideges ere-

detűnek tartotta, és a heves fájdalmakat, melyek a *Reichmann* által közölt esetben a subjectiv tünetek között domináltak, a folytonosan elválasztásra kerülő gyomornedv által kiváltott pylorus-göresöknek tulajdonítja.

Nem lehet czélom a kérdés történetének további követése, hiszen ismeretes az a nagy irodalmi felkarolás, melyben a *Reichmann* által leírt kórkép úgy a német, mint a francia szakemberek részéről részesült. De ha a kérdés irodalma jelentékenyen gyarapodott is, ha annak casuisticáját egyes szerzők egész sorozatával az eseteknek bővítették is, e tények még nem jelentik azt, hogy az, a ki ma foglalkozik ezen, első leírója által meglehetősen praecise körvonalozott kórképpel, legfeljebb a casuisticáját bővítheti egy lényegében jól ismert megbetegedésnek. Nem is tekintve a kórkép pathogenesist, a mit teljes homály fed, magára a kérdésre, mely a bántalom előfordulásának gyakoriságát illeti, az egyformán nagy tapasztalatokkal rendelkező észlelők oly feleleteket adnak, a melyek között a legszélsőbb ellentétek állanak fenn. *Bouveret* és *Devic* egy nagy terjedelmű monographiát szentelnek a gyomornedvfolyásnak mint önálló kórképnek és szerintük ennek gyakorlati jelentősége és gyakorisága legalább is ugyanolyan, mint a gyomorráké. Gyakorinak tartja a kóralak előfordulását *Riegel* is és tanítványa *Honigmann* szerint pláne egy nagy töredékét képezi az összes gyomorbetegeknek a *Reichmann*-féle betegség. *Johnson* és *Behm* ugyancsak aránylag rövid idő alatt 176 esetet észleltek. Ellenben maga *Reichmann*, a ki a tünetesoportot először leírta, azt mint önálló megbetegedést ritkának tartja. Ugyanezen nézeten van *Martius*, és egy oly nagy specialis tapasztalatokkal bíró orvos is, mint *Boas*. *Schreiber* pedig, a kinek elvitázhatatlan érdeme az a számos kísérleti adat, melylyel a gyomornedvelválasztás physiologiájának sokat vitatott kérdését tisztázni óhajtotta, még tovább megy és teljesen indokolatlannak és jogosulatlannak tartja a *Reichmann* által leírt tünetesoportot az eddig ismert gyomorbetegségektől mint önálló kórképet elkülöníteni. Ő tehát a *Reichmann*-féle tünetesoportot létjogosultságában támadja, és egyrészt azért nem látja indokoltnak azt, hogy a gyomornedvfolyásnak egy új, önálló fejezetet adjunk a gyomorbetegségek pathologiájában, mert a kórkép főkritériuma: a gyomornedvelválasztásnak folytonos, tehát spontán volta, egy physiologiai jelenség; másrészt pedig az éhgyomorban található nagyobb mennyiségű gyomornedvet nem egy elválasztási anomalia jelének, hanem a gyomor egy fennálló mozgási elégtelensége következményének tekinti.

A mint *Schreiber* felvetette azt, hogy teljesen egészséges egyének is elválasztanak minden inger behatása nélkül gyomornedvet — tehát léteznék physiologikus gyomornedvfolyás —, csakhamar számos közlemény lett publicálva, mely hasoncélú és irányú vizsgálatokról számolt be. (*Riegel*, *Martius*, *Schüle*, *Strauss* stb.) Ezen vizsgálatok legnagyobb része szigorú cautelák mellett lett végezve, részben egészséges gyomrú egyéneken, a kik a sonda bevezetéséhez hozzá lettek már szoktatva, mert ily módon gondolták az egyes vizsgálok a sonda által okozott izgalmat a minimumra reducálni. S ha ezen nagyszámú vizsgálati adat között arra kerestünk feleletet, hogy megezárták-e a vizsgálok a physiologusoknak azon régi és általánosan elfogadott, gyomorsipolyos egyéneken végzett vizsgálatok alapján felállított tételét, hogy spontán és continuus gyomornedvelválasztás physiologicé nem létezik, úgy az a felelet, a mit kapunk, épen nem lesz kielégítő. Mert ezen nagyszámú vizsgálatok túlnyomó részében éhgyomrú egyéneknek csak pár: 5—8—10, maximum 20 köbcentimeter folyadékot tudtak az egyes vizsgálok találni és erről a folyadékról csak egy töredékében a vizsgáloknak lett kétségen kívül kimutatva, hogy az chemice teljesen azonos azzal a gyomornedvvel, mely mint reactio elválasztásra azon inger alapján kerül, melyet főleg a gyomorba vitt tápanyagok, részben pedig a rágó mozgások szolgáltatnak. *Schreiber* mindig talált egészséges egyének éhgyomrában secretumot, úgy szintén *Martius* is, a ki 16 egyéneken végzett ilyen irányú vizsgálatokat. *Schüle* 51 egészséges gyomrú egyéneken végzett vizsgálatát alapján arra az eredményre jut, hogy bár csekély mennyiségben, de majdnem kivétel nélkül található, oly folyékony bennék, melyhez a gyomormirigyek secretuma is keverődött. Ellenben *Reichmann* 59 esetben végzett vizsgálati között 27-szer a gyomor teljesen üres volt, csak 11 esetben tudott pár köbcentimetryi *savanyúan*

¹ Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület 1901 márczius 16-diki ülésén.

reagáló folyadékot nyerni, míg 14-szer egy nyákos, vizes alkalikus folyadékhoz jutott, a mi kétségkívül nem volt valódi gyomornedv. *Riegel* szerint éhgyomorból legtöbb esetben semmi, vagy csak pár köbcentimetryi folyadék nyerhető. Messzire vezetne az ezen kérdés körül kifejlődött polemia ismertetésébe való belemenés. A fentieket azonban szükségesnek tartottam előrebocsátani, mielőtt saját vizsgálati adataim ismertetésére térnék.

E kérdés különösen az utolsó 3 évben állandó tárgyát képezte érdeklődésemnek, és ha ezt az alkalmat felhasználom arra, hogy ezen idő alatt összegyűjtött vizsgálati adataimat közlésem, úgy ez nem azért történik, mintha szükségét látnám az ezen irányban különben is bőven lévő — részben ismertett — vizsgálatok számát egyszerűen szaporítani, mások vizsgálati eredményeit egyik vagy másik irányban megerősíteni. Saját vizsgálati eredményeim ismertetésének főcélja az, hogy rámutassak arra, hogy az eddig ez irányban végzett vizsgálatoknál a vizsgálók figyelmét nem elég nyomatékosan kötötte le az a kérdés, hogy az éhgyomorban esetlegesen jelen volt *folyadék* rendelkezik-e a *gyomornedv* minden kellékével és így teljesen identikus-e azzal, s célja végül az, hogy kimutassam, miszerint arra a kérdésre nézve, hogy jogosult-e a folytonos gyomornedvfolyást önálló körkép gyanánt tekinteni, teljesen jelentéktelen, hogy létezik-e vagy sem egy physiologikus gyomornedvfolyás. Ez utóbbi magában véve is elég érdekes kérdés, de szinte érthetetlen, hogy hogyan jutott egy oly domináló, mindazok figyelmét sokáig teljesen absorbeáló szerephez, a kik a *Reichmann*-féle körképpel foglalkoztak.

Saját vizsgálataim 51 egyénre vonatkoznak. Ezek közül 8-nak teljesen egészséges gyomra volt; egyik-másiknak voltak ugyan jelentéktelen gyomorpanaszai, de a gyomorfunctiók vizsgálata teljesen normalis viszonyokat derített fel. Hyperchlorhydriája volt 26 egyéneknek, a kiknél intact mozgási képességét találtam a gyomornak. A többi 17 könnyebb-súlyosabb motorikus insufficienciában szenvedett és ezen 17 közül 6-nál a motorikus zavar hyperchlorhydriával volt kombinálva. A vizsgálatokat oly módon rendeztem el, hogy azokat a betegeket, a kiknél a gyomor legesekélyebb motorikus elégtelenségének sem volt nyoma, 12—14 óráig egyszerűen böjtölni hagytam (d. u. 6 órától másnap reggel 8—9 óráig) és ezen idő letelte után a sondát bevezettem és a gyomorbennéket előbb exprimálni próbáltam, majd egy erős *Pollitzer*-féle szivattyúval kísérlettem meg az aspirálást. Ugyanígy rendeztem el a vizsgálatokat atoniás, ectatikus, gastropotikus egyéneknek, azzal a módosítással, hogy a vizsgálatot megelőző este az illető betegeknek a gyomrát közönséges langyos vízzel a legalaposabban kimostam, azaz mindaddig nem hagytam abba a mosást, a míg a mosóvíz abszolút tisztán nem folyt vissza.

Egészséges egyéneknek tett vizsgálatok alkalmával nyolcz közül két esetben absolute nem tudtam nyerni a gyomorból folyadékot, 4 esetben 5—12 köbcentimetryi *közömbösen* reagáló, áttetsző folyadékot kaptam. Hogy ez nem gyomornedv, az kétségtelen, hiszen maga a közömbös reactio minden további vizsgálatot fölöslegessé tesz. Az egészséges emberek éhgyomrából nyert ezen pár köbcentimetryi folyadék semmi esetre sem mirigyváladék, hanem a gyomor nyákhártyáját borító, részben degenerált hengerhámsejteknek a productuma. Két esetben jutottam csak savanyúan reagáló folyadékhoz, melynek mennyisége 14, resp. 16 cm³-t tett ki. Ezen nedv összaciditása az egyik esetben 6%, a másikban 9% volt. Sósavat mindkét esetben csak minimális nyomokban lehetett kimutatni (*Braun*), míg a pepsinre tett quantitativ vizsgálat — *Hammerschlag* módszere szerint — abszolút negativ eredményű volt, azaz a gyomorból nyert folyadéknak emésztő-képessége egyértékű a 0-sal. Annival nagyobb súlyt helyezhetek ezen utóbbi körülményre, mert éppen ez az, a mi a vizsgálók figyelmét nem abban a mértékben kötötte le, a mint — szerintem — ennek a körülménynek fontossága azt megérdemli. Quantitativ pepsinmeghatározások a szóban levő kérdés tisztázására megejtett vizsgálatoknál — a mennyire az irodalom nekem hozzáférhető volt — egyáltalában nem történtek. Pedig, hogy azt állíthassuk, hogy az éhgyomorban található folyadék tényleg gyomornedv, feltétlenül szükséges annak a kimutatása, hogy a talált folyadék az emésztőképes gyomornedvnek legalább két főalkatrészét: sósavat és *ennek megfelelő*, a gyakorlati czélokra

bevált vizsgálati módszerekkel kimutatható mennyiségű pepsint tartalmazzon. Ezen utóbbi adatok ismételtén végzett vizsgálatok eredményeinek középértékét tüntetik fel és így meg volt azon egyes vizsgálók által fontosnak jelzett körülmény is, hogy a vizsgálatok a sonda bevezetéséhez már hozzászokott egyéneknek lettek végezve. A magam részéről azonban ezt cautelának, mely a vizsgálat eredményére számottevő befolyással volna, absolute nem tartom, mert sem a már említett, sem a még említendő vizsgálatoknál egyetlen egyszer sem tapasztaltam, hogy ismételt sondirozásoknál kevesebb folyadékot nyertem volna, mint a sonda első bevezetése alkalmával. Ha a sonda a gyomor nyákhártyáját ingerli valamelyes secretiora — a mint hogy ingerli — úgy ez az inger annak ismételt bevezetése által jelentékenyen semmi esetre sem csökkenthető. Ez legfeljebb olyan egyéneknek volna gondolható, a kiket hosszú időn át szerzett gyakorlat képesít a sondának a legesekélyebb nehézség nélkül való egyszerű lenyelésére, de még ezeknél is az az inger, a mely a sondának a gyomorfallal való érintkezése folytán létrejön, ha csökkent mértékben is, de inger marad.

Azon 26 egyén közül, kiknél a gyomorfunctiók vizsgálata egyszerű hyperaciditást állapított meg, 17-nél éhgyomorban csak pár csepp közömbösen, vagy éppen alkalikusan reagáló, folyadékot kaptam, csak egy esetben tett ki az összmennyiség 6 köbcentimetert.

Hét egyénnél pedig 12—18 köbcentimeter savanyúan reagáló, alacsony összaciditású (5—10%) nedv volt nyerhető. E hét közül két egyéneknek üres gyomrából nyert folyadéknak pepsint nyomokban (10%) tudtam kimutatni, míg a többi 5-nél az emésztő-képesség legesekélyebb nyomát sem bírtam a *Hammerschlag*-féle módszerrel megállapítani.

Egy hyperacid egyénnél 28 cm. gyomornedv volt a gyomorban található, melynek szabad sósavtartalma 16%-ot, összaciditása 55%-ot és pepsin tartalma 50%-ot tett ki.

Hasonló vizsgálatokat végeztem még 17 olyan egyénnél, kiknél a gyomor motorikus insufficienciája volt jelen. Hogy ezen esetek valamennyiében 10—60 köbcentimeter folyadék volt nyerhető — annak dacára, hogy előző este gyomormosást végeztem —, csak azt mutatja, hogy a motorikus insufficienciák kifejezettebb alakjainál lehetetlen a gyomrot olyan alaposan kimosni, hogy abban vissza nem maradjon kisebb mennyiségű folyadék, vagy vissza ne maradjanak a gyomor nyákhártya redői között meghúzódó, szabad szemmel észre sem vehető ételmaradékok, melyek különösen olyan egyéneknek, kiknél különben is felvehető a nyákhártyának irritabilis volta, ingert szolgáltatnak gyomornedv elválasztására. Ezen 17 egyén között 6 volt olyan, a kiknél ezen utóbbi körülmény jelenlétét joggal véltem felvehetni, mert a motorikus zavart kifejezett hyperaciditás complicálta. Ezeknél az éhgyomorból nyert folyadék tényleg gyomornedv volt, a mennyiben, ha mérsékelt mennyiségben is, de időnként ki volt mutatható úgy sósav mint pepsin.

Vizsgálataimból levonható következtetéseimet a következőkben foglalhatom össze: Egészséges emberek éhgyomrában vagy *egyáltalában* nem található folyadék, vagy ha minimális mennyiségben jelen van is, az nem valódi emésztőképes gyomornedv, hanem főleg a gyomor nyákhártyáját fedő hengerhámsejtek váladéka. Ebben a valódi gyomornedv alkatrészei közül, bizonyára a sonda által okozott izgalom következtében egyes egyéneknek kis mennyiségben sósav is kimutatható, de már pepsin olyan mennyiségben nincs jelen, a milyenben az a gyakorlati czélokra különben teljesen bevált *Hammerschlag*-féle módszerrel kimutatható volna. Hogy a pepsin a pylorus és a fundus mirigyek fősejtjeiben, a sósav pedig a fundus mirigyek fedősejtjeiben képződik, ma már nem fogadható el, mert *Klug* exact vizsgálatai kimutatták, hogy a fedősejtek éppen úgy termelnek sósavat, mint pepsint. *Klug* ezen kísérleti tényével teljesen egybehangzanak *S. Fränkel* és *Contejean* vizsgálatai is és így annak az okát, hogy egészséges egyének éhgyomrában található folyadékban esetleg — ha kis mennyiségben is — sósav kimutatható, ellenben pepsin nem, oly módon magyarázhatjuk, hogy a sonda alkalmazására a fedősejtek esekély fokú secretioval reagálhatnak ugyan, de ez a váladék még nem identikus az emésztőképes gyomornedvvel.

(Folytatása következik.)

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

Adat a zsugorhólyag kór- és gyógytanához.

Ráskai Dezső dr. műtőorvostól.

A hólyag lobos megbetegedései az esetek túlnyomó többségében a nyákhártyán és az alatta levő kötőszöveten nem terjednek túl.

A négyrétegű laphám által képezett hólyagnyákhártya szerkezete, a nyákhártya alatti kötőszövet vastagsága és lazasága, az izomfalnak különlegessége, valamint az egész szervnek élettani működése nem hajlamosítja, az egész hólyagfalon (összes rétegekre ben) áttérjedő lobok létesítésére.

A parenchymás cystitisek, különösen azok heveny alakja, pericystitikus folyamatok tovább terjedése folytán jönnek létre. A csírok rendkívüli virulenciája szükséges a talaj fokozott receptivitása mellett, hogy ezen folyamat a hólyagnyákhártyából keletkezzék vagy induljon ki.

Nem a megbetegedés intensitása, mind inkább tartama, a hólyag izomzatára áttérjedő chronikus lob, mely az izomelemeknek teljes vagy részleges tönkremenetelével végződik, hozza létre kedvező körülmények között a hólyagnak azon állapotát, melyet Ultmann classikus leírása után zsugorhólyagnak (Schrumpfblass) nevezünk.

Ezen állapot néha csak gyakoribb vizelésingerben nyilvánkozik meg (tisztá vizelet mellett), máskor azonban teljes hólyag-elégtelenséghez vezet, állandó vizeletesurgással. Ezen utóbbi esetben a detrusor izomzatára korlátozóttak, a fibrosus elváltozásokat szenvedett hólyagfalzat a sphincter ellentállásával szemben némi elastikus tágulásra képes és néhány cm³ folyadékot visszatart. Ilyen esetről óhajtók a következőkben beszámolni:

A 49 éves férfibeteg¹ valamivel több mint öt éve, hogy kankót kapott, mely állítólag első ilyenmű infectioja volt. A mérsékelt kifolyással járó és nagyobb fájdalmakat nem okozó baj, szerinte 5–6 hét alatt, a vizelésnél való kis égés érzetének visszamaradásával megszűnt. Néhány hónappal utóbb azt veszi észre, hogy mind sürűbben kénytelen vizelni, az inger parancsolóan lép fel, az egész actus igen fájdalmas, vége felé görcsöskig fokozódik. Idővel a fájdalmak kevesebbedtek, a görcsszerű befejezés megszűnt, de a gyakori vizelésre készítés, időnkénti rövid remissióktól eltekintve, folyton súlyosbodott, úgy hogy több ízben feküdt kórházban, a hol többnyire belsőleg kezelték.

1899. november elején vétetett fel a szt. István-kórház IX. orvosi osztályára. Hügyeső 23. számú bougie számára könnyen átjárható, húgycsőből váladék nem nyomható ki. Prostata valamivel tömöttebb. Catheterrel 10–15 gramm residualis vizelet bocsátható le, vizelet zavaros, szétőredezett csafatokkal, hámsejteket és kevés genyesejtet tartalmaz. A hólyag 20–30 grammot fogad be, fokozás tűrhetetlen fájdalmakat okoz. A bevezetett explorator csak kis kitérésekre képes, de ormánya mindenütt síma falakat érint.

Beteg nappal majdnem minden $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ órában vizel, a vizelés inger rögtön kielégítést igénylő erős hólyagtáji fájdalom alakjában jelentkezik, mindvégig megmarad, de a vég felé nem fokozódik. Éjjel a frequentia majdnem ugyanaz, az inger fájdalomassága felébreszti, ha megtörténik, hogy elalszik, ágya nedves lesz, a fölőselet kivizeli.

Cystoscopiához szükséges minimalis folyadékmennyiség behagyása sem sikerült. A kezelés a vizeletnek lebocsátásából, igen óvatos bőrvizes kiöblítésből és másodnaponként $\frac{1}{2}$ – $1\frac{1}{2}$ %-ig előrehaladó Guyon-csepegtetővel alkalmazott arg. nitr.-oldat bevezetéséből állott.

Az állapotnak így jelentékeny javulását értük el, a mennyiben úgy az inger felléptének, mint magának a vizelésnek fájdalomassága csökkent és ezzel a gyakoriság is kevesebbedett.

Az említett tünetekből, valamint a vizsgálat objectív eredményéből a zsugorhólyag klinikailag is szorosan határolt körképe volt megállapítható.

A zsugorhólyag diagnosisa nem mindig könnyű. Igen könnyen cserélhető össze a concentrikus hypertrophiával (a hol a hólyag falának megvastagodását szövetszaporulat idézi elő és a hólyag ürterének csökkenését, a hólyag belső falába kiemelkedő izomgerendák hozzák létre); összeváltó a tünetileg sokban megegyező azon állapotával a hólyagnak, a melynél a nyákhártya lefolyt lobok következtében az alatta levő kötőszövethez van rögzítve és a hólyag változó teltsége közben vongáltatva, igen erős fájdalmakat hoz létre.

Mindezen folyamatoknak közös tulajdona a hólyag kis

capacitása, csak hogy míg az utóbbi kettőnél e kis kapacitás a falak érzékenysége által előidézt, narcosisban vagy physiologikus mély álomban könnyen eliminálva, a hólyagnak erős kitágulását engedi meg, addig a zsugorhólyagnál ez a kis kapacitás már anatómiai és mint ilyen, soha és semmi körülmények között nem fokozható.

A zsugorhólyaggal bíró beteg mély álomban a hólyagban felgyülemelő folyadéknak fölőseletét maga alá bocsátja, így a mi betegünk is, a concentrikus hypertrophiánál ez soha sem következik be.

A zsugorhólyag, a mint már említettük, a cystitisnek a a hólyag izomzatára való tovaterjedése által jön létre, előidézve, a kórokozó mikrobától függetlenül, nem annyira a folyamat intensitása, mint inkább az alapbántalom tartama által. Az izomelemek helyébe lépő kötőszöveti szaporulat, a megmaradt izomzatot dúsan keresztül szövő merev kötőszöveti kötegek az épen maradt izomelemeket is zavarják működésükben, a hólyagot merev tömlővé alakítva.

Ezért minden a kapacitást helyreállítani célzó, vagy a kapacitást fokozni óhajtó mechanikai kezeléstől el kell tekintenünk, mert nemcsak eredménytelen, de a különben is érzékeny hólyagnak érzékenységet csak fokozná és a még megmaradt kapacitást is megsemmisítené.

Az eset szíves átengedéseért Róna tanár úrnak hálás köszönetemet fejezem ki.

Közlemény az I. sz. belgyógyászati kórodáról (Igazgató: Korányi Frigyes tanár) és az Erzsébet-szegényház agyboncztnai laboratóriumából. (Laboratórium-vezető: Schaffer Károly rendk. tanár.)

A térdreflexek viselkedéséről magas haránt myelitiseknél.

Irta: Bálint Rezső dr.

(Folytatás.)

A gerinczvelőnek Müller-féle folyadéknak való keményítése után részleteket metszettem ki a különböző magasságokból, a lumbalis velőt azonban, tekintettel épen arra a fontosságra, melylyel ennek a részletnek állapota bir, sorozatos metszetek alapján tüzetesebb vizsgálatnak vetettem alá.

Magán a keményített anyagon makroszkopice következő kiemelendőket találtam. A góczhoz közel levő helyek egészen világos-sárga színeződést mutatnak, a felsőbb részekben a secundaer degenerált helyek világosabb színűek, az alsóbb részekben a degenerált pyramis helye színeződési eltérést nem mutat. A lumbalis velőben a hátsó gyökök azon keresztmetszetei azonban, melyek a belépő gyökkel összeköttetésben vannak, egészen világos színeződést mutatnak s e színeződés vékony sáv alakjában folytatódik a belépő gyökkel a gerinczvelő állományába is, a hol hamarosan megszűnik. A metszeteket már most Weigert-Wollers methodusával festettem s azzal a következőket mutathattam ki. A gócztól felfelé eső részekben nem találunk eltérést azoktól a képektől, melyekhez háti myelitiseknél szokva vagyunk: közvetlenül a gócz felett egészen világos keresztmetszetek nagy rostkiezéssel, majd mindinkább csak a secundaer degenerált helyekre szorítkozó fehér részletek láthatók. Így az V. háti gyöknek megfelelő részleten már kizárólag a Goll-féle kötegek s a direct kisagyi pályáknak megfelelőleg látunk színeződéshiányt. E helyeken a rostok már nagyrészt szétetek, a meglevők pedig erősen duzzadtak, melyeknek nagy része festődő képességét már elvesztette. A gócz alatti részek a következőket mutatják: Közvetlenül a gócz alatt a VIII. gyöknek megfelelőleg szintén világos színeződésű keresztmetszetek láthatók szétesett, részben duzzadt rostokkal. A lumbalis velő keresztmetszetei makroszkopice nem látszottak kórosoknak. Sem a pyramisoknak megfelelő helyeken, sem a gyökökön eltérés nem látszik, sőt egyes helyeken a gyökök azon helyei, melyek festés előtt a gerinczvelő állományába folytatódó világos sávként tüntek fel, sötétebb színűeknek látszanak. Mikroszkoppal vizsgálva az látszik, hogy a pyramisok a degeneratio kezdődő stadiumában vannak. A pyramis rostok veiös hüvelyei duzzadtak, hasonlóképen a tengelyfonalak egy része is. A velős hüvelyek sok helyütt széjjel estek, s az egész

¹ A budapesti kir. orvosegyesület dermat. és urológ. szakosztályának 1900. márczius 19-diki ülésén tartott betegbemutató.

terület mintegy be van hintve ily szétesett velős hüvelyekből származó, haematoxylinnel jól festődő myelin-rögökkel. A hátsó gyökök keresztmetszetében a rostok szintén nem épek. A velős hüvelyek duzzadtak, varicosusak, helyenként meg vannak szakítva s igen intensíven festődöttek, ezenkívül a keresztmetszetek is tele vannak jól festődött myelin-rögökkel. Kiemelendőnek tartom e beteg rostok élénk festődését, a mi annál szembeszökőbb, mert a szomszédos keresztmetszetek, melyek mint a szintén alkalmazott más festési módok (Azoulay) bizonyítják, egészséges rostokból állanak, e metszeteken kevésbé élénken színeződtek. A Weigert-féle haematoxylin tehát a duzzadásban levő rostokat jobban festi, mint az épeket.

A leírt gyök keresztmetszeteken ép rost alig található. E rostok a keresztmetszetről összeszedődve aránylag igen szűk téren lépnek a gerincező állományába. E szűkületet a pia mater lát-szik képezni, melynek gyűrűje itt szorosan körülveszi a belépő gyököt. A gerincező állományában a rostok ismét nagyobb helyet látszanak elfoglalni, erősen duzzadtak, varicosusak, sötétén színeződtek. E duzzadt rostok azután a hátsó szarv határán megszünnnek.

Egészen hasonló elváltozásokat látunk az elülső gyökökön is. Itt is azok a keresztmetszetek, melyek a kilépő gyökkel összefüggésben vannak, intensivebben színeződtek mint a többiek. A keresztmetszet duzzadt, varicosus rostokkal van tele, melyek közt igen sok jól festődött myelin-rög és éles kék contourral bíró zsírcsepp van elszórva. E rostok a piának igen szűk részén keresztül folytatódnak a gerincező felé s itt ismét erősebben duzzadva haladnak széjjel az elülső szarv irányában. A belépés szűk volta annyira szembetűnő, hogy az egész gyök homokóra alakjához hasonlít. A lumbalis részből s a sacralis rész felső segmentumából, mint már mondtam, sorozatos metszeteket készítettem. A hátulsó és elülső gyökök fent leírt elváltozásai a lumbalis rész felső részeiben a legkifejezettebbek, de az összes metszeteken megtalálhatók.

A gyökök degenerációjának kiterjedéséről még pontosabb képet nyújtanak a esersavval és osmiumsavval praeparált metszetek (Azoulay). E készítményeken az egészséges gyökátmetszetek fekete színeződése élénk ellentétet képez a fent leírt beteges gyökátmetszetek világos szürkés színeződésével, mely színeződés a belépő gyökkel összefüggő átmetszetnek majdnem egész területét elfoglalja, úgy hogy csak a szélein láthatók feketén festődött ép gyökrostok. Hasonlóképen élesen tűnnek ki a festésnél az elülső gyökök keresztmetszetének degenerált részei. A festéssel különben az is kitűnik, hogy a legintensivebben a belépő, illetőleg kilépő gyökkel összefüggő keresztmetszetek vannak elfajulva, de egyes más keresztmetszeteken is láthatók apróbb degenerált foltok.

Nissl-féle festésnél csak a lumbalis részből vett metszeteket vizsgáltam s ezeken a szürke szarvak idegsejtjeit teljesen épeknek találtam.

A haematoxylin-eosinnal festett metszetek a következőket mutatják. A lumbalis részen a pyramisoknak megfelelő helyen kezdődő kötőszövetzaporodás, a gliamagvak proliferációjával. Ugyanaz látható a degenerált gyökökben is.

Igen fontos a pia állapota. A pia erősen meg van vastagodva. Feltűnő ez különösen azokon a helyeken, hol az ideggyökök áthaladnak, a mely helyeknek megfelelő gyűrűk igen keskenyek. A pia erei, főleg *venái* erősen tágultak, lumenük vérrel teli. A vénák falai vastagodottak s kifejezett magproliferációt mutatnak.

Az alsó végtag izmai igen kisfokú degeneratio képét mutatják. Az ép izomzat között elszórva kisebb csoportokban kevés atrophikus rost látható, melyeknek harántesikolata nem oly élesen látható mint a többié. Helyenként kisfokú magproliferatio és kötőszövetülképződés található, más helyeken pedig csekély zsírlarakodás.

Környei idegek épek.

Rövidesen összefoglalva az esetre vonatkozó adatokat, azok lényegét a következőkben akarom kiemelni.

Transversalis myelitis a nyolcadik háti segmentum táján. Az észlelés kezdete a megbetegedés negyedik napján. Ekkor teljes paraplegiája van jelen az alsó végtagoknak, az érzési kör működése azonban nincs teljesen felfüggesztve, a mennyiben a hő- és fájdalomérzés megtartott, az előbbi invertáltan. Ugyanakkor az

alsó végtagok összes reflexei hiányoznak. Ez az állapot 18 napig csak annyiban változik, hogy lassanként a fájdalomérzés is elvesz.

Elektromos ingerlékenység rendes. 18 nap után visszatérnek a térdtünetek s fennállanak, sőt fokozottak 14 napig, mikor is egész az exitusig ismét kimaradnak. A 35. napon már a hőérzés nyomai is eltűnnek.

Az anatómiai vizsgálat a háti segmentumnak megfelelőleg a gerincező teljes lágyulását mutatja. A lágyult rész feletti és alatti részekben az egész keresztmetszetre kiterjedő rostelfajulás látható. Ez elfajulás úgy felfelé, mint lefelé a rendes secundaer degeneratio képét mutató keresztmetszeteknek ad helyet. A felhágó degeneratio sokkal előhaladottabb, mint a lehágó, mely a Marchi-féle methodussal tisztán kimutatható, a Weigert-féle methodussal azonban csak kezdetinek mutatkozik, a mennyiben e festéssel csak duzzadó s a szétesés kezdetén levő velős hüvelyek láthatók. A felhágó és lehágó degeneratio ez időbeli különbsége makroszkopice is könnyen regisztrálható, miután a felhágóan degenerált részek e festésnél szintelenek, a lehágóan degeneráltak a rendes sötétkéék színűeknek látszanak. *Az ágyéki velőben a rendes secundaer degeneratio kívül semmiféle elváltozás nincsen, fehér és szürke állomány ép, az idegsejtek Nissl szerint festve a rendes egészséges idegsejtképeket mutatják. Elváltozások láthatók ellenben a hátulsó, valamint elülső gyökökön, valamint a pián. Ez utóbbi kissé vastagodott, vendi teltek, a vénák falai magproliferációt mutatnak. A piának az a helye, melyen a gyökök átmennek, szűkülnek látszik. E szűkült helyen a rostok összeszorítva látszanak s attól úgy ki-, mint befelé a rostok tölcseyszerűen mennek szét, velős hüvelyek duzzadtak, sok helyen myelin-rögökbe szétesettek, a mely rögök élénk festődést mutatnak.*

Ez elváltozások láthatók az összes lumbalis s — kisebb fokban — sacralis gyökökön is. A gyökök többi átmetszetei normalisak, csak épen a piagyűrűn való áthaladás helyén innen és túl láthatók a nevezett elváltozások. *Az elváltozások a hátsó gyökökön erősebben, az elülsőkön kevésbé erősen, de azért kifejezetten mutatkoznak.*

Izmok jelentékenyebb elváltozást nem mutatnak. Környei idegek épek.

Itt tehát két jelenség áll egymással szemben: a reflexek hiánya s az ideggyököknek elfajulása épen azokon a helyeken, a hová a reflexek útját lokalizálni tanultuk. Hogy e két jelenség teljesen fedi-e egymást, azt későbbben még bővebben akarom fejtegetni. Most csak annyit jegyzek meg, hogy jelen esetben semmi esetre sem mondatjuk azt, hogy a reflexkimaradást tisztán a gerincezői pályák magasán való teljes megszakítása okozta. Ez természetesen nem zárja ki azt, hogy egy ily megszakítás minden a reflexutak laesioját előidéző folyamat nélkül is előidézheti a reflexkimaradást. S épen e szempontból érdekes lesz röviden átvenni az irodalom idevágó eseteit s keresni azt, vajjon a szerzők fel vannak-e jogosítva eseteik alapján a Bastian, majd Bruns által felállított tétel igazságát bizonyítani, *vagyis vajjon teljes bizonyossággal mondhatják-e eseteik alapján e szerzők azt, hogy a reflexek kimaradása magas laesioknál a reflexutak teljes épsége mellett is létrejön.*

Mint már a bekezdésben felhoztuk, a Bruns közlései előtt megjelent eseteknél a fősúlyt a klinikai jelenségekre fordították, s Bruns esete az első, a mely a kérdés meritumára is értékkel bír, miután ez az első eset, a hol az ágyéki velőre is kiterjedő exact szövettani vizsgálatok végeztek. Ez idő óta Senator közléseig újból több közlés jelent meg, melyek közül Senator a saját esetével és Brunséval együtt hatot tart olyannak, mint a mely semmi irányban sem eshet kifogás alá s így a Bastian-Bruns-féle tétel bizonyítására alkalmas. Ez esetek Senator szerint az *övé, a Brunsé, az Eggeré, Hocheé és Pfeifferé.*

Nézzük őket egymásután.

Pfeiffer esete a legrégibb. Ennél a három alsó nyaki és egy háti segmentumnak megfelelő sarcomáról van szó. A betegség 11 hónapig tartott. Az észlelés kezdete a betegség 20. napjára esik. Ekkor fokozottak a reflexek, 15 nap múlva a patellarreflexek kimaradnak. Alsó végtagok izmai atrophikusak. Az autopsia szerint a laesio helyén a vezetés teljesen meg van szakítva. A szövettani vizsgálat csak carmin- és haematoxylin-festés-

sel történt. A szövettani lelet során ideggyökökről, izmokról, peripher idegekről, pia materről említés sinesen téve. Általában a szerző dolgozatában a reflexek kimutatására nem helyez súlyt, miért is a reflexek vizsgálatáról igen kevés említést tesz. Hogy az atrophikus végtagizmok villamos vizsgálata mennyire számba vehető, mutatják a kórtörténet következő adatai: Szeptember 19-dikén. A villamos vizsgálat a hűdött részeken erősen lefokozott faradikus ingerlékenységet mutat. A galvanikus reactio csak akkor áll be, ha a legerősebb áramok egy ideig behatnak. Márczius. A meglehetősen erősen sorvadott petyhüdt alsó végtagok normalis villamos ingerlékenységet mutatnak. Julius. Az alsó végtagok villamosan nem ingerelhetők.

De eltekintve ettől, az a körülmény, hogy nagyfokú atrophia volt jelen és sem az izmok, sem az idegek s ideggyökök állapotáról semmit sem tudunk, nemcsak nem mutatja kifogástalanulnak ezt az esetet, de egyáltalában nem olyannak, mint a mely a Bastian-Bruns-féle tétel mellett csak valószínű bizonyító erővel is bírhatna.

Nézzük a második esetet. Egger esete: csigolyatörés az első nyakcsigolyák táján. Az észlelés kilencz hónapig tartott s az egész észlelési idő alatt az alsó végtagok petyhüdt hűdése volt jelen reflexhiánnyal. Az autopsiánál az I. dorsalis segmentum teljesen ronsolva találtatott. A mikroszkopikus vizsgálat kimutatta, hogy az ágyéki velőben a jobb szarv sejtszöveti megkeveredtek. Az alsó végtag izmaiban nagyfokú elváltozások voltak jelen; az izomrostok teljesen atrophikusak, nagyszámú izomrost teljesen elpusztult. A magvak megszorodtak, bő zsírlakodás lépett fel. A kis idegtörzseken magproliferatio s az edényfalak megvastagodása látható. Minde változások nagyobb fokúak jobboldalt, a mit szerző a jobb elülső szarv idegsejtjeinek állapotával hoz kapcsolatba. A baloldali idegsejtek minőségéről pontos felvilágosítást nem kapunk, a mennyiben szerző a Nissl-féle festést nem alkalmazta, ez pedig annál is inkább kár, mert szerző maga annak a nézetének ad kifejezést, hogy az idegsejtek kis elváltozása létrehozhat az izmokban nagyfokú degeneratív elváltozásokat. Egger a reflexek kimaradását az idegsejtek s izmok ez elváltozásainak tulajdonítja, melyek közül ez utóbbi, a mint mondtuk, az előbbinek következménye volna; az idegsejtek elváltozásainak okául pedig esetében a trauma útján létrejött shokot tekinti, mely eleinte csak functionalis elváltozásokat okoz az idegsejtekben, később azonban e functionalis elváltozások anatomikusokká válnak. Az egész folyamatban talán annak is van része, hogy az idegsejtek a központi pályáktól el vannak szakítva. Az egész esetben legfontosabb az, hogy a reflexpályák nem voltak épek s így semmi esetre sem bizonyít a mellett, a mi mellett Senator bizonyítékul felhozta.

Habelnek több esete van. Három ide vonatkozó esetben nincs mikroszkopikus vizsgálat. A negyedikben haematomyeliáról van szó, a mely a nyaki és alsó dorsalis segmentumok táján lép fel. A tünetek közül kiemelem, hogy teljesen petyhüdt hűdés volt jelen reflexhiánnyal. A beteg 11 napig élt a trauma után. A mikroszkopikus vizsgálat azt mutatta, hogy pyramis degeneratio még nem volt jelen. Az ágyékvelő ép volt. Ez esetről kevés mondanivalónk van. Az eset két okból nem jöhet számba. Ha a pyramis pálya degeneratioja még nem mutatható ki, a mely pedig kétségtelenül rögtön a megbetegedés elején vette kezdetét, akkor az, hogy az ágyékvelőt épnek találtuk, nem mutatja biztosan, hogy az tényleg teljesen ép, mert lehetnek benne elváltozások, melyek még nem mutathatók ki. De feltéve azt, hogy az ágyéki velő tényleg teljesen ép, még akkor sem bizonyít ez az eset semmit, mert az egész betegség 11 napig tartott s ennyi időnél még sokkal tovább eltarthat az a shok, melyet az idegrendszer hasonló trauma folytán elszenved s a mely mindig a reflexek kimaradásával jár.

Hasonló elbírálás alá esik Hoche esete. Extraduralis genygyülem a IV. és V. háti csigolya táján. 15 napig a reflexek fennállanak, daczára annak, hogy a paraplegia teljes, a 15-dik napon kimaradtak s a rákövetkező 16-dik nap mulva exitus. Az alsó végtag izmainak ingerlékenysége lefokozott, elfajulási reactio nincs. A mikroszkopikus vizsgálat során az ágyéki velőről csak annyit hallunk, hogy az ágyéki velő Weigert-készítményeken normalis képet mutat. Izmok, peripherias idegek

vizsgálata hiányzik, s szerző mikor kimondja, hogy a reflexpálya intact, arra támaszkodik, hogy az izmok villamos ingerlékenysége qualitativ elváltozásokat nem mutatott. A mi ezt illeti, csak számos szerző vizsgálataira utalok, kik az elülső szarvi idegsejtek megbetegedését látták izomsorvadás által követve, a mely izomsorvadás elfajulási reactiot nem okozott. Az elfajulási reactio hiánya tehát nem jelenti az izomzat s idegsejtek épségét. De különben is, mint szerző említi, az ágyéki velőben Weigert szerint semmi degenerált rész nem látható, tehát a pyramis sem, daczára annak, hogy az 31 nap óta biztosan meg van szakítva, így hát az, hogy pl. az idegsejtek s gyökök elváltozása ki nem mutatható, itt sem bizonyítja azok épségét, annál kevésbbé, mert még a VII. gyökben is, hol a baj kezdetétől fennálló direct compressio állott fenn, csak a rostok friss duzzadása látható.

Hoche második esete 20 napig tart. Luxatio a VII. nyakcsigolya táján, teljes paraplegia s kezdetől fogva reflexhiány. Az ágyéki velő egészséges. Ugyanazt mondhatjuk róla, a mit az előbbiekről. Az első napokban a reflexek kimaradását megmagyarázza a shok, melyet az idegrendszer elszenvedett s ha azután akár a shok előidézte functionalis elváltozások válnak anatomikusokká, akár valamely más complicatio okoz az ágyéki velőben anatómiai elváltozásokat, az pár nap alatt kimutathatóvá nem lesz.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

A női betegségek gyógykezelése Franzensbadban.

Mult év november havában egy felolvasást tartottam a szt.-pétervári nőgyógyászati egyesületben. E felolvasásom tárgya, úgy hiszem, érdekes lesz a hazai orvosokra nézve is, a kik e világhírű fürdőbe évente, bár nem nagy számban küldik betegeiket, különösen azért is, mert vele kapcsolatosan módomban áll megismertetni az idevágó jelentékeny orosz irodalom adatait is, melyeket különben csak orosz nyelven olvashatnának.

Az ásványvizek és a lápföld (Moor) azon gyógyeszközök, melyek hatásából Franzensbadban a különböző, ezek között a női betegségeknek is a gyógykezelés sikere ered.

Franzensbadnak összes ásványvizei konyhasót és glaubersót, szénsavas alkaliakat és földet, szénsavas vasat és nagy mennyiségben szabad szénsavat tartalmaznak. Mind hideg.

Glax tanár e vizeket a glaubersós (keserű) alkalikus vizekhez sorozza. Ha szem előtt tartjuk, hogy szénsavas vasat is tartalmaznak, ilyen beosztás Franzensbadra nézve csak előnyös. Physiologikus hatásuk és therapeutikus rendeltetésük szerint Franzensbad forrásait öt csoportra osztom.

1. csoport. *Salzquelle*. E forrás vize a leggyengébb. Vele kezdik a vizivási cursust. Mellette megmaradnak továbbra is az emésztő és a légző szervek hurutjában szenvedő betegek, valamint olyanok is, a kik a concentráltabb forrásokat nem tűrik el. E forrásnál van egy gép, mely a vizet oly módon melegíti fel, hogy a szénsav melegítés közben el nem illan.

2. csoport. *Franzensquelle és Neuquelle*. Az első Franzensbadnak a főforrása. Ásványalkatrészeinek szerencsés viszonya folytán a Franzensquelle-t méltán tartják legjobb vasas forrásnak a világon. *Frerichs* tanár így nyilatkozott róla:

„A könnyen emészthető Franzensbrunn és a Stahlquelle megadnak mindent, a mit chlorosisnál, nagy vérvesztések és nehéz betegségek következtében kifejlődő anaemiáknál a vaskészítményektől várhatunk. E forrás vizét könnyebben tűrik el a betegek, mint sok más vasas forrás vizét, mert kevésbbé izgató“.

3. csoport. *Stahlquelle*. A többi ásványsókhoz képest e forrás legtöbb vasat tartalmaz; ennél fogva székrekedést is okoz. E vizet csak oly betegek ihatják, a kiknek hasmenésre hajlamuk van vagy bél-működésük teljesen rendes.

4. csoport. *Wiesenquelle és Kalter Sprudel*. A glaubersó nagyobb mennyisége miatt e források vize enyhe hashajtó gyanánt szerepel.

5. csoport. *Nataliequelle*. A szénsavas alkaliák, különösen a szénsavas lithium miatt e forrás vize sikeresen versenyez a közbülső gyógyításában Contrexville vízával.

A physiologikus és therapeutikus hatás tekintetében oly különféle források ezen nagy száma lehetővé teszi, hogy az orvosok a vizivási gyógymódot az emésztő szervek legkülönbözőbb állapotai mellett is alkalmazhatják.

Minden gynaeologiai beteg iszsza az egyik vagy másik forrás vizét is. Általában ezeknél az orvosok a vizivást vagy a jelenlevő anaemia vagy valami más, a nemi rendszerhez nem tartozó megbetegedés gyógykezelése céljából rendelik. Részemről azonban hangsúlyoznom kell, hogy e vizek rendelése egyenesen megfelel azon feladatunknak is, hogy a női (nemi) betegségeket meggyógyítsuk.

Fellner következőképen nyilatkozik: „Az ásványvizek szénsav-

és vastartalmanál fogva csak annyiban várhatunk biztos eredményt, a mennyiben sikerül az anaemiát és az általános gyengeséget meggyógyítani, melyek a női betegségeknek vagy kísérői vagy okozói. „Kleinwächter tanár azt írja, hogy a franzensbadi ásványvizek az által hatnak jótékonyan a méh és az adnexa gyulladásos állapotaira, az e rendszerhez tartozó tályogokra, hogy a glaucomos elvezetőleg hat a bélhuzam felé. A női betegségek gyógykezelésében Nolyesini dr. „jelentékeny segédesszköznek” tartja Eszterutkyban (Kaukasz) annak gyógyforrásait; szerinte az ottani vasas és alkalikus vizek az által hatnak jótékonyan a női betegségekre, hogy elhárítják a vesékben és a májban meglevő vérpangást, a mi a maga részéről a kis medencében levő visszeres pangásra visszahat. A kaukasszi ásványvizek ilyen jótékony hatása mellett tanuskodnak még Glagolev és Bogoszlowszky tanár. Az ásványvizek a női betegségekre való jótékony hatásának jelzett útait nem vetem el; azonban emlékeztetnem akarom hozni magának a vasnak úgy látszik elfelejtett hatását a transsudatum felszívódására is. Már 1861-ben közölte Pokrowszky a híres Botkin tanár klinikáján végzett vizsgálatainak eredményét. Felhozom belőle, a mi minket közvetlenül érdekel: „1. a vaskészítmények használata mellett a test hőmérséklete emelkedik; 2. ennek folytán hamar nagyobbodik a 24 órán belül kiválasztott húgany mennyisége is; 3. vaskészítmények használata alatt nagyobbodik a test súlya; 4. vas használata mellett eltűnnek a bőr alatti kötőszövet hydropikus izzadmányai még insufficientia bicip. mellett is; viszont, a mint a vaskészítmények szedését beszüntetjük, fellép az anasarca; 5. a szívbiliennyitók organikus hiányainál erősödött a pulsus és eltűnt a dispnoe még oly esetekben is, a hol a digitalis nem segített”. A transsudativ izzadmány felszívódásának magyarázatára Pokrowszky felhozza Botkinnak következő véleményét: „a vas valószínűleg a legapróbb arteriák összehúzóerő elemiére hat; ennél fogva a vas megváltoztatja a diffusio feltételeit a véredény fala és a szervek és a szövetelek elemei között”. Winternitz előadja, hogy „a rendszeres vízivás folytán igen gyakran hamar eltűnnek a tömött izzadmányok és gyulladásos képződmények”. „Ha folyékony izzadmányok eltűntetését vagy általában a felszívódást akarjuk elérni, hideg vizet rendelünk olyképen, hogy nagyobb mennyiségű víznek egyszerre való ivása után nagyobb szünetet rendelünk el, mely alatt minden folyadékot elitiltunk; a vízivás 6—8 órai időközökben történjék”. Franzensbadban az ásványvízivás éppen úgy történik, mint Winternitznek ímént jelzett szabálya rendeli. Később látni fogjuk, hogy vannak szerzők, a kik a női betegségek gyógykezelésében a sikert az anyagesere fokozásából, mások a véralkatnak javulásából, még mások a vének sűrűsödéséből (izzasztás által) eredőnek tartják. Nehogy czikkemnek jelzett keretét túllépjem, utalok bármely balneologiai tankönyvre, a hol olvasni lehet, hogy a franzensbadiakéhoz hasonló vizek fokozzák az anyageserét, javítják a vér alkatát és sűrűbbé teszik a vért (húgyhajtás útján). Miután vannak még oly skeptikusok, a kik az anorganikus vas hatását nem ismerik el, bátor vagyok Gaule kísérleteire és Szkevorczow dr. dissertatiójára utalni, melyekből kitűnik, hogy az anorganikus vas nemcsak hogy tényleg felszívódik (a bélhuzamból), hanem hogy új haemoglobint és új vörös vérszemeket is képez.

A mondottakból világos tehát azon fontos szerep, melyet a női betegségek gyógykezelésében a franzensbadi ivógyógyomláknak tulajdonítok. Franzensbadban az ásványvizek rendszeren 2—5 pohárral naponta (egy pohár 200 gramm), rendszeren hidegen, reggel éhgyomorral és este két órával a délutáni kávé után rendeltetnek; ritkán rendeltetnek napközben és továbbá reggel nem éhgyomorral, melegen és tej vagy savó hozzáadásával. A vízivás után a betegek könnyű sétát végeznek; enni csak 1/2—1 órával a vízivás után szabad; általánosságban némi diaeta kötelező. Rendes bélműködéssel vagy székrekedéshez való hajlammal bíró betegeknek friss gyümölcsöt megengedek, s nem tapasztaltam attól rossz következményt.

Másik therapeutikus tényező Franzensbadban a fürdő. Vannak moor-fürdők (láp-föld-fürdők), ásványvíz-fürdők (Luisenbäder), aczélfürdők, villanyos fürdők (Gärtner tanár szerint), villanyos fényfürdők, szénsav-gáz-fürdők; van szívbetegek számára Nauheim mintájára berendezett külön fürdőosztály, hidegvízgyógyomló és orosz gőzfürdő is. Az ú. n. aczélfürdőkben a ható tényező nem a vas (aczel), hanem a szénsav s az elnevezés a therapeutikus hatást illeti. E fürdő ugyanabból az ásványvízből készül, mint az ásványvíz-fürdő is, csak hogy a víznek melegítése oly módon eszközöltetik, hogy a szénsav el ne illanjon nagy mennyiségben, mint az ásványvízfürdőkben, hanem lassanként, fokozatosan, legapróbb buborékok alakjában távozzék. E fürdő úgy pezsog, mint a pezsgő s ez legalább fél óra hosszat tart; ezalatt az apró szénsavbuborékok ellepik a fürdőző bőrét s ha kézzel leszúrjuk azokat, újra meg újra ellepik a bőrfelületet. Csak az utóbbi időben kezdték méltatni Franzensbadban is ez aczélfürdők hatását a szívbetegek gyógykezelése tekintetéből.

A női betegségek gyógykezelésében főszerep esik a lápföld-fürdőkre. A lápföld Franzensbad körül 6 km²-re terül el; ha hozzáteszem, hogy a lápföldréteg helyenként felülmúlja a 2 meternyi vastagságot, elképzelhető, hogy ezek kimeríthetetlen rakományok. Ennél fogva Franzensbadnak nincs is oka takarékoskodni a lápfölddel. Őszszel kiásnak annyi lápföldet, a mennyi a jövő évadra elég; a lápföld kiadás levégőn fekszik egészen használatáig. Ez az ú. n. szellőztetés nem arra szolgál, mint Gelman állítja, hogy a bűzös kénhidrogén elillanjon, hanem arra, hogy az oldhatatlan sók oldható vegyületekké változzanak át. A franzensbadi lápföldnek Ludwig tanár által végzett legújabb elemzéséből felhozom a következő adatokat: Friss lápföldben nincs sem szabad kén-sav, sem kén-savas vas, ellenben van kén-sav; a kiszellőztött lápföldben ellenkezőleg nincs kén-sav, hanem van szabad kén-sav és kén-savas vas. Ez utóbbi két alkotórész jellemző a franzensbadi lápföldre. Hig

láp-föld-fürdőben (117 kg. lápföld + 70 l. ásványvíz) van 10-16% kén-savas vas és 2 1/2% kén-sav! A lápföld tartalmaz alkáliakban oldható humusanyagokat, hangyasavat és más illó savakat, ammoniát, phosphorsavat, titansavat és chlort (utóbbiakat csak minőlegesen meghatározható mennyiségben), végre még egy zöldszínű gyantás tömeget, mely ismeretlen organikus anyagok keverékéből áll és csak aetherben oldható. Ez utóbbi anyagnak tulajdonítja Gelman az odessai iszap therapeutikus hatását (olyant mint az ichthyol-é). Franzensbadban a lápföld-fürdők következő módon készítettnek: négy keréken mozgó fakádban összekeveri az ember az udvaron a lápföldet forró ásványvízzel kellő hőmérsékletig és kellő consistentiáig. A keverés kézzel és egy hosszú rúddal történik, melyben egy (Reaumur) hőmérő van alkalmazva. Consistentiájuk szerint a lápföld-fürdőknek három fokozata van: híg, félsűrű és sűrű. Híg fürdőhez 135, félsűrűhöz 175 és sűrűhöz 195 kgm. lápföld kell. Ez így van ugyan megírva a könyvekben, de a valóságban nem méri a lápföldet, hanem az illető tapasztalatára és belátására bízják. Megjegyzem, hogy a félsűrű lápföld annyira sűrű, hogy nehezen ereszkedhetni a kád fenekére s hogy a fürdőből nem lehet felállani a nélkül, hogy kézzel ne húzná magát az ember egy rúdon, mely e célra a kád mellett a padozatban van megerősítve. Midőn a fürdő kész, a kádat egy kis ajtón át behúzza az ember a fürdőszobába. A szoba padozatában két vajúlat van, egyik a lápföldökád befogadására és mellette a másik az ásványvízfürdőkád számára, melyben a fürdőző a lápföld után megmosatik. E szobában van egy kályha, óra, chaise-longue, szék és ruhafogas. A fürdőszobák mind világosak. A lápföld-fürdők hőfoka rendszeren 26—30° R., tartama 15—25 perc; a fürdő hőfoka és tartama fokozatosan emelkedik. A tisztító fürdőnek hőfoka rendszeren 1—2°-kal magasabb, mint a lápföld-fürdőé, tartama 5 perc. A lápföld-fürdő-gyógyomló Franzensbadban következő eljárásokból áll: 1. lápföld-fürdő, 2. leöblítés ásványvízzel, melyet egy fakorsóval merítenek az ásványvízfürdőből, 3. ásványvízfürdő, 4. ledörzsölés, illetőleg szárítás melegített lepedőben. A leöblítést és a ledörzsölést kívánság szerint végzi egy szolgálónő. Ezután a beteg gyorsan felöltözködik, ha akar, néhány percig pihen a chaise-longue-on s azután haza megy, a hol már köteles 1—2 óra hosszat ágyban pihenni felöltözve vagy ruha nélkül, de minden esetre izzasztás mellőzésével. Az egész cursus áll 2—3 „indifferens” bevezető és ugyanannyi végső ásványvízfürdőből és 20—25 rendszeren félsűrű lápföld-fürdőből (melyek hőfoka és tartama különböző).

Nenadovics Lázár dr. franzensbadi fürdőorvos.
(Folytatása következik.)

Bunsen Róbert W. emlékezete.¹

(Folytatás.)

Mikor a vasolvasztó kemenczében fejlődő gázokat vizsgálta, meggyőződött arról, hogy az akkoriban használt módszerek a gázok mennyiségének meghatározására nemcsak tökéletlenek, hanem többnyire olyan hibák is voltak, hogy durva tévedésekre adtak okot. Már ekkor kezdte Bunsen gazometriai módszereit tanulmányozni, a mire bő alkalmat szolgáltatott az Islandból hazahozott gázpróbák analysisei. E tanulmányai közben szerzett tapasztalatai alapján a gazometria módszereit sok tekintetben új alapokra fektette, mely kezei közt egyikévé vált a chemiai kutatás legbiztosabb és legszabatosabb eszközeinek. Ezzel kapcsolatban a gázok egyéb physikai és chemiai sajátságait is megállapította, s e sokoldalú tanulmányainak eredményét híres munkájában „Gasometrische Methoden” foglalta össze.

Heidelbergben (1855—59) végezte Roscoe közreműködésével nagy-szabású photochemiai vizsgálatait, melyek eredményét őt nagyobb értékezésben tette közzé. A fény photochemiai hatásának pontos megmérése a chlor-durrano-gáz azon sajátságát használták fel, hogy ez elegyből megvilágításakor só-sav-gáz képződik. Aktinometerükben a chlor-durrano-gáz e gázkeverékkel telített víz fölött volt összegyűjtve, mely a megvilágítás tartama alatt képződött só-savat azonnal elnyelte; az így keletkezett térfogat-esőket kalibrált eső osztályzatán olvasták le, ez volt a mértéke a photochemiai hatásnak. E szabatos aktinometer felhasználásával megállapították a fény chemiai hatásainak legfontosabb törvényeit. Nevezetesen, hogy a chemiai hatás arányos a fény erősségével, továbbá, hogy a photochemiai hatás sugarak ugyanazon optikai törvényeknek hódolnak, mint a látható sugarak általában. Bebizonyították, hogy mikor a sugárzó energia chemiai hatást végez, energiájának egy része egyenértékű chemiai munkává változik át, mely jelenséget a photochemiai extinctio nevével jelölték meg. Vizsgálataikból az a sajátságos tény is kiderült, hogy a fény photochemiai hatásának állandó maximuma nem azonnal, hanem csak bizonyos ideig tartó hatás múltán következik be, ezt photochemiai inductionnak nevezték. E feltűnő jelenség nemcsak az általuk vizsgált chlor-durrano-gáz esetében, hanem, úgy látszik, általában minden photochemiai hatásban szerepel. Kimutatták továbbá, hogy a chlor-durrano-gázra főképen a kék, az ibolyaszínű és az ibolyaszínen túl lévő sugarak hatnak.

Végül e nagy conceptionú kutatásait kiterjesztették az égboltozat photochemiai erősségének megmérésére, mely célra részint a chlor-durrano-gáz aktinometert, nagyobbára azonban a szintén általuk szerkesztett kényelmesebb ezüstchlorid aktinometert használták. Azt találták, hogy a felhőkben bővelkedő borús égtől visszavert fény photochemiai erőssége és a nap különböző szakaszai között törvényszerű összefüggés nem található. Határozott törvényszerűség volt felismerhető azonban derült napokon és a közvetlen napfényvel végzett méréseknél. Ilyen napokon a fény photochemiai erősségének görbéit délelőtt és délután egészen symmetrikusan eloszlottnak találták; a verőfény görbéi termé-

szetesen magasabbra emelkedtek, mint a szétszórt fény görbéi. A talált törvényszerűség alapján különféle geographiai szélességű fontosabb helyekre nézve pontosan kiszámították a fény photochemiai erősségét, mely értéknek a növény-geographia szempontjából nagy fontossága van.

Vizsgálataikból azt következtették, hogy a nap egy perc alatt annyi sugárzó energiát lövel ki a világűrbe, melynek photochemiai erőssége 251/2 billió köbmérföld chlor-durranó-gázt volna képes sósavvá egyesíteni. Ez óriási photochemiai energiának csak elenyésző része jut a földre és ennél is kevesebb a távolabb eső bolygókra. Mindazon energia, mely földünkön annak geologiai átváltozására, továbbá az állat- és növényvilág életműködésének és az ipari termelés céljaira szolgál, végelemzésben a nap megmérhetetlen energia készletéből ered. A földünkre áradó összes sugárzó energiának a növényi szervezet a legkedvezőbb feltételek mellett is 1/6-nál jóval kisebb részét képes csak értékesíteni. Ebből érthetjük az ilyenmű exact kísérletek jelentőségét, ha megfontoljuk, hogy csak ez irányban való további kutatásoktól remélhetjük oly folyamatok felfedezését, melyekkel a sugárzó energiának sokszorta nagyobb részét gyűjthetjük accumulatorokba, és ezeknek szabad energiáját az emberiség javára, a mindinkább fokozódó szociális nyomor enyhítésére, talán megszüntetésére is sikeresen értékesíthetjük. Bunsen és Roscoe e rendszeres vizsgálatait, közzétételük óta minden ez irányban történt kutatásnak alapját és kiinduló pontját képezték.

Bunsen nagy felfedezései közt legkiemelkedőbb az, melyet Kirchhoff társaságában tett, t. i. a spectrum-analízis megalapítása. Hogy a spectrum-analízis a világegyetem vizsgálatának egyik leghatalmasabb módszerévé vált, azt annak köszönhetjük, hogy Bunsen még Boroszlóban egy ottani fiatal tanárnak, G. Kirchhoffnak nagy tehetségét felismerte és kieszközölte, hogy Heidelbergbe meghívassék, hol a spectrum-analízisre vonatkozó vizsgálatokat együtt kezdték meg. A spectrum-analízis első eszméje Bunsentől származik, a mennyiben lámpásának fénytelen lángját, mint heidelbergi tartózkodásából is tudom, már régóta arra használta, hogy a fémek sóinak elpárologtatásával megfestett lángot, az egyes fémek megkülönböztetése végett, színes íveken és színes oldatokon át figyelte meg; mely eljárással elég jó eredmény volt elérhető. E tárgyról beszélgetve, Kirchhoff arra figyelmeztette, hogy a célt sokkal tökéletesebben elérni, ha a színes lángokat spectrumukra felbontva észleli. E megbeszélés következtében szövetkeztek a színes lángok spectrumainak megvizsgálására, melynek eredményét két híres értekezésben „Chemische Analyse durch Spectralbeobachtungen“ 1860-ban együtt tették közzé. Az első értekezésben kimutatták, hogy a különféle fémvegyületeknek spectrum-vonalai különböznek, és hogy ugyanazon fémvegyületnek spectrumba mindig ugyanazon helyzetű színes vonalakból áll. Azt is kimutatták, hogy a különböző hőmérsékű lángokban történő elpárologtatás a spectrum-vonalak helyzetére nincs befolyással. Ezekkel be volt bizonyítva a módszer kiváló fontossága a kémiai analízisben. A spectrum-analízis rendkívüli biztosságával csodálatos érzékenységet párosít, mely az eddigi analitikai reakciókat végtelenül meghaladja, a mennyiben pl. a fémnatriumnak 1/3000000 milligrammja a lángban még határozottan előidézi az e fémre jellemző sárga spectrum-vonalat. E módszernek minden más módszer felett az a nagy előnye is van, hogy a fémvegyületek keverékéből 3–4 fémeket egyszerre lehet felismerni a spectrum-készülékbe való egyszerű benézéssel, a mennyiben a különféle fémek jellemző színes vonalai egymás mellett tűnnek fel. A második értekezésben kifejtik, hogy a spectrum-analízis érzékenysége fel fogja igen alkalmas olyan új elemek felfedezésére, melyek a természetben csak kis mennyiségben fordulnak elő, vagy más anyagoktól az eddigi durva eljárásokkal meg nem különböztethetők. Ez sikerült is nekik, mert a dürkheimi sósvízben a rubidiumot és a caesiumot fedezték fel a spectrum-analízis segítségével. Bunsen kiváló értelmi képessége és genialis kísérletező találatkészsége kellett ahhoz, hogy 17 gr. caesium-chloridból kiindulva, a kísérletezés e remekét teljesíthessék. Egyik fontos következménye volt e vizsgálatoknak, hogy más bűvárok is felhasználták a spectrum-analízis módszerét új elemek felfedezésére. Így fedeztetett fel a thallium 1861-ben, az indium 1863-ban, a germanium 1868-ban, a gallium 1875-ben, és a scandium 1879-ben. Belátható, hogy a spectrum-analízissel elért ezen eredmények, különösen pedig a rubidium és caesium felfedezése és azok sajátosságainak megállapítása az elemek periodusos rendszerének általános érvényű alakban való megállapítását tette lehetségessé, mely ily módon egyikévé vált a kémiai systematika legfontosabb vívmányainak az épen lefolyt században.

Már az első értekezésben leírt dolgozataik alkalmával feltűnt, hogy a színes lángok spectrumában igen gyakran jelenik meg egy sárga vonal, melyről már régebben tudták, hogy e vonal helye összeesik a Fraunhofer-féle D sötét vonallal. Bunsen ismerte fel, hogy e sárga vonalat mindig a lángban jelenlévő natrium okozza. Ez alkalommal tette Kirchhoff azt a nagyfontosságú megfigyelést, hogy a Drummond-féle fény folytonos spectrumában, ha e fényt borszeszes konyhasó-oldat lángján keresztül bocsátották, a spectrumban a natrium-vonal helyén a Fraunhofer-féle D-vel jelölt sötét vonal tűnik elő. Bunsenhez intézett nyilatkozata szerint Kirchhoff e jelenséget első pillanatra nem tudta értelmezni, de 24 óra múltán megtalálta a nevéhez fűződő elvet, mely szerint valamely test ugyanazon sugarakat nyeli el, melyeket ő maga kilövel. Ez elvet Kirchhoff az emissio és absorptio felett közzétett három híres értekezésében fejtette ki és elméletileg is szigorúan megalkotta. Ezzel a natrium fényes vonalának sötétté változása, ú. n. megfordítása teljesen érthetővé vált. Ellenőrzésül hasonló kísérleteket végeztek a Li, K, Ca, Sr és Ba vonalaival, melyeknek fényesebb vonalait szintén sikerült megfordítani. Ez alapokon Kirchhoff nem csak a Fraunhofer-féle vonalak eredetét magyarázta meg, hanem ezzel egyszersmind a spectrum-analízis csillagászati alkalmazásának tudományos alapját vetette meg. Mindnyájan tudjuk,

mily korszakot alkotó hatása volt e felfedezésnek az astronomiára. Egy egészen új tudomány-ág, az astrophysika fejlődött ki belőle, mely az égitestek physikai és kémiai viszonyait, azok fejlődését, hogy úgy mondjam, biológiáját eddig nem sejtett világításban tüntette fel. E csodálatos felfedezés a természet exact megismerésében, a világ-egyetem philosophia felfogásában, az emberi cultura fejlődésében örökké emlékeztető óriási haladást jelez. A spectrum-analízis oly hatalmas módszerévé vált a tudománynak, melyhez termékenység tekintetében hasonlót egyetlen felfedezés a tudomány történetében alig mutathat fel. E módszer oly jelentőségű, mely a haladás minden igaz barátját arra készíti, hogy szerzőik, a nagy bűvárok értelmi fenségére előtt hódolattal hajoljon meg.

Az elemek atomsúlyának rendszerében, különösen a nem illékony fémeket illetőleg, melyeknek gőzsűrűsége ismeretlen, sokáig nagy zűrzavar volt, míg végre Canuizaro a fémek atomsúlyának ellenőrzésére a Dulong-Petit-féle fajhő törvényt hozta javaslatba. E végből szükség volt a fémek fajhőjének pontos ismeretére. De ez értéket a kis mennyiségben nyerhető fémeknél az addig használatban levő vizcaloriméterrel, az eljárás durva hibáforrása miatt, pontosan meghatározni lehetetlen volt. E célra szerkesztette Bunsen a róla elnevezett jégcalorimétert, melyben a megolvadt jég összehúzódása mértéke a caloriméterbe jutott hő mennyiségének. E caloriméterrel Bunsen a fém-calcium és indium fajhőjét határozta meg, mások pedig a cerium, lanthanum, a didymium és thorium fajhőjét mérték meg. Ez alapon Bunsen jégcalorimétrikus módszere leglényegesebben hozzájárult a manapság elfogadott atomsúlyok rendszerének végleges megállapításához. Bunsen jégcaloriméterével az exact természettudományi kutatást egy oly eszközzel ajándékozta meg, mely a hőenergia mennyiségének legszabatosabb megmérést lehetővé tette és mindazon hibáktól független, melyekben az eddigi módszerek szenvedtek. Mint saját tapasztalásomból is meggyőződtem, e jégcaloriméter érzékenysége csodálatos, kellő óvatossággal mellett biztossága a legszigorúbb mérő-eszközökével egyenrangú, mert a benne termelt hőmennyiségnek legminimalisabb része sem veszt el.

Bunsen a gáz-analízistől és a spectrum-analízistől eltekintve, nagyszámú módszert honosított meg a szorosabb értelemben vett analitikai kémiaiában, melyek eredetiség, egyszerűség, szabotosság és biztosság tekintetében többnyire páratlanok. Ilyenek a lángreakciók, az antimon és az arsen elválasztása. E helyen csak a jodometriáról emlékezem meg kissé bővebben. E módszert Bunsen már 1853-ban kidolgozta. Ujában e módszer anyaiában megváltozott, hogy a nagyon hígított és bomlékony kénassav helyett, a sokkal állandóbb natriumthiosulfat-oldatot használják, melynek alkalmazását már heidelbergi tartózkodásom alatt Bunsen laboratóriumában tanulmányoztam és igen czélszerűnek találtam. E módszer a térfogatok analízis valamennyi módszerei között feltétlenül a legelső helyen áll, akár érzékenységet, akár szabotosságát és a kivitel gyorsaságát, akár pedig sokoldalú alkalmazását tekintjük. Ennek megfelelően nemesak a legkülönbözőbb ipari célokra, hanem a legszigorúbb tudományos kérdések megoldására, pl. az atomsúlyok meghatározására is előnyösen alkalmazható.

Than Károly tanár.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A syphilis gyógytanának haladása.

Közli: Sellei József dr., v. egyetemi tanársegéd a bőrkórtani klinikán.

(Vége.)

Blaschko hosszabb ideig alkalmazta Welandér methodusát. De ezen eljárás szerinte nem bizonyult czélszerűnek, mivel sok orvos-ság meg tönkre a sok kenetelés által, de másrészt a betegre nézve is kellemetlen a szürke kenőcs alkalmazása, melynek felszívódása soká tartott. Ezek vezették arra, hogy szövetet higanyval impraegnáljon, a mi sok kísérletezés után P. Boiersdorf & Co. hamburgi cégnek sikerült is. Közönséges gyapjuszövetet ugyanis 90%-os higanyt tartalmazó kenőccsel impraegnáltak és az ekként előállított szövetet mercoliatnak nevezték el; ezen egyszerű szürke szöveten sem a higany, sem a kenőcs nem látható. Ezen szövetből kötényeket készítettek, miket a beteg éjjel és nappal mellén hord. Az I-es számú mercolint-kötény körülbelül 10 gramm higanyt tartalmaz és 35° C.-nál naponként 20 cgramm higany párolog el. A gyakorlatban a hatás még nagyobb, mert körülbelül négy hét múlva a kötény teljesen fehér lesz, ilyenkor t. i. a higany már teljesen felszívódott. A II. számú mercolint 25 gramm, a III. számú 50 gramm higanyt tartalmaz. Hogy higany tényleg felszívódik, mutatja, hogy a vizeletben higanyt lehet kimutatni, sőt stomatitis és nyál-folyás is léphet fel. A kötényt a betegek éjjel-nappal viselik; ha csak éjjel vagy csak nappal akarják, úgy a közbe eső idő alatt viaszpapírba kell tenni. Teljes nyugodt fekvésnél a hatás erősebb lesz. Miután ezen kötény csak bizonyos mennyiségű higanyt vesz fel, ott, hol erősebb higanykezelés indult, tehát a betegség kezdetén, más eljárást alkalmazunk. A mercolint-kötény ennélfogva a könnyű recidivák ellen, avagy utóköra gyanánt használandó, úgy szintén syphilis vörsegyénység esetén, gravidáknál, csecsemőknél és gyenge betegeknél, hol erő-lyes kezelés contraindált. Blaschko azt tartja, hogy ezen kötény erősebb kúrát után rövid ideig viselve megakadályozza a recidivákat. A mercolint-kötény ára 1.50–2.50–4 márká.

Welandér a Neumann-féle emlékkönyvben (1900) ismét az ő methodusa mellett és Blaschko ellen foglal állást, kifejtve, hogy az ő módszere

mellett naponként vagy másodnaponként lesz friss higanykenőcs a zacskó szöveteire kenve, míg a mercolint-köténynél a higany elpárolgása napról napra csökken s így gyógyhatása is alászáll.

Schuster kétségbe vonja, hogy a syphilis kezelése higanyzsákoskakkal avagy mercolinttal egyenlő hatású volna a bedörzsöléssel, kétségbe vonja Merget, Neisser, Manassein ama állítását, hogy a higany a bőrre kenve a bőrön keresztül felszívódni nem volna képes.

Schuster ezt egy önmagán tett kísérlet által akarja bebizonyítani. Ő mind a két methodust, különösen a kényelmesebb mercolint-kezelést használhatónak tartja, a midőn csak csekély higanyhatás eléréséről van szó. Schuster „Aachener Form” név alatt mercolintból dupla kötényt állítottatott elő, mely egyszerre fedi a mellet és a hátat.

Különb is ama kérdés, vajjon a higany a bedörzsölési kúránál mikép jut a szervezetbe, még mindig vitás. Ha tény is az, hogy a higany legnagyobb mennyisége belégzés által jut a szervezetbe, úgy viszont megbízható kísérletek (újabbban Juliusberg, Archiv f. D. u. S. 1901.) azt mutatják, hogy a bőrön át is felszívódik — bár kisebb mennyiségben — a higany és ez a szervezetben ki is mutatható.

Kreis (Monatsh. f. prakt. Dermat., 1901.) legújabb kísérletei alapján azon eredményre jut, hogy a bedörzsölési kúránál a higany inhalatioja játszsza a főszerepet; a bőrön át való felszívódás csak másodsorban jön tekintetbe.

Bármelyik forma szerint alkalmazzuk is a Weland-féle eljárást, annyi minden esetre bizonyos, hogy úgy az eredeti Weland-féle methodus, mint a mercuriol vagy mercolint alkalmazása a könnyű recidívák esetén van helyén, vagyis akkor, midőn előzőleg már 1—2 kitartó és erőlyes kúrát végzett a beteg. Welandnek mindazonáltal nagy érdeme, hogy a syphilis gyógykezelésének újabb irányt adott.

Az unguentum hydrargyri cinereumot belsőleg syphilis ellen újabbban Silberstein (Hamburg) ajánlotta. A higanyt belsőleg az epe emulgeálja, mi által a belekben felszívódva a vérbe jut és ott mint higanygőz fejti ki a hatását. A higanykenőcsből készült pilulák receptje: Unguenti hydrarg. ciner. 4.5, Pulver. radie. liquir. 5.0, Glycerini, Mucil. gummi 95.0 ut f. pillulae 60. D. S. Kétszer naponta két pilulát. Nálunk Varga G. ajánlotta a Kerpel gyógyszerész készítette piluláit ciner.-t (Kerpel).

A sokféle új szer sikertelen alkalmazása után Janovsky ismét a különben eléggé kipróbált és megbízhatóságában minden más higanypraeparatumot felülmúló Hg. bichlor.-mal végzett injectiókról számol be. 102 beteg (82 nő és 20 férfi) összesen 275 injectiót kapott 50%-os sublimat-oldattal; csakhogy az 50%-os sublimat fájdalmas és infiltratiót okoz, miért is járó betegeknek nem ajánlható, de a kórházban igen alkalmas.

Nálunk Schweimmer tudvalevőleg a 80%-os hydrarg. soziodolicumot alkalmazta hetenként egyszer, de az injectio után fellépő nagyfokú fájdalmak miatt abbahagytuk és a klinikán a 20%-os sublimatra tértünk át, melyből hetenként háromszor adtunk intramuscularis injectiókat.

A higany-injectiók folytán némelykor halálos kimeneteli tüdőemboliák vagy a nervus ischiadicus megsérülése folytán ischias, sőt bénulások is léptek fel, miért is Möller (Gaz. hebdom. és újabb Archiv f. Derm. u. S. LV.) figyelmeztet, a különben szakorvosok részéről elég jól ismert helyek megválasztására, a hol a glutusokban ezen higany-injectiók végeztessenek. E helyek tudvalevőleg a trochanter maj. fölötti regioa esnek.

A különböző higanypraeparatumok injectiojánál tudvalevőleg leggyakrabban a Lewin-féle fecskendőt szokták alkalmazni. A calomel-injectiókhoz legalkalmasabb fecskendőnek többen a párisi Luer czégtől újabbban készített és csakis üvegből álló fecskendőt ajánlják. A francziák közül különben még most is igen sokan használják a calomelt fecskendőkre. Az egyik igen gyakran használt formula a következő: Aqua dest. 10.00, Gummi arab. 0.20, Calomel e vapore parat. 1.00. Mindazonáltal az oldhatlan higanysókkal és így a calomellel való injectiók is elvetendők.

Lalande és Philippe intramuscularis befecskendezésekre oly oldatot használnak, mely 1 literben 5—10% gelatint, 0.03% calcium-sulfatot, 0.3 calciumphosphatot, kalium sulfuricumot nyomokban és 8—37 chlornatriumot tartalmaz, mely oldatból nyolcznaponként, kétnaponként, avagy indicatiók szerint naponta 1—2 köbcentimétert fecskendeznek be. 5—30 befecskendezés után a luetikus kivirágzások állítólag már eltűnnek. Lalande elnevezte az oldatot heliosin-nak.

„A syphilis autoserotherapiája és a syphilitikus mérge elleni immunisatio” czímen elég furcsa eljárást közöl Levi. Szerző azon szempontból indul ki, hogy mikor a syphilis a kezdetleges stadiumban van, a virus még nincs a szervezetben elterjedve, hanem még visszatartatik a nyirokmirigyek által. Ő tehát még előzőleg, mint mondja „eredményen vitte véghez lehetőleg korán a sanker excisióját”. Ez úton azonban alig sikerül a mérget teljesen tönkretenni, miért egy eddig ismeretlen methodust kezdett alkalmazni. Többszörösen kauterizálta a sankert, mi által nemcsak többé-kevésbé tökéletes tönkretetését a specifikus mérgeknél akarja elérni, hanem azt is, hogy az által a virus és a leucocyta odaáramlása a kauterizált pont felé származzék és így mintegy lobos centrum jöjjön létre, mely ekképen a kauterisatio után maradt terményeket tönkretesz. Ezen — meglehetősen naiv — felfogás szerint a kezelendő szervezetben mintegy kis serotherapeutikus laboratoriumot rendez be, hol az antitoxinok létrejönnek.

Nagy érdeklődést keltettek Tarnowsky, Will és Jakowlew S. azon kísérletei, a melyek a luesnek mercurializált állatok serumával történt gyógykezelésére vonatkoztak. 2½ hónap tartalma alatt három esetben calomel-injectiókat alkalmaztak állatokon. Az ezen állatokból venae-section útján előállított serum 13 luetikusnál a betegség különféle stadiumában lett használva. A subcutan felhasznált dosis 60.0—290.0. cm.³

Gyógyító hatással azonban egy esetben sem bírt. Az esetek 4/5 részénél láz és izületfájdalmak keletkeztek, többször purpuxanthema, nem ritkán albuminuria és nyirokmirigyduzzanatok léptek fel. A testsúly, úgyszintén a fehér és vörös vértestecskék száma csökkent.

Vitner secundaer lues 8 esetében serotherapiával nagyon kielégítő eredményeket ért el. Egyik-másik esetben sikerült az összes tüneteket elhárítani. (Ref. Monatshefte für prakt. Dermat. 1900.)

Egy esetben négy hónap múlva recidiva állott be; egyeseknél azonban más higany-therapiára kellett áttérni. Methodusa teljesen veszélytelen, ha a kezelés abszolút antiseptikus. A felhasznált serumot alátoktól nyerte, vagy oly egyénektől, kik a betegségnek kifejlődött másodlagos stadiumában lettek immunizálva.

Wieworowsky a syphilis serum kezelése czímű dolgozatában számos kísérletéről számol be, melyek eredményei a következők:

I. A secundaer tünetek után, valamint a gumákkal bíró egyénektől vett serum oly egyénekre adva, a ki előbb már luetikus volt, a vér haemoglobin-tartalmát növeli, a vörös vértestecskék számát emeli.

II. Csak syphilitikusoktól nyert serum idézi ezt a hatást elő, syphilitikus egyén vérére az egészséges ember serumja nem hat.

III. A hatás erősebb, ha a serum a secundaer tünetek alatt, mint ha az előtt lesz befecskendezve.

IV. Szerző a serum hatását jobbnak tartja, mint a higanyét. 16 eset közül nyolczszor eltűntek a symptomák csupán serum használatára.

Julien luetikus cirrhosisban szenvedőnek ascites folyadékát két esetben alkalmazta syphilis ellen. Az egyik esetben a hatás negatív volt, a második esetben azonban 17 injectio után, melyek 256 cm. serumot tartalmaztak, az exanthema 7 hét alatt visszafejlődött. (Annales, ref. Archiv. f. D. u. S. 1900. LIV.)

Franceschini tertiaer syphilisnél physiologikus serumot subcutan fecskendezett be. 500 gm. serumhoz 3—5 cgm. sublimatot adott. Két esetben kitűnő hatást ért el. Más tertiaer esetben, a hol 50 gm.-nyi serummennyiséget (1 cgm. higanyval) fecskendezett be, az eredmény ugyancsak jó volt. (Gazz. degli Osp. etc. 1899. Archiv LIII. 1900.)

Jodpraeparatumok.

Az újabb jodkészítmények közül főképpen a jodalbacid, jodolen, eigen és jodipin érdemelnek említést. Mindezek a jodkali pótszerei gyanánt szerepelnek, és tölük jodismus állítólag nem állana be.

Blum a jodkalium és jodalbacid vizsgálatánál azon eredményre jutott, hogy az előbbi ott alkalmaztassék, hol gyors jodhatás kívánatos, pl. a florid tertiaer eruptionál. De minden oly esetben, hol protracted jodkezelés szükséges, a hol egyidejűleg az egész jodmennyiség absorbeálva lesz, és a jodismust kerülni kell, ott jodalbacid van helyén, természetesen akkor is, ha a beteg hajlamos a jodismusra. Ha a súlyos tertiaer tünetek jodkalium használatakor eltűntek, a kezelést jodalbaciddal lehet folytatni. 2—3 decigrammos capsulában adassék be háromszor napjában. Jodalbacidot nálunk a bőrkórtani klinikán is alkalmaztunk, de az eredménnyel nem voltunk megelégedve. Majdnem semmi hatása sem volt.

Briess (Wiener med. Wochenschrift 1900.) szerint a jodalbacid azon esetekben, midőn erőlyes jodhatás feltétlenül szükséges, jó szolgálatokat tehet.

Gaston Beziere épen úgy, mint Canas, Guibert (Thèse de Paris 1900. Nr. 59.) és több francia syphilidolog a syphilit oleum bijodatum-fecskendezéssel kezeli. Sclerosis 6—8, condyloma localis kezelés nélkül 20 injectio után gyógyult. Stomatitis nem fordult elő. A szerző 34 esetet említ.

Jodipin. Frieser, Schuster, Kindler, Fischel és mások a jodipin megbízható, ártalmatlan hatását, könnyen elbirhatóságát dicsérik. A jodipin egy jodsesamolaj-vegyület, 10%-os és 25%-os jodtartalmú, és a többi jodpraeparatum felett azon előnnyel bír, hogy jodismust nem okoz; biztosabban hat mint a jodkalium a lues különféle alakjánál. Előnyös hatása abban leri magyarázatát, hogy a jod leválása lassan történik. Belsőleg, külsőleg és subcutan alkalmazható. Külsőleg Kindler alkalmazta nem sok eredménnyel. Per os való adagolásánál jod legkésőbb 15 perc múlva található a nyálban és vizeletben. 2—3 theáskanállal adnak be naponként vagy 150—200 gm.-ot klysmában. Legjobban alkalmazható befecskendezéssel, még pedig a 25%-os szerek 10 cm.³-e a glutusokba vagy a hát bőrébe fecskendeztetik egy nagyobb canule-lel a tú lassú előretolásával. Számos és legkülönfélébb esetben kitűnően bevált. Az ára azonban eddig, sajnos, oly magas (100 gm. körülbelül 7—8 korona), hogy az ezel való kezelés még nem lehet általános. Nálunk Kéti tanár klinikáján szintén jó eredménnyel rendelték. A vele tett kísérletekről Zirkelbach számolt be.

Burkhardt is a jodipin belsőleg adva jobban beválik, mint bármely más jodvegyület, miért is különösen akkor rendelőndő, ha a gyomrot kell kimélni vagy a jodismust akarjuk elkerülni. Egyes betegeknél, kik jodkalit a fellépő jodmérgezés miatt szedni képtelenek voltak, sikere a jodalkáliakkal szemben feltűnő volt. A jodipin hosszú utóhatása, mely vizeletvizsgálatok által bebizonyult, szintén hozzájárul, hogy ezen szerek a syphilis therapiájában fontos hely jusson.

Klingmüller is több esetet észlelt: 10%-os jodipint, belsőleg adva, jól tűrt a beteg, noha olykor jodismus lépett fel, de nem gyakran. A hatás prompt és hosszú tartamú volt, a kiválás általában hosszabb, mint a jodkaliumnál, a mi attól ered, hogy egy része a jodszírnak mint olyan resorbeálva lesz és a szövetekben lesz lerakva, egy rész pedig átmege a nedvekbe, a nélkül azonban, hogy intoxicatiohoz vezetne; a kiválás a belek, vesén és nyálmirigyeken át megy végbe. A 10%-os jodipint theas- vagy evokanállyi adagokban vették belsőleg, minden undor nélkül.

A rectalis alkalmazást nem találták hasznavehetőnek. Kitűnő hatást tapasztalt Klingmüller a subcutan kezeléskor: egy 20 köbm.-nyi, 5–7 cm. hosszú, kissé széles canule-lal bíró fecskendővel injiciálta a kissé felmelegített olajat, a mi a betegnek semmi különös fájdalmat nem okozott.

A hatás, melyet ily módon elértek, főleg tertiaer luesre vonatkozik: aktinomykosis, asthma bronch. és secundaer lues eseteiben is használták higany mellett.

Fischel Pick klinikáján is sikerrel alkalmazta a jodipint, mely szerinte subcutan azon esetekben rendelendő, a midőn a jodkali bármely oknál fogva per os nem adagolható.

Spagola (Corriere sanitario 1900, ref. Monatshefte) szerint még a legkisebb mennyiségű jodipinből is felszívódik jód, és a vizeletben kimutatható. Jó hatását dicséri még Sessous (Münch. med. Wochenschrift, 1900), Klar (Deutsche med. Zeitung, 1900).

A jodolen-ről, melyet Laquer fedezett fel, Sommerfeld értekezik. A jodolen alapanyaga a jodol és egy 36%-os joddal bíró jodalbuminát (fél annyi jód, mint jodkalium), míg a jodalbacid csak 8%-os jodot tartalmaz. A jodolen sárgás, durván szemcsézett, száraz, szétmálló, teljesen iztelen, szagtalan por, mely hosszabb ideig 100%-os hőfokot elbir, a nélkül, hogy megváltoznék, csak ügyelni kell, hogy levegő ne érje. A legtöbb oldószernek ellentáll, csak forró, hígított alkalikus oldatok és fehérnye hydrolysis alatt oldódik. A jodolen két nagy therapeutikus követelménynek felel meg:

I. Belsőleg használva, teljesen egyenértékű az eddig használt jodkészítményekkel, nevezetesen a jodsókkal, a nélkül azonban, hogy intoxicatiót vagy jodismust hozna létre.

II. Külsőleg használva mérgező és izgató hatás nélküli antiseptikumnak vált be.

A szerző a jodolennal tett kísérleteknél a következő eredményre jutott: A jodolen belsőleg használva nem az a szer, mely a jodalkaliakat a syphilis terapiájában teljesen kiszoríthatná. Bár jól felszívódik, azok hatása mégis jobb és biztosabb. Ez is intoxicatiót és jodismust idéz elő.

Fischer és Behdes tanulmányozták az eigen pharmacologiai sajátosságait. Az eigen külsőleg úgy hat, mint a jodoform, s e fölött szagtalan volta és kevésbé mérgező hatása miatt is előnnyel bír. Belsőleg az α eigen natr.-t és a β eigont alkalmazták a nélkül, hogy jodismus lépett volna fel.

Saalfeld (Allg. med. Centralzeitung) a syphilis minden stadiumában jó sikerrel alkalmazta az eigont, a nélkül, hogy jodismus fellépett volna.

A syphilitikus fejfájalmak kezeléséről Solari ír; luetikus fejfájás ellen, a mi a syphilis secundaer és tertiaer periodusban többször fordul elő, jodkaliumot per rectum ajánl. Két gramm adaggal kezdi, s naponta egy grammal többet ad $\frac{1}{4}$ liter langyos vízben feloldva. Ha a beteg nem tartja magánál a folyadékot, néhány esepben opiumtincturát adunk hozzá, vagy a vízmennyiséget változtatjuk meg. Az ilyen klysma, a melyet legjobb este adni, Solari tapasztalata szerint rövid idő alatt biztosan megszünteti a syphilitikus fejfájást.

Könyvismertetés.

L. Casper und P. F. Richter: Functionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie. Urban und Schwarzenberg, Wien und Berlin, 1901.

Korányi Sándor volt az, ki a diagnostikai vizsgálatok módszerei közé a nedvek molecularis koncentrációjának meghatározását bevitte és azt lankadatlan szorgalommal és kiváló tehetséggel széles alapon ki-művelte. Ezen módszer segítségével több szerv megbetegedésénél oly vizsgálati adatok birtokába juthatunk, a melyeket azelőtt semmiféle más eljárással nem voltunk képesek elérni és melyeket semmiféle más methodus pótolni még csak távolról sem képes. Azon megbetegedések között, melyeknél a nedvek molecularis koncentrációjának meghatározása szinte nélkülözhetetlen módszerré vált, a szív és vese megbetegedései foglalják el az első helyet. Előrelátható, hogy a Korányi-féle methodus a megbetegedéseknek egy egész sorozatában a betegség természetének meghatározásánál egészen új támpontokat fog meg szolgáltatni.

A legkiválóbb sikereket egyikét szerezte a módszer olyan téren, a melyen a belgyógyász a sebészszel találkozik. Ez a vesesebészet. A veséket illetőleg ugyanis sebési beavatkozásoknál mindig lényeges a vesék működési képességének meghatározása és pedig nemcsak azt kell tudni, mennyire munkaképes a két vese együtt, hanem azt is, hogy mindegyik vese külön-külön mennyire működik, de főleg, vajjon az egyik műtéti eltávolítása után a másik vese képes lesz-e az életfenntartáshoz szükséges munkát egyedül elvégezni. 10 év előtt még nem volt biztos módszer, hogy bizonyosan meghatározzuk, miszerint a két vese összes működése kielégítő, sem pedig nem volt módszer arra, hogy a két vese váladékát külön-külön felfogjuk. Azóta Korányi Sándor a vese functionalis diagnostikáját biztos alapra helyezte és ő fejlesztette a tökély magas fokára. A két vese váladékának elkülönített felfogására szolgáló ureter catheterismus módszere pedig Pavlik, Nietze, Casper és Albarran nevéhez fűződik. Ezen újabb vizsgálati módszerek és különösen a Korányi-féle módszereknek kiváló értékéről és a tudományos külföldön való elterjedéséről fényes tanúbizonyságot tesz az előttünk fekvő munka, melyet két kiváló szakférfi, egy urologus és egy belgyógyász bocsátottak közlé.

A munka történelmi rövid bevezetés után a szervek functionalis diagnostikájának kérdésével általában és a vesékével különösen foglalkozik. Először a vese vizsgáló módszereinek technikáját tárgyalja. Ismerteti a megtekintés, tapintás, kopogtatás, az újabb időből származó Röntgenezés, főleg az ureter catheterizálás módszereit. Az utóbbi indi-

cationak felállításában a túlságos tartózkodást, melylyel ezen módszer még néhol találkozunk, szerzők nem tartják helyesnek. Israellel szemben a beavatkozást teljesen veszélytelennek állítják, ha kivételénél a kellő cautelak betartatnak. A beavatkozástól egyetlen esetben sem láttak káros következményeket. A szerzők felállítják azt a tételt, hogy az uretercatheterizálás veseműtéteknél mindenkor kívánatos és a vesekiirtás műtéte előtt elengedhetlen. Az utóbbi körülmény bizonyítására az irodalomból 29 érdekes esetet közölnek, melyek egy részében a végzett nephrectomiák halálal végződtek, mert vagy nem volt második vese, vagy pedig az is súlyos elváltozásnak volt székelye. Ilyen esetekben az előleges uretercatheterizálás megkíméli a sebészt egy bizonyosan halálal végződő eset kellemetlenségeitől.

A vesék functionalis diagnostikai módszereinek szánt fejezetben a sufficientia, illetve insufficientia általános meghatározásánál felsorolják és kritikailag tárgyalják az eddig ismert eljárásokat. Teljesen elvetik a nitrogen és chlor meghatározásán alapuló módszereket, de nem tartják a veseműködés mértékének megállapításánál czélhoz vezetőnek sem a szervezetbe bevitt különböző anyagok kiválasztását, a melyen az Achari-féle methylenkék-próba, sem a vesék chemiai működésének vizsgálati módszerei közül azt, mely a hippursavnak benzooesavból és glycoecollból való képződésén alapszik, még kevésbé a vizeletnek toxicitását.

A Korányi-féle fagyponthatározás módszerét (kryoskopia) elfogadják és annak nagy klinikai jelentőséget tulajdonítanak. Korányi nagy érdemének tudja be, hogy az állati nedvek molecularis koncentrációjának meghatározását a fagypontsüllyedés segítségével a gyakorlatba bevezette, mert szerintők „a kryoskopiában egy rendkívül értékes módszert nyertünk, melylyel a vesebetegségek lefolyását pontosabban megállapíthatjuk, mint eddigelő, és melynek kiváló előnye a vizelet quantitativ chemiai analysisével szemben azon körülmény, hogy nem csak egy bizonyos anyag hiányos kiválasztását jelzi, hanem a vesék által kiválasztott tömegek összességét és mivel végül a methodus technikailag könnyen és gyorsan kivihető“. A vese működésének megállapításával Korányival egyetértőleg különösen súlyt helyeznek a vér molecularis koncentrációjának megállapítására, melynek segítségével a kellő cautelak szemmel tartásával már igen csekély eltérések a normalistól is felismerhetők. Mindazonáltal nézetünk szerint a szerzők, ámbár részletesen ismertetik és különösen dicsérik a Korányi-féle elveket, melyek a vizelet és különösen a vér vizsgálatánál szem előtt tartandók, eseteikben ezen módszereket nem művelték eléggé. Ennek oka az lehetett, hogy egy más methodus, t. i. a phloridzin-módszer iránt túlságos bizalommal viseltetnek. Ezen methodus, mint ismeretes, azon alapszik, hogy ép vese phloridzin-befecskendezés után cukrot választ ki. Ha az egyik vese súlyosabban megbetegedett, akkor ezen vesében a cukorkiválasztás késik, kisebb lesz, vagy egyáltalán nem jelentkezik. Ezt sok esetben alkalmazták és sikerült kimutatni több esetben, hogy a cukorkiválasztás a két vesében különböző, vagy hogy egyikben el is marad. A methodusról végleges ítéletet alkotni még korán volna, mivel szerzőknek is kevés olyan esetük van, melyben a vizsgálatot veseműtéti eredményének prognosisa végett végezték volna. Nem fogadható el azon állításuk sem, hogy a phloridzin-methodussal a veseműködés nagysága is megállapítható, mivel a vesének nem normalis, hanem bizonyos gyógyszer (phloridzin) által előidézett működése nem lehet irányadó működése mértékének meghatározására. Hozzájárul, hogy a phloridzin-glycosuriának normalértéke nincsen, hanem a cukormennyiség ép viszonyok mellett is tág határok között ingadozik és mert szerzők között statisztikájában sem találunk mindig parallelismust a cukor és a veseműködés nagyságát tényleg pontosan meghatározó kryoskopikus adatok között. Mindezeknél fogva a phloridzin legfeljebb csak mint a beteg vesének indicatora szerepelhet és a vesefunctioniól tökéletesebb képet csak akkor nyerünk, ha a vizelet- és vérvizsgálatokat a Korányi-féle elvek és módszerek segítségével elvégeztük. Viszont, ha a vér- és vizeletvizsgálatok alapján tájékozódunk, újabb adatokat már a phloridzinpróba sem nyújthat a vesefunctio megítéléséhez.

Ez kitűnik a munkában közölt statistikából is, mely 89 esetre vonatkozik, melyek mindegyikében a kétoldali uretercatheterizálás segítségével nyert váladékban a fagypontsüllyedést és a nitrogen mennyiségét állapították meg, valamint előzetes phloridzin-befecskendezés után a cukorkiválasztást vizsgálták qualitative. Az esetek egy részében a végzett veseműtétek vagy a későbbi bonezolatok fényesen beigazolták az ezen módszerek alapján felállított diagnosisek helyességét. Csak sajnálni lehet, hogy eseteik nagyobb számában közelebbi adatokat, melyek az egyes kórfolyamatok lefolyásáról felvilágosítottak volna, nem közölnek.

Szerzők munkáját egyébként nem tekinthetjük olyannak, mely a további kutatást és vizsgálatást fölöslegessé tenné. Mindenesetre nagyon jól ismertetik a vesefunctionia vonatkozó ismereteink mai állását és a ki ezek alapján a tárgy felől tájékozódott és főleg a Korányi-féle módszereket is megismerte, az bizonyosan nem fog a phloridzin próbánál megállani, hanem a vért és vizeletet a molecularis concentratio meghatározásával fogja pontosabb vizsgálat alá venni, mely vizsgálatok oly mély betekintést engednek meg a szervezet állapotába és a tervezett veseműtétek prognosisa felől a legjobb tájékozódást nyújtják.

Vas B. dr.

Uj könyvek. Rosenberger: Ursachen der Carbolgangrän. Würzburg, Stuber. — Sommer: Die Principien der Säuglingsernährung. Würzburg, Stuber. — Gerber: Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasen-Rachenraumes. Berlin, Karger. — Debrunner: Berichte und Erfahrungen aus dem Gebiete der Gynäcologie und Geburtshilfe. Frauenfeld, Huber. — Kehr, Berger und Welp: Beiträge zur Bauchchirurgie. Berlin, Fischer. — Nil Filatow: Klinische Vorlesungen über

Kinderkrankheiten. I. Heft. Wien, Deuticke. — Hofmann: Die moderne Therapie der Cystitis. Wien, Deuticke. — Savor: Leitfaden für die Schwangerenuntersuchung, Wien, Deuticke. — Brouardel: L'avortement. Paris, Baillière et fils. — Chauvain: Pour se défendre contre la tuberculose pulmonaire. Paris, Baillière et fils. — Gilles de la Tourette: Le traitement pratique de l'épilepsie. Paris, Baillière et fils. — Vincent: Manuel des infirmières. Anatomie et physiologie. Paris, Baillière et fils. — Mauriac: La défense du vin et la lutte contre l'alcoolisme. Paris, O. Doin. — Nicloux: Recherches expérimentales sur l'élimination de l'alcool dans l'organisme. Détermination d'un alcoolisme congénital. Paris, O. Doin. — Polailon: Maladies des femmes. Paris, O. Doin. — Delbet et Bigard: Asepsie opératoire. Paris, Masson et Co. — Luys: Des blessures des sinus de la dure-mère. Paris, G. Steinheil. — Polailon: Affections chirurgicales du tronc. Mamelles, organes génitaux de la femme. Paris, O. Doin. — R. Higston Fox: William Hunter, anatomist, physician, obstetrician. London, H. K. Lewis. — Ch. Barret Lockwood: Appendicitis; its pathology and surgery. London, Macmillan and Co. — Mayo Collier: Mouth breathing and its relation to diseases of the throat, ear, nose and accessory cavities. London, H. J. Glaiser. — F. R. Sturgis: Sexual debility in man. London, Rehman. — Essig: Dental metallurgie. London, H. Kimpton. — C. S. Potts: Nervous and mental diseases. London, H. Kimpton. — A. J. C. Skene: Electro-haemostasis in operative surgery. London, H. Kimpton.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

A heroin használatáról vérkeringési zavaroknál. Pavinski és Adelt mindenekelőtt a heroin általános megnyugtató, valamint az izgalmi és félelmi tüneteket megszüntető hatását emelik ki. A vérnyomásra való befolyása nagyon jelentéktelen, úgy hogy magas vérnyomással járó vérkeringési zavaroknál is használható. A szívbeidegést kedvezően befolyásoló hatását magyarázható a pulzus számának csökkenése és az arhythmia megszűnése. A heroin a vesére úgy látszik nem gyakorol befolyást, úgyszintén az étvágyra és az emésztésre sem. A légvételek száma csökken, egyidejűleg a légzés mélyebb lesz. A heroin használata javult: 1. köhögés; 2. dyspnoe; 3. fájdalmak, főképp stenocardialis fájdalmak; 4. félelemérzet, szívdobogás, paraesthesiák; 5. circulator zavar okozta álmatlanság eseteiben. Szívbillentyűbajok közül legjobb eredményeket láttak aortainsufficienciánál; a kis vércsőben mutatkozó zavaroknál kevésbé jók voltak az eredmények. Öreg egyének arteriosclerosisánál a heroin jódkészítményekkel kapcsolatban nagyon jó szolgálatokat tett, úgyszintén asthma cardiale eseteiben is. A szívizomzat megbetegedéseinél a heroin a dyspnoeát és a köhögést csökkenti; szívneurosisoknál a rhythmus szabályozása útján hat jótékonyan. Angina pectorisnál nem mutatkozott eredmény. Basedow-kór néhány esetében a kezdődő compensatio-zavar szakában jó eredménnyel használták a heroint digitalissal, chininnel vagy arsennel kapcsolatban. A légutak megbetegedéseinél a köhögés csökkentése, az oldalfájások és a nehézlégzés enyhítése útján jól hatott a heroin. Általános ideges alapon nyugvó gyomorhyperaesthesia-nál is eredménnyel használható a heroin, megszünteti a hányást és a fájdalmat. A heroinnak hosszabb használata mellett sem mutatkozik hozzászokás vagy idült intoxicatio. (Heilkunde, 1901. 1. szám.)

A hőmérséknek rohamokban történő alázatlását epilepsiás betegeknek hús eset közül tízenkettőben észlelte Carlo Centi. A hőmérsékcsökkenésekről a betegeknek nem volt tudomása. Néha három-négy ilyen roham is mutatkozott egy nap alatt, gyakran e rohamok szabályosan minden reggel vagy minden este ismétlődtek, a hőmérsék többször 36, 35, sőt 34° C-ra is leesett. Ezen hőesések és az epilepsiás rohamok között összefüggést szerző nem talált, csak egyes esetekben előzték meg azokat. E tünet bizonyára az érmozgató idegrendszernek sérülésére mutat. (Comptes rendus du XIII. Congrès int. de médecine à Paris 1900.)

Vérnyomás-mérések haszna a hysteria és neurasthenia kórisméjében. Strauss fontosnak tartja a vérnyomás mérését, melyet a Gärtner-féle készülékkel eszközöl és azon eredményre jut, hogy a relatív magas tonometer értékek, olyan egyénekben, kik functios neurosisra gyanusak és sem nephritisben, sem idült ólommérgezésben, sem arteriosclerosisban nem szenvednek, a neurosis kórisméjét megerősítik. Annak eldöntésére, hogy trauma után fájdalmasnak jelölt pont ténylegesen fájdalmas-e vagy csak tettetett, szintén szolgálhat azon körülmény, hogy az első esetben az arra gyakorolt nyomás alatt a vérnyomás emelkedik, az utóbbi esetben nem. Minthogy azonban a vizsgálatok csak kilencz egyében történtek, azok megerősítésére további kísérletekre van szükség. (Neurol. Centralblatt 1901. 3. sz.)

A beteg vese viselkedése idegen fehérjékkel szemben. Achard és Gaillard kísérleti úton nephritist hoztak létre állatokon és azok hasüregébe caseint fecskendeztek, melyet tejből aetherrel való kivonás útján nyertek. A nephritises vese a caseinnal szemben átjárhatóbb volt, mint az egészséges. Ha cauterizálás segítségével csak az egyik vesét sértették meg, ezen a casein inkább ment át, mint az egészségesen, a methylenkék ellenben kevésbé. Az egészséges vesén áthaladó casein azt a normalis serumalbuminnal szemben átjárhatóvá teszi. (Comptes rendus de la soc. de biol. 1901. febr. 8.)

A gyomorbajokból származó tetania vagy tetaniaszerű görcsök rossz prognoszt adnak W. Fleiner szerint. Többnyire nagyfokú pylorus- vagy duodenumszűkületből származó gyomortágulatról van ilyen-

kor szó, melynek következtében a betegek nagyon lefogytak, a mihez nagyon hozzájárul azon körülmény, hogy a gyomorban stagnáló ételrészek hypersecretiót és hányást okoznak és ebből folyólag a szervezet sok nedvet veszít. Őt ilyen esetet észlelt, melyek között kettőben valószínű tetania és háromban tetaniához nagyon hasonló tonusos görcsök támadtak. Mindezen esetek közvetlen gyomormosás után támadtak azon erőlködések alatt, melyeket a betegek ilyenkor kifejtettek. Sem az autointoxicatiót, sem a Germain Sée-féle reflextheóriát a tünetek magyarázására el nem fogadja, ellenben disponáló momentumnak tartja a sok folyadékvesztés miatt úgyszólván szárazabbá lett szervezetet, a minek megfelelően, hogy a vizeletmennyiség 500–300 cm³-re ment le és egy esetben a vörös vörsejtek száma 6.600.000-et tett ki. (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. 1900. 18. k.)

—ts.

Bőrkórtan.

Verrucae planae juv. ellen Gancher a következő kenőcsöt rendeli: Rp. Acid. salic. 1·0, Hydrarg. pp. albi 5·0, Vaseline. 40·0; chrysarobint csak kivételes esetekben alkalmaz, mert a ruhát szennyezi s toxikus mellékhatásokat hoz létre. (Gaz. hebdom. 1900. 76. sz.) Szabóky János dr.

A trichophytiásról észlelte Powell, hogy az Assamban, épen ellentétben Európával, leggyakrabban a körmökön s legtrikábbban a hajzatos fejbőrön mutatkozik. Feltűnő, hogy a trichoph. corporis épen azon testrészekben, melyek leginkább vannak a ruhától fedve, lép fel leggyakrabban, mit Powell az izzadással hoz kapcsolatba. (The Lancet, 1900. 3983. sz.) Szabóky János dr.

Húgyszervi betegségek.

A Nitze-Oberländer-féle urethroscopia javítása címén Nikolai M. (Kiel) módosított urethroscopot ismertet. A Nitze által igen kevésbé becsült urethroscopnak minden módosítása dacára legnagyobb hibája az az igen jelentékeny hőfejlesztés, a melylyel a platinkacsak izzasztása jár, a hűtőköszülékek hiányossága és nehézsége még nagy gyakorlat és megszokás mellett sem teszi az ezen műszerrel való dolgozást az orvosra nézve kellemessé, a betegre nézve veszélytelenné. Ezen hiányon Valentine kis Edison-lámpák alkalmazásával, a melyek előállításában azonban még ez idő szerint igen nagy technikai nehézségekbe ütközik, óhajtott segíteni, Nikolai pedig az által, hogy a platinsodronynak nagyobb világító képessége mellett kisebb hőfejlesztést juttatja érvényre. Ezen célból az újfajta Auer-féle osmium-izzólámpák mintájára a platinkacsot thoroxiddal készítette, ez által oly óriási fénytöbbletet nyert, hogy a világító platinsodrony oly vékonyra vehette, hogy elegendő világító képességgel mellett hőugarakat egyáltalán nem fejlesztett. (Ctbl. f. die Krankh. d. Harn- und Sexualorg. 1901. 2.) Ráskai Dezső dr.

Az idült gonorrhoea szerepét az impotentia létrejöttében tárgyalja terjedős cikkben Schönfeld (Bécs). A nemi functiók különböző zavarai szinte nem az idegrendszer, hanem a chronikus gonorrhoea által előidézett materialis elváltozásokra vezethetők vissza, a melyeket az a caput gallinaginibus és a prostatában létrehozott. Ennek bizonyítékát szerző egyebek között abban is találja, hogy nevezett zavarok megfelelő localis kezelésre javulnak, sőt meg is szűnnek. A kezelés 1. a hátsó húgyeső edzése endoscopikus úton vagy Guyon-Ultmann-fecskendő által, 2. a mechanikus kezelés sondák által, a chron. prostatitis massálása. Villanyozás. Az általános kezelés nyugalom, sexualis abstinencia, hidegvízkezelés. Belsőleg phosphor és nux vomica. A kezelés sorrendje: a lóbtünetek az említett edzőszerek útján elmulasztatnak; 2–3 heti pihenés után a mechanikus kezelés következik, a közérzet emelését célzó általános kezeléssel kombinálva. Impotentia generandi-nál a pyospermia, haemospermia, valamint az ondóhólyagcsák lobja fent említett elvek szerint gyógyíttatik, szűkületnél, valamint a duct. ejacul. obliteratiójánál a belső húgycsőmetasztést ajánlja. (Wien. med. Wochenschrift 1901. 5–9. sz.) Ráskai Dezső dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

Az oesophagusban fennakadt idegen test egy érdekes és egyszerű súlyos esetét közli G. Killian. Egy nő évés közben kausukból készült szájjpadlást lenyelte. A beteg leírása szerint a műszájjpadlemez két végén kapocsszerű görbülettel bírt, azonkívül elülső szélébe még egy műfog is be volt illesztve.

Fájdalmakat beteg nem érzett, mindössze a gyomorgödör táján panaszkodott kellemetlen nyomás érzetéről. A nyelési nehézségek igen nagyok voltak, a kemény eledelt csakhamar kihányta, miután az a szűkület következtében a gyomorba nem juthatott. Midőn beteg súlyos bajának nyolczadik hetében először került a szűrőhöz, a folytonos híg táplálék folytán már igen el volt gyengülve. Az oesophagoskopia csak kétszeri cocainozásra sikerült és a következő leletet adta: A felső állcsont szelétől számított 33–35 cm.-nyire, tehát a cardiától körülbelül 2–4 cm. távolságra, egy domborulatával hátrafelé tekintő kausuklemez az oesophagust teljesen elzárta. A Killian-féle fogóval sikerült az idegen testet két cm.-nyire a magasba emelni, de e közben az ellentállás annyira növekedett, hogy a húzást az oesophagus elszakításának veszélye nélkül folytatni nem lehetett. Épen úgy sikertelen volt a lemez helyzetének megváltoztatása. Oesophagotomia, tekintve az idegen test mély fekvését, nem lett volna tanácsos.

Nem maradt más hátra, mint a kausuk szétdarabolása, még pedig legezelszerűbben galvanocaustikus kacs segítségével. Az erre a célra alkalmazott angol aczéldrót elhajlott, a nyelet tartó kéz mozgásait nem követte, a miért Killian kénytelen volt a galvanocaustikus égetőt megpróbálni. Ez viszont olyan füstöt csinált az égetés közben, hogy a látóteret egészen eltakarta. Ekkor Killian arra a genialis gondolatra jött,

hogy legcélszerűbb volna a hurkot magában rejtő csövet az idegen test mellett letolni és az utólagosan a test háta mögött képezett kacsával próbálni szerencsét. A műtét fényesen sikerült, a kaucukulemez pár pillanat alatt át volt égetve, a midőn a szétválasztott részek kihúzása könnyen sikerült. Beteg egy kis nyelési fájdalomtól eltekintve, már a műtét után is teljesen jól érezte magát.

Killian azt a tanácsot adja, hogy ha esetleg ilyenmő idegen testekben tudunkon kívül fémrészletek vannak elrejtve és a kacs ebben megakad, növeljük az áramot oly fokra, hogy a drót elégjen és így a műszert ismét kihúzzhatjuk.

(E helyen nem hagyhatom említés nélkül Navratil tanár egy assistensének évek előtt történt esetét. Midőn egy betegénél megkísérelte pénzfóggóval (ha nem tévedek) az oesophagusban megakadt idegen testet kihúzni, a fogó megakadt és eltávolítani többé nem lehetett. A beteg ekkor önkéntelen megragadta a fogó nyelét és egy hatalmas rántással napfényre került nemcsak a fogó, hanem annak kíséretében az idegen test is, egy szilvanagyságú bányesigolyadarab. (Ref.) (Deutsch. med. Woch. Nr. 51. 1900.)

Tótvölgyi Elemér dr.

Kisebbségi közlemények az orvosgyakorlatra.

A higany- és jodkali-dyspepsia megszüntetése. Ismeretes, hogy syphilisben szenvedő egyéneknek a gyógyítás alatt a higany és jodkalium használata következtében nagyon makacs dyspepsia szokott jelentkezni, amely a betegek kellemetlen táplálkozását akadályozván, nem közömbös. Ezen dyspepsia ellen nagyon jó eredménnyel használja *Bolen* az extractum chinai Nanning-ot, melyből naponként háromszor 10–15 cseppet vétet be, még pedig a kellemetlen íz leplezése céljából egy pálinkáspohárral port-borban. (Therapeutische Monatshefte, 1901. 1. füzet.)

Heveny húgycső-blennorrhoea ellen jó eredménnyel használja *Risso* az itolt: 0.025 : 200.0 oldattal végeztet befeccskendéseket a húgycsőbe naponként hatszor. (Ref. Monatshefte für prakt. Dermatologie, 1901. 5. szám.)

A bromipin használatáról epilepsiánál ír *Verhoogen*, kiemelve a Merck gyárából kikerült ezen szernek előnyeit, melyek a következőkben foglalhatók össze: a gyomrot nem támadja meg, nagyon nagy adagokban is adható minden kellemetlen következmény nélkül, a bromismus tünetei nagyon ritkán jelentkeznek, a bromsók rendetlen használata folytán mutatkozó kellemetlen tünetek a bromipin rendetlen használata esetén nem mutatkoznak. Egyébként a bromipin hatása epilepsiánál ugyanaz, mint a bromsóké. Olyan betegeknek, kik olajje miatt nem szívesen veszik a bromipint, klysma, bőr alá feccskendés vagy a bőrbe dörzsölés alakjában is használható. (Journal médical de Bruxelles, 1900. 45. szám.)

A dioninról írván *Hönigschmied*, kiemeli e szer kitünő hatását pleuritikus fájdalomnál; egyéb fájdalmak ellen nem oly megbízható hatású. Álmatlanság ellen is nagyon jó szolgálatot tesz (0.30 dionin 10.0 vízre, 25 cseppet este bevenni), az alvás után üdülve, kábultság nélkül ébrednek a betegek. A dionin általában pótszere a morphiumnak, adagja átlag 1/2-szerese a morphiumnak. Kellemetlen mellékhatásokat nem okoz, hosszabb használat után sem kell az adagot növelni. A morphiumtól elszoktatásnál is nagyon jó szolgálatot tesz a dionin. (Aertliche Central-Zeitung, 1900. 51. sz.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 14. szám. *Tévai József*: Könyvkhajlati értágulás esete. *Kain József*: A puerperalis méh inversioja. *Borbély Samu*: A sörvetszésről.

Klinikai füzetek, 1901. január és február. *Kőhegyi Lajos*: A haránt-fekvésekről, azok aetiologiája, diagnostikája, osztályozása, lefolyása és kezelése. *Márczius. Zirkelbach Antal*: A heveny sokizületi csúsz és a szívbajok közötti viszony s a heveny sokizületi csúsz gyógykezelése. *Schenk Arthur*: Persannal elért gyógyeredmények vérszegénység és sápkór eseteiben.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 14. szám. *Neusser*: Aetiologico-bacteriologiai diagnostika. *Baracz*: Az emberi botryomycosis fajlagos kórokozójának kérdése. *Preindlsberger*: Bélvérzések kizárt sérvek repositioja után. *Frank*: Az olmitzi új állami szülőintézet.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 14. szám. *Haskovec*: Az alkohol hatása a szívre és a vérkeringésre. *Pal*: Meralgia paraesthetica. *Bleicher*: A heveny húgyesőkankó kezelése. *Gömöröy*: Gyöngyház esztergályosok idült, sokszoros, recidiváló esztőlója.

Wiener medizinische Presse, 1901. 14. szám. *Benedikt*: Az abstinencia kérdéséhez. Bevezető az antialkoholista-congressushoz. *Löwy*: Felhevített szénsavgáz therapeutikai alkalmazása. *Königstein*: A fersan használata chlorosisnál és anaemiánál. *Kahane*: Adatok a socialis orvostanhoz.

Prager medicinische Wochenschrift, 1901. 10. szám. *Hueppe*: Pettenkofer. *Eisner*: A húgyhólyag subcutan rupturája. 11. szám. *Luckesch*: A lamina compacta externa izolált törése a belső felületet ért löveg által. *Spitschka*: Az alsó humerus-vég törései. *Knapp*: Puerperalis fertőző betegségek és kezeléseik.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 14. szám. *Bettmann*: Az urticaria factitia egy különös alakja sclerodermiánál. *Westphalen*: Az úgynevezett enteritis membranaceáról. *Kuttner*: Az alsó orrkagyló resectioja. *Ransom*: A tetanus-méreg és a tetanus-antitoxin elosztódása az élő állati testben.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 14. szám. *Erismann*: Pettenkofer. *Binz*: A természetes vasasvizek oldott vastartalma. *Ostmann*: Galvanocautikus edényzárás az orrban mint bevezető aktus intranasalis beavatkozásoknál. *Albrand*: A könnyorr-bajok therapiája. *Albu*: Acut sárga májsorvadás gyógyult esete. *Ruge*: Tropikus dysenteria friss eseteinek kezelése. *Michaelis*: Az elastin-festés chemismusa és gyakorlati alkalmazása köpetkészítményeknél. *Zuelzer*: A biológiai fehérje-reactio vérben és vizeletben. *Praun*: Fehérjenyomok kimutatása. *Fürst*: A gonorrhoea kezelése ichthargannal. *Engel, Japha*: A vérkészítmények festése eosin-methylenkékkel.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 12. szám. *Bähr*: Kötés alkalmazása töréseknél. *Fedoroff*: Az ureterkatheterezés technikájához.

Centralblatt für innere Medizin, 1901. 10–13. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz. 14. sz. *Goldberg*: A heveny gonorrhoeás epididymitis gyógyítása guajacolal.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 14. szám. *Heidenhain*: Császármetszés négy esete fundalis harántmetszéssel. *Schücking*: A retroflexio gyógyításának kérdéséhez.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1901. márczius. *Liepmann*: Ujabb dolgozatok a szósüketségéről.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1901. 6. szám. *Heuss*: A syphilis-therapia némely alapvető kérdése. *Sahli*: A boagipsz-sin.

Therapeutische Monatshefte, 1901. 3. füzet. *Strassburger*: Tüdővénészek éjjeli izzadásának kezelése tannoform hintőporral. *Koeppé*: A balneológiai kutatás új útjai. *Kisch*: Mozgás és sport elhízás ellen. *Bourget*: Az influenza kezelése. *Guérard*: Megjegyzések az abdominalis totalexstirpationhoz myománál. *Tittel*: A Siebold-féle tejfehérje (plasmon) használata csecsemőknek. *Förster*: Alkohol és gyermekgyógyászat. *Volland*: Megjegyzések Feer válaszára az előző füzetben. *Weber*: A szénsav-principium a tüdővész kezelésében. *Heermann, Gumbinner*: Orthoform-mérgezés.

Deutsches Archiv für klinische Medizin, 69. kötet, 3. és 4. füzet. *Zollikofer*: A vér fehér vérszójának viselkedése helyi bőrgerek behatására. *Grober*: A nyál változó rhodantartalma és ennek okai. *Berliner*: Hasúri folyadékgyülemek perforatioja. *Grassmann*: A vérkeringési szervek a syphilis kora szakában. *Ullmann*: Általános infectio gonorrhoea után. *Arneth*: Histológiai lelet Leube esetéhez (rohamosan lefolyó súlyos anaemia, egyidejűleg a vér leukaemiás volta). *Gidionsen*: Az idült tüdő- és gégegümőkór kezelése betol-befecskendésekkel. *Fraenkel*: A gümőkór kezelése fahéjsavval (kísérletek házinyulakon). *Bischoff*: Chorea senilis esete.

Zeitschrift für klinische Medizin, 42. kötet, 3. és 4. füzet. *Afanassjeff*: A csontvelő elváltozásai leucocytosisnál. *Holowinski*: A szívhangok physikaliz vizsgálata. *Trachtenberg*: Akromegalia esete. *Hampeln*: Aorta-aneurysmákról és mediastinalis daganatokról. *Hödmöser*: A pulmonalisba áttörő aorta ascendens aneurysma tünetana és diagnosisa. *Nagelschmidt*: Az osmotikus nyomás alimentær befolyásolása. *Adamkiewicz*: A nagyagykéreg ganglionsejtjeinek lényege és jelentősége. *Stejskal*: Febrilis elváltozások a vér vegyi összetételében. *Weisz*: Intercostalis phonatios jelenségek. *Simon*: A mesterséges úton előidézett izzadás befolyása a gyomormedvelválasztásra.

La semaine médicale, 1901. 14. szám. *Lépine*: Az alimentaris levulosuria viszonya a máj megbetegedéseivel.

Progrès médical, 1901. 14. szám. *Picqué*: A Bichat-kórház sebészeti osztályának múlt évi statistikája.

La presse médicale, 1901. 27. szám. *Chauffard*: A Kernig-féle tünet meningitis cerebrospinalisnál. *Martinet*: Hogyan kell használni a jodürt? 28. szám. *Brault*: A gümőkór hatása a vesére. *Curtis*: Megjegyzések Wlaeff tanár czikkére a blastomycetákról. *Billet*: Malaria néhány rendellenes alakja. *Keim*: Atrophikus medencék lágyrészei által okozott dystocia.

Le bulletin médical, 1901. 24. szám. *Trousseau*: A conjunctivitis purulenta prophylaxisa és gyógyítása. *Favre*: A pestis 1900-ban. 25. szám. *Michel*: Az influenza tüdőbeli szövödményei. 26. szám. *Calmette*: A buccalis fertőzések és prophylaxisuk. 27. szám. *Magnus Möller*: A fény befolyása a bőrre.

Revue de médecine, 1901. 3. füzet. *Bernheim*: A hysteriás anaesthesia és psychikus mechanizmusa. *Lagrange*: A szívmozgások nevelése (rééducation) módszeres gyakorlatokkal. *Bourdillon*: Colotyphus esete. *Remlinger*: Typhus és dysenteria társulása. *Sabrazés és Mathis*: A vér állapota zonánál.

Bulletin général de thérapeutique, 1901. 7. füzet. *Bertherand*: Adat a pyramidonnak és sóinak tanulmányozásához. *Josias és Roux*: Gyermekkori tüdőgümőkór kezelése a Richet és Héricourt-féle izomserummal. *Garnault*: A gümőkór kezelése nyers hússal és orthoform intratrachealis befeccskendéssel. 8. füzet. *Adrian*: Új posológiai módszer a nagyon erős hatású gyógyszerek számára. *Laumonier*: Népkönyvhák. *Cabanès*: A mérgek a történelemben.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1901. 2. füzet. *Audry, Gérard és Dalous*: A bőr, a vér és a vizelet változásai pemphigus chronicus esetében. *Renault*: A bőr és a bucco-pharyngealis nyákhártya állapota között fennálló antagonizmus secundaer syphilisnél.

Archives de neurologie, 1901. márczius. *Lenoble*: Családi idegbaj három esete. *Sérieux*: A német egyetemek elmekórtani klinikái.

Archives générales de médecine, 1901. márczius. Cassat: A gastrikus toxinok kérdése. Robaud: A spina bifida genesis. Vicente: A malaria aetiologiája. Crespin és Mailfert: Heveny broncho-pulmonaris jelenségek malariánál. Michel: Kizárt sérv 16 hónapos gyermeknél.

Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 1901. 1. füzet. Furet: Mindkét sinus sphenoidalis trepanatioja egészséges sinus maxillarison át. Escat: A gége arthritisei. Luc: Praemaxillaris subperiostealis heveny tályog. Struycken: Az orr tamponálása. Mignon: A gége radioskopikus vizsgálata. Lichtwitz: Készülék az orrjáratok aërothermikus kezeléséhez. Depierre: Orrpolypus esete. Champagneux: A fülfoltyás kezelése a tengerparton.

The practitioner, 1901. április. J. Rose Bradford: A vezeték-nélküli mirigyek physiologiája. G. R. Murray: A thyreoidea-kivonat használata a gyógyászatban. R. Hutchinson: A thyreoidea chemiája élet- és kórtani szempontból. W. Edmunds: A thyreoidea teljes vagy részleges eltávolításának hatása ezen szerv betegségeinél. R. T. Williamson: Pankreas-képzőművek használata diabetes mellitusnál.

British medical journal, 1901. április 6. J. Bland-Sutton: 120 fibroidot tartalmazó méh. R. P. Ranken Lyle: Placenta praevia. Nutting S. Fraser: Puerperalis infectionnak műtétrel kezelt esete (Pryor-féle módszer). J. D. Sligh: A placenta separatioja a szülés harmadik szakában. H. Lloyd Patch: Méhenküli terhesség műtét esete. J. Mitchell Bruce: A szív és az ütőerek megbetegedése az élet delén és alkonyán. W. Robertson: Scarlatina új typusa. O. F. Grunbaum: Marhaserum használata a végbélben át való táplálásnál. J. N. D'Estere: Diphtheria-antitoxin használata nem diphtheriás membranás tonsillitisnél. F. Haviland Hall: Tracheotomia mellúri aneurysma eseteiben. J. O'Donnell: Spontan versio esete. G. J. Maguire: Nagy nyálkó tünetek nélkül. J. Mc Elroy: Műlő elmezavar eclampsia után. Ch. Fisher: Scorbutos angolkór két esete. J. G. Modlin: Sebészeti esetek. J. Taylor: Adhaerens Meckel-diverticulum okozta bélzáródás. F. Lindsay Dickson: Heveny felszálló paralysis esete. Stanley N. Babington: Egyoldali coccyealis cysta.

The lancet, 1901. I. 14. szám. J. Mitchell Bruce: A szív és az ütőerek megbetegedései az élet delén és alkonyán. A. Brown Kelly: A garat és az orr-garat sclerotikus hyperplasiája. Burton A. Nicol: Van-e immunitás typhus atátlása után? P. W. Latham: Az izületi csúszkór-és gyógytana. F. Boeremmann Jessett: Gastro-enterostomia után eltűnt nagy pylorikus daganat; bonczvizsgálat a műtét után 11 évvel. G. Flux: A levegő befolyása az érzéstelenítésnél. T. A. Green: Acut felhágó paralysis 3 esete. D. Newman: A vesesebészeti története. A. de Winter Baker: Gégediphtheria. Herbert Snow: Probalált méh carcinomája. W. Hanna: A Romanovski-Ruge-féle protozoa-festés módosítása. W. H. Bennett: Koponyatöréssel szövődött dislocatioja a nyaki gerincoszlop-nak. D. Douglas-Crawford: Sértetlen bőrre alkalmazott carbol-borogatások okozta coma.

Hetiszemle és vegyesek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 13. hetében (1901. márczius 24-dikétől márczius 30-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 725,013, katona 16,000, összesen 741,013. Elveszületett 486 gyermek, elhalt 302 egyén, a születések tehát 184-el multak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 34.1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 21.2, az egy éven felüli lakosságnál: 17.2, az öt éven felüli lakosságnál: 15.3. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 2, pertussis 2, morbilli 6, scarlatina 2, variola 0, varicella 0, cholera asiati 0, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 02, apoplexia 10, eclampsia 10, szervi szívhibák 22, pneumonia 32, pleuritis 1, pneum. catarrh. 12, bronchitis 3, tuberculosis pulmonum 74, enteritis 7, carcinoma 12, ezek közül méhrák 4, egyéb újképletek 3, morbus Brightii et nephritis 6, veszületett gyengeség 16, paedatrophia 1, marasmus senilis 7, erőszakos haláletet 4, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 3, baleset 1, kétséges 0. — **II. Betegedés.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2927, beteg, szaporodás e héten 841, csökkenés 836, maradt e hét végén 2932 beteg. B) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi márczius 26-ától április 1-éig terjedő 13. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 49 (27), diphtheria, croup 14 (18) hagymáz (typhus) 10 (3), kanyaró (morbilli) 119 (104), trachoma 3 (9), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 15 (26), orbáncz (erysipelas) 6 (15), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (1), ezenfelül varicella 13 (27).

⊕ A tisztiorvosi vizsgák országos bizottsága által Budapesten, 1901. évi márczius hó 1—21-dikéig tartott vizsgálatokon a következő orvosok képesítették: A) *Kitűnően képesített:* Kaczvinszky János dr. műtőorvos, Budapest. B) *Képesített:* Bazsó Tivadar dr. körorvos, Heves; Bradách Emil dr. klinikai gyakornok, Budapest; Bradean Athanasz dr. körorvos, Bozovics; Dános József dr. kórházi gyakornok, Budapest; Duma Tivadar dr. magánorvos, Budapest; Farkas Miksa dr. klinikai gyakornok, Budapest; Halka Lajos dr. műtőnövendék, Budapest; Herz Sándor dr. magánorvos, Budapest; Hódossy Gida dr. magánorvos, Budapest; Holz Antal dr. körorvos, Ó-Bessenyő; Kern Frigyes dr. kórházi gyakornok, Budapest; Koch Béla dr. műtőnövendék, Budapest; Koda Sándor dr. magánorvos, Ujvidék; Kohn Emil dr. magánorvos,

Versecz; Komáromy Dezső dr. magánorvos, Nagy-Léta; Koós Aurél dr. műtőnövendék, Budapest; Ludvik Elemér dr. magánorvos, Budapest; Lutzer Simon dr. magánorvos, Mező-Csáth; Miklós Endre dr. körorvos, Gyömrő; Ofner Károly dr. cs. és kir. főorvos, Budapest; Öhler László dr. magánorvos, Malaczka; Piusker Emil dr. magánorvos, Budapest; Prohászka László dr. községi orvos, Elek; Sörös Miklós dr. bakteriologiai szaksegéd, Budapest; Stojanovits Jęfta dr. klinikai gyakornok, Budapest; Szezyler Emil dr. cs. és kir. ezredorvos, Budapest; Trebits Gyula dr. körorvos, Vojvodincez.

— Biedl Arthur dr. a bécsi egyetemen a kísérletes kórtan nyilvános rendkívüli tanárává neveztetett ki.

⊕ Az orvostanhallgatók száma Franciaországban 1901-ben 7197 francia és 881 idegen, a francziák száma tehát az előző évhez képest 216-tal csökkent, az idegeneké pedig 64-gyel emelkedett. A hallgatók következőképen oszlottak meg: Páris, 3158 francia, 474 idegen; Bordeaux, 657 francia, 17 idegen; Lille, 253 francia, 19 idegen; Lyon, 1009 francia, 82 idegen; Montpellier, 343 francia, 193 idegen; Nancy, 198 francia, 58 idegen; Toulouse, 433 francia, 25 idegen; écoles de médecine 1146 francia, 13 idegen. Az idegenek túlnyomó része török (118), bolgár (123) és orosz (333). Elég nagy számmal van még képviselve Görögország (38) és Románia (61); a románok száma az utóbbi időben nagyon megfogyott (1896-ban 108 volt).

△ Az elberfeldi festékgyár (ezelőtt Friedr. Bayer és társa) 262 lapra terjedő kötetet adott ki, mely a gyárban előállított gyógyászati készítményekre vonatkozó összes adatokat (vegyi összetétel, farmakologiai hatás, javalkatok, adag, rendelmód, klinikai észleletek) könnyen áttekinthető módon tartalmazza s így jó szolgálatot tehet azoknak, a kik az egyik vagy másik készítményről behatóbban tájékozódni kívánnak.

□ Nyitra vármegye érsekújvári közkórházában az 1900. évben — a mint azt Hüekl Ernő dr. igazgató-főorvos kimutatásában olvassuk — összesen 715 beteget (464 férfi és 251 nő) ápoltak. A halálozási százalék 6.43 volt. Egy betegre átlag 19.9 ápolási nap esett. Műtétet fekvő betegeken 188 esetben, bejáró betegeken pedig 31 esetben végeztek.

† Elhunyt: Kresz Géza dr. fővárosi orvos, a mentő-egyesület igazgatója e hó 10-dikén hosszas szenvedés után 55 éves korában meghalt. Az elhunyt nagy érdemeket szerzett a mentő-egyesület alapítása és felvirágoztatása körül; érdemei elismerésül előbb a királyi tanácsosi címet, majd a Ferencz József-rendet, legutóbb pedig a magyar nemesseget kapta. — Kissolymosi Sebes Károly dr., a magyar államvasutak nyugalmazott felügyelője és főorvoshelyettese 66 éves korában április hó 4-dikén. — Mohr Ferencz dr., a lipótmezei tébolyda és a budapesti poliklinikai kórház volt alorvosa 28 éves korában április hó 7-dikén.

< Hibaigazítás. Lapunk 14. számában a 237. oldal 2. hasábjának 9. sorában „könyveink” helyett „könyvészetünk” olvasandó.

⊕ Első leánykiképzési egyesület m. sz. Leány- és fiúbiztosító-intézet. Az intézet 38-dik kezelési éve, melynek jelentését Schwarzen Armin elnöklése mellett a márczius 31-dikén tartott közgyűlésen terjesztették elő, minden tekintetben kedvező volt. 1900-ban új beiratkozás volt 14,969 jutalékrész. Nászjutalékok és visszafizetések fejében kiutalványoztatott 509,264 korona 90 fillér. A díjtartalék az 1900-as eredményből való 1,271,917 korona 19 fillér átutalásával 5,780,652 koronára emelkedett, a többi tartalékhoz 115,517 korona 81 fillér csatolattott, úgy, hogy azok összege 826,410 korona 29 fillér. A mérleg végösszege: 6,717,255 korona 21 fillér, mely a következő tételekben nyer fedezetet: Intézeti épületek 156,017 korona 68 fillér leírása után 1,489,622 korona 16 fillér. Elsőrendű 4¹/₂o-os állam és egyéb óvadékképes értékpapír 2,164,092 korona. Takarékbetétek 2,171,392 korona 01 fillér. A jelentés és mérleg helyesséssel tudomásul vétetett és miután Schwarzen Armin elnöknek, Kohn Arnold vezérigazgatónak, az egész igazgatóságnak és felügyelő bizottságnak köszönetet és elismerést szavaztak, újra megválasztották a felügyelő bizottság egy év tartamára.

„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 m²-méter nagyságú természetes forrásmedencében az ásványviz naponta négyszer megújul, **lokalis iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és ádító-fürdők. Kitűnő szálló-lák. Vendéglő saját üzemből. 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. (1901. március 13-dikán tartott VI. bemutató ülés.) 259. lap. — A Budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. (XXVIII. ülés 1900. május 22-dikén.) 260. lap. — Orvostanhallgatók Segélyző és Önképző Egyesülete. (Önképző alosztály III. felolvasó ülése március 16-dikán.) 262. lap. — (Önképző alosztály IV. felolvasó ülése 1901. március 23-dikán.) 263. lap. — Szegedi orvos-egyesület. (XX. szakülés 1900. november 21-dikén.) 262. lap. — (XXI. szakülés 1900. december 12-dikén.) 263. lap.

Közkórházi orvostársulat.

(1901. március 13-dikán tartott VI. bemutató ülés.)

Elnök: Bradách Antal; jegyző: Terray Pál.

(Vége.)

Fehérvérűség két esete.

Ángyán Béla: 1. eset. H. F. 50 éves órák.

Körelőzmény. Beteg előadja, hogy 4 éves korában agyhártya-, majd mellhártyagyuladást állott ki. 28 éves korától 35 éves koráig Szeged és Belgrád vidékén tartózkodott, hol ezen 7 évi idő alatt gyakran szenvedett lázas bántalomban, leírása szerint minden valószínűség szerint maláriában. 42 éves korában 1892-ben lüest aquirált, mely ellen 3 hónapon át higanylabdacsokat használt. Azután 1/2 évig egészséges volt. Ekkor azt vette észre, hogy többször, különösen időváltozások idején alsó végtagjaiban nyiláló fájdalmak jelentkeznek. 1895 óta járásnál gyorsan fárad, 1899 óta pedig járása nehéz és bizonytalan. 1900. május elején látása gyengült, mely azóta fokozódik. Még 1899-ben észrevette, hogy hónalji és lágyékmirigyei nagyobbodnak; felvétele előtt 3 héttel pedig a nyaki mirigyek nagyobbodását észleli. Nyolcz nap előtt a hideg kirázta, étvágyát veszítette, állandó fej-, derék- és tagfájdalmak kínozzák és annyira elgyengült, hogy kénytelen volt a kórházba felvételni magát.

Jelen állapot. Beteg magas termetű, erős csontrendszerű és pettyhűt izomzatú, lesoványodott, bőre és a látható nyálkahártyák feltünőleg halaványak. Közérzetét nagy gyengeség, láz, erős fej-, derék- és végtagfájdalmak és köhögés nagy fokban lehangolják. A halántéküterek kanyarodottak, mindkét orrszárnyon, valamint az ajkak szélén herpetikus kiütés. A látak szűkek, fénybehatásra merevek, de alkalmazkodásra reagálnak. A látás nagy fokban csökkent.

Mindkét szemén Grósz tanár vizsgálata szerint az atrophia nervi optici kifejezett képe látható. Járása kissé ataxiás; kifejezett Romberg-tünet észlelhető. Patellaris-reflex hiányzik. Eltekintve a jelenleg fennálló állandó fej- és tagfájdalmaktól, időnként heves nyiláló fájdalmakat érez az alsó végtagok ízületeiben, többször övszerű fájdalmakat a törzsen. Étvágy csökkent, nyelés szabad, szomj fokozódott.

A nyak mindkét oldalán mogoró-diónagyságú, feszes, ruganyos, fájdalmatlan, szabadon mozgatható nyirkmirigydaganatok. Hasonló mirigydaganatok mindkét hónaljárokban, valamint a lágyék és csomóhajlásokban is láthatók, csak hogy több apró mellett tojás- egész ökölnagyságúak is.

A mellkas jól fejlett, domborad, mindkét fél egyenletesen mozog. A szegyesont már mérsékelt nyomásra is fájdalmas. A tüdők felett a rendes határokon belül éles kopogtatási hang, hallgatódzáznál pedig mindkét tüdő felett kiterjedten érdes légzés mellett számos ronchus hallható. Szív felett semmi rendellenesség.

Has mérsékelt puffadt. A máj kissé megnagyobbodott, a bordaív alatt 1 1/2 ujjnyira tapintható, feszes, sima felületű, nem érzékeny. A lép szintén megnagyobbodott, tomputata a 7-dik bordánál kezdődik s mellfelé a bordaívet túlhaladja. A bordaív alatt két ujjnyira tapintható, sima felületű, kissé érzékeny.

Széketét renyhe. A vörsvizsgálat a következőket mutatja: a vörös vörsejtek száma 4-5 millió, a fehér vörsejtek száma 350.000; az arány a kettő között 1:14. A haemoglobin-tartalom 50%. Feltűnő a fehér vörsejtek nagy száma, melyek túlnyomólag kis lymphocyták és csak kevés számmal találhatók nagy lymphocyták, valamint eosinophil és basophil leucocyták. Poikilocytosis alig kifejezett.

A változó tüneteket esetünkben három csoportba oszthatjuk. Az első csoport tünetei az *influenza kórképét* alkotják, mely miatt a beteg a kórházba jött.

A második csoport tünetei a *gerincvelősorvadás* kórképét mutatják, melynek kezdete 1892-re vezethető vissza.

Végül a harmadik csoport tünetei a *fehérvérűség* kórképét mutatják, mely 1900-ban vette kezdetét.

2. eset. V. E. 39 éves földmives.

Körelőzmény: Jelen baját 1898. május havára vezeti vissza, a mikor hideglelése volt, mely akkor rövid ideig tartott. Augusztus havában azonban újra fellépett, a mikor az arezán, fülén, homlokán és az ajkakon sömörös kiütések mutatkoztak, a melyek igen heves fájdalmakat okoztak. Ekkor egy hónapig volt fekvő beteg. Szeptember hó végén újra hideglelése volt, mely profus hasmenések kíséretében három hétig tartott. 1899. január havában vette észre először, hogy hasában daganat van és hogy lábai gyengék. Ezen idő óta a daganat lassanként nőtt, maga mindinkább gyengült és három hét óta lábai megdagadnak. 1899. december 18-dikán Budapestre jött a kórházba s előadó osztályán 1900. február 22-dikéig ápolgatott. A beteg ekkor a következő tüneteket észlelte. Nagyfokú anaemia jelei a bőrön és a látható nyálkahártyákon, valamint a szív és nagy edények felett anaemikus zörejek. Bőr-oedema a szemhéjakon, a kezekon, a hát és has

bőrén, mindkét egész alsó végtagon és a hasüreghen mérsékelt ascites. Léptumor, mely az egész bal felét a hasüreghen kitölti s jobb felé a jobb emlő vonalig ér el. A lép legnagyobb szélessége 23 cm., hossza pedig 17 cm. Első időben intermittáló lázak mutatkoznak mindennap, melyek nagyobb chinin-adagokra teljes apyrexianak engednek helyet. A láztalan állapot egy hétig, sőt két hétig is elmarad, de ismét fellép a láz és csak chinin és arsen együttes adagolására szűnik meg 1900. január végén.

A hydropikus tünetek már korábban, egy hét alatt eltűntek. Midőn a beteg 1900. február 22-dikén a kórházat elhagyta, vérszegénysége tetemesen javult, erőbeli állapota egészen kielégítő és lépe szélességében 7 és hosszban 6 cm.-t kisebbedett. (Ekkor a lép méretei: szélességben 16 cm., hosszban 11 cm.) Ezen idő alatt a friss vér vizsgálata semmiféle megcsapódását a fehér vörsejteknek nem mutatta.

Folyó év január 20-dikán a beteg újból fölvetette magát előadó osztályára s elmondta, hogy körülbelül m. év július haváig jól érezte magát, dolgozni képes volt. De ekkor újra lázai keletkeztek s annyira elgyengült, hogy ismét kénytelen volt gyógyítás végett Budapestre jönni.

Jelen állapot: A beteg kisebb termetű, rosszul táplált, bőre és látható nyálkahártyái igen halaványak, csontrendszere jól fejlett, izomzata vékony, pettyhűt. Szellemi és külérzéki működései, eltekintve a szédüléstől, mely állásnál előáll, valamint a fülzúgástól, épek. Közérzetét nagy gyengeség, az alsó végtagok dagadása, szédülés és fülzúgás erősen lehangolják. Pupillák középtagok, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra kellőleg reagálnak. A nyelv tiszta, halavány. A szájüreg és a torok nyálkahártyája szintén halavány. Időnként a betegnél minden előzmény nélkül orrvérzés mutatkozik. A tüdők és a szív felett semmi rendellenesség. Étvágy elég jó, szomj nem fokozott, nyelés szabad. A has nagy fokban tágult. A lép igen nagy, egészben sima felületű, de mellőse szélé bunkószerűleg megvastagodott, a mit mult évben nem lehetett észlelni; benne időnként mérsékelt fájdalmak jelentkeznek, nyomásra azonban nem érzékeny. Méretei a következők: legnagyobb szélessége 40 cm., legnagyobb hosszúsága a bal bimbóvonalban a proc. xiph. csúcsától 21 cm. Jelenleg tehát a lép 17 cm.-rel szélesebb és 7 cm.-rel hosszabb mint a mult évben volt felvétele alkalmával.

Az alsó végtagok egész terjedelmükben vizenyősen beszűrődtek. A hasüreghen jelenleg ascites nincs. A vörsvizsgálat a következőket mutatja: a vörös vörsejtek száma 3-5 millió, a fehér vörsejtek száma 70.000; a kettő közötti arány 1:50. Haemoglobintartalom 47%. A vörös vörsejteken jól kifejezett poikilocytosis látható. A fehér vörsejtek fele részben eosinophil-sejtek, másik fele a fehér vörsejteknek részben kis és nagy lymphocyták és basophil leukocyták.

A bemutatott két eset klinice abban különbözik egymástól, hogy míg az első esetben a lymphatikus mirigyrendszer megbetegedése praevalál s a lép csak kisebb mérvben vesz részt a megbetegedésben, addig második esetünkben a mirigyrendszer intact, ellenben a lép óriási megnagyobbodást mutat. Ily viszonyok között Virchow értelmében első esetünket a leukaemia lymphatikus alakjához, a másodikat pedig a lialialis-hoz sorozhatnánk, de ily élesen elkülönített alakokat, mint általában, úgy ez esetben sem lehet felállítani. Ez esetek is inkább a vegyes alakokat mutatják. Az első esetben az összes haemopoetikus szervek megbetegedését, a második esetben csak a lép és csontvelő megbetegedését lehet megállapítani.

Első esetünkben a leukaemia mellett a tabes kifejezett kórképét is észleljük. Önkéntlenül felmerül a kérdés, hogy a két bántalom között minő összefüggés van; hogy a tabes a leukaemia által hozatott-e létre? E kérdés annyival inkább jogosult, mert tudjuk, hogy a leukaemia lefolyásában többször észlelhetők az idegrendszer részéről súlyos zavarok. Ezen zavarok leggyakrabban a peripherikus idegek részéről mint neuralgiás fájdalmak és bémulások mutatkoznak, létrehozva mirigydaganatok által, melyek az idegtörzsekre nyomást gyakorolnak, vagy pedig az ideghüvelynek nyiroksejtekkel való beszűrődése által. De a központi idegrendszer részéről is észlelték leukaemiánál kóros elváltozásokat.

Igy nevezetesen Minnich a hátulsó kötegek elfajulását találta olyan leukaemiáknál, kinél tabeses jelenségek voltak kimutathatók. Ez esetben előadó véleménye szerint a tabes nem a leukaemia következménye. A két bántalom fellépésének chronologikus sorrendje inkább azt mutatja, hogy a tabes a betegnél hat évvel korábban kezdődött, mintsem az első leukaemiás jelenségek mutatkoztak. De maga a tabes kórképe is annyira praegnans, hogy az a leukaemiával oki viszonyba nem hozható.

Grawitz-féle hypernephroma miatt végzett vesekiirtás.

Herczel Manó: Volits Nera 38 éves bács megyei napszámosnő 13 év előtt hasa jobb felében almamekkoráságú daganatot vett észre, mely lassan ugyan, de állandóan növekedett. Eleinte alig okozott némi zavarokat, az utolsó két évben azonban a daganat gyorsabban nőtt, járásnál és munkaközben fokozódó, a jobb mellkasfélbe és jobb czommba

kisugárzó heves fájdalmakat váltott ki, melyek a beteget munkaképtelenné tették. Véres vagy zavaros vizelete soha nem volt.

Felvételek: A gracilis gyöngye nő hasában egy a jobb bordaív alól kiinduló, gyermekfejnyi, gömbölyded, homályosan hullámzó, elastikus daganat volt tapintható, mely a középvonalig ért, alsó határa a köldököt három ujjal meghaladta.

A tumor minden irányban elég jól volt mozgatható, hanyattfekvés-kor, különösen bimanualis palpationál a jobboldali hátsó lumbalis tájékat kidomborította. A vastagbél felfújva a daganat előtt haladt el és annak medialis részét elfőtte. Vizelet idegen alkatrészeket nem tartalmaz, napi mennyisége 900—1000 közt ingadozik, fajsúlya 1016—1020.

Tekintettel a daganatnak lassan fejlődésére és haematuriának teljes hiányára, jóindulatú, valószínűleg cystikus vesedaganatot kóriszték.

A műtétet Herczel 1900. december 28-dikán végezte chloroform-narkosisban. 16 cm. hosszú ferde lumbalis metszéssel a jobb vese tájékát feltárta, a hatalmas daganatot, mely elől a peritoneummal szorosabban össze volt növe, igen gyorsan, de a peritoneum megsértése nélkül kihámozta. A fonálgyenyedéseket kikerülendő, Herczel ez esetben sem kötötte le a vese véredényeit, hanem a csipőket 48 óra hosszat rajtuk hagyta. A nagy üreget a bőr- és izomseb szűkítése után steril gaze-csikokkal tamponálta.

A kiirtott vese a daganattal együtt 710 grammot nyom, nagyobb részében ép és csakis az alsó kétharmadának medialis részéből kiinduló daganat miatt aláfelé mindinkább szélesbül és vastagodik, de összesen véve alig rendes vesenagyságúra becsülhető, úgy hogy a daganat súlya mintegy 560 gm.-ra becsülhető. A daganat köröskörül a vese rostos tokjának folytatása által van körülölvén, mely a daganatot úgy takarja, hogy az egészen sima felületet mutat. A vese felső harmada, mely a daganattól elkülönítve maradt, egy külön vékony ureterrel bír, míg az alsó két harmadnak uretere és vesemedenczéje kitágult és megvastagodott.

Felmetszésnél kitűnik, hogy a daganat, még a veséhez való odanöves táján és a vese állományától élesen megkülönböztethető s volta-képen sehol sem terjed beléje, hanem csak a vesét és részben a vesemedenczét széjjel nyomta. A daganat $1\frac{1}{3}$ —2 mm. vastag, részben elmeszesedett rostos tokkal van körülölvén, melyen belül részint velős, vörösesfehér, majdnem szétfolyó daganatszövet, részben pedig sajátságos vajsinsárga és chamoisszerű szövetállomány találatik savas hasadékokkal áthatottan. A daganatnak legnagyobb középső részét pedig világos vörös velős szövet és elfakosodott, alvadási elhalásban levő tömör és gerendázatos szövet alkotja.

Genersich tanár szövettani lelete szerint a vizsgált daganat legnagyobb része majdnem egészen egynemű, magfestést nem mutat, tehát nyilván elhalt. E mellett találni egyes foltokat, melyekben a szöveti szerkezet még jól felismerhető. Az utóbbi helyek sejtűs kötőszövetből állanak, mely durvább rostjaival egyes rekeszeket alkot, utóbbiakban hol apró szegletes és gömbölyded sejtek halmazait, hol szép nagy zsír-szemcsés sejteket lehet látni, melyek nagy maggal bírnak és a mellék-vese zsírsejtjeire emlékeztetnek. A daganat egyes részeiben a mellék-vese héjához hasonlít.

Ezen szövettani lelet alapján a daganatot sarcomának kell tartani, mely a mellékveséből indult ki.

Kórisme: Hypernephroma.

Lefolyás láztalan. Az első napokban pulzus gyöngye és szapora (120), de konyhasó subcutan infúziókra a szív működése javul.

Vizelet mennyisége a műtétet követő napon 300 gm. volt, harmadnapra már 800 gm.-ra növekedett; az 5—10. napon megint leszállt 400-ra, de újból konyhasó-infúziókra és coffein-adagolásra a normalisra emelkedik. Jelenleg a vizelet mennyisége 1000 gm., fajsúlya 1030.

Korányi tanár osztályán műtét előtt és után eszközölt vese-functionalitás vizsgálatok szerint a megmaradt vese jól működik és compensálja a kiirtott vesét.

Kuzmik Pál egy hasonló esetből származó praeparatumot mutat be. 1899. október 14-dikén írtotta ki ezen bal vesét. A beteg anamnesisében azt mondta, hogy semmiféle kellemetlenséget nem tapasztalt soha, csak 1899-ben lépett fel nála haematuria, mely mégis nyugtalanította és a mely miatt megvizsgáltatta magát. Ekkor a bal hypochondriumban férfi-ökönyi, sima, bél által fedett terimenagyobbodás volt, de ezt nem irthatta ki azonnal, mert stricturája is volt a betegnek. Előbb ezt kellett rendbe hozni. Októberben azután végrehajtotta szóló a műtétet, a mely kellemetlenség nélkül folyt le, a daganatot könnyen lehetett kiválasztani és kiirtotta a vesét is. A vesének metszési lapja sárgás volt, hasonlított a sarcomához. Genersich tanár vizsgálta meg és lelete egybehangzó az előadót által felemlített lelettel. Szintén hypernephroma volt. A gyógyulás is zavartalan volt, november 19-dikén elhagyta a sanatoriumot és decemberben teljesen meggyógyult.

Herczel Manó: Örövend, hogy felszólalónak is jól sikerült a hasonló eset operatioja. Reményli, hogy az eredmény tartós lesz mindkettőjük esetében, mert a capsulát még egyikben sem törte át a daganat, a honnan általános infectio kiindulhatott volna.

Dermoid cysta a nagy csepleszen.

Lipscher Mór: A petefészek dermoid cystáitól eltekintve, a hasüreg egyéb teratoid daganatai a ritkaságokhoz tartoznak. Igen kevés esetben képezték sebészi beavatkozás tárgyát, nagyobbbrészt boncsolás-kor kerültek napfényre.

Olshausen nézete, mely szerint ezen daganatok mind lefűződött és elvándorolt petefészek-tömlők volnának, már régen meg lett döntve (Wilms). Genersich tanár is a hashártya-tömlőkről szóló munkájában valószínűnek tartja, hogy a nagy csepleszen és mesenteriumon

elsődleges, csupán bőralkatrészeket tartalmazó dermoidok előfordulnak. Wilms szerint ezek a köldökrés bezáródásakor lefűződött ectoderma csírokból keletkeznek. Míg az eddig leírt, nagyobbbrészt régi feljegyzésekből ismert esetekben a daganatok kiindulási helyét biztonsággal kimutatni nem lehetett, addig ezen betegnél az anatómiai viszonyok egyszerűségénél fogva minden kétségen kívül ki lehetett mutatni, hogy a daganat az omentumon fejlődött.

F. Sándorné 45 éves asszony, ki tízszer szült, öt év előtt étvágytalanságban és gyomortáji fájdalmakban szenvedett. Orvosa, ki nála vándorlépet és gastroptosist diagnosztizált, haskötőt rendelt, mire a gyomorpanaszok tényleg kissé enyhültek. A vándorlépetnek tartott daganat folytonos növekedése egyrészt, másrészt a mindinkább fokozódó havi vérzések, melyek a beteget igen legyöngítették, arra késztették, hogy több nőgyógyász tanácsát kérje ki, kik mindnyájan a bő vérzéseket a daganat által feltételezettnek tartották és a műtétet ajánlották.

Felvételek 1900. augusztus 11-dikén az igen vérszegény, gracilis nő hasában, balra a középvonaltól, egy a kis medenczébe leérő gyermekfejnyi sima daganatot lehetett tapintani, mely minden irányban könnyen volt mozgatható. Vaginalis vizsgálatnál kitűnt, hogy a tumor a méhtől balra fekszik, de könnyen a méh elé tolható.

Ezen lelet alapján hosszú koesányú solid ovariumtumorra tétetett a diagnózis.

A műtétet Herczel magántanár megbízásából bemutató végezte 1900. augusztus 16-dikén. Kitűnt, hogy a gömbalakú daganat a nagy cseplesz szabad széléről lóg le a kis medenczébe, de a genitáliákkal semmi összefüggésben nincs. Mindkét petefészék teljesen ép állapotban a kissé megnagyobbodott méh mellett könnyen fel volt lelhető. A daganatnak felső kerületéhez 15—17 cm.-nyi szélességben tapadt a nagy cseplesz, melynek véredényei közvetlenül átmentek a daganat burkába. Hogy a tumort, bár az sem a hasfallal, sem a belekkel, sem a genitáliákkal összetapadva nem volt, a hasüreg bal oldalából a középvonalon túl kimozdítani nem lehetett, annak oka abban rejlett, hogy a nagy cseplesz bal széle 15—20 cm.-nyire a daganat fölött a mellő csipőtvőis helyén a has oldalfalához oda volt növe.

A daganat kiirtása a nagy cseplesznek több szakaszban történt lekötése és átvágása által eszközöltetett.

A kiirtott tumor egy gyermekfejnyi, kissé laposra nyomott, gömbalakú dermoid cysta, melynek burka papírvékony, bensejét egy rövid szőrökkel egyenletesen kevert sárga, kenőesszerű anyag töltötte ki.

A betegnek vérzése, mint előrelátható volt, ezen műtét után nem szűnt meg és a három héttel későbbén végzett méhkaparásnak s csak muló hatása volt. Azóta a beteg egy nőgyógyászati osztályon még egy ízben végeztek méhkaparást.

(Folyt. következik.)

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(XXVIII. ülés 1900. évi május hó 22-dikén.)

Elnök: Kézmárczky Tivadar; jegyző: Tóth István.

1. Elnök megnyitván az ülést, a jegyzőkönyv hitelesítésére Szinessy és Schwarz tagokat kéri fel.
2. Következnek a bemutatások.

I. Graviditas abdominalis, a terhesség folyamán történt méhrepedés következtében.

Doktor Sándor: O. K. 28 éves hajadon eseléd, az egyetemi I. sz. női klinikára felvétellett f. évi márczius 28-dikán. Egyszer szült 5½ év előtt; szülése és gyermekágya rendes volt. Utolsó rendes havi baja: 1899. február 10-dikén. Magzatmozgásokat érez július közepe óta. Augusztus közepén letráról, több mint meternyi magasból leesik hasára; utána fájdalmakat érez, tovább dolgozni nem bír, rosszul alszik s másnap reggel vérezni kezd. Vérzik három hétig. Azután felépül, könnyebb szolgálatra el is szegődik, de fájdalmai teljesen nem szűntek meg. Ezért jött a klinikánkra. Vizsgálatnál gyermekfejnyi, sima, tömört, mobilis tumor található, mely az alhas jobb felében ül, elül, mindjárt a hasfal mögött, s mely mellett csak nehezen és homályosan lehet méhet külön tapintani. Extraterin graviditas diagnosisa alapján laparotomia márczius 31-dikén. Egészen tömört, zsugorodott pete az elülső peritonealis excavatióban méh és hólyag között, összenöve az elülső hasfallal, a méhvel és jobb széles szalaggal, felül a csepleszszel. Tompa leválasztása után tűnik ki, hogy a tuba és ovarium teljesen épek s a pete egyik sarkával, hol lepenyszövet látszik, a méhhez szorosabban odanőtt s itt a méh elülső falán, közel a fundusához, tollszárnál vastagabb tölcsérszerű csatorna nyílik a méh üregébe. A jelentékeny defectus miatt abdominalis totalexstirpationt végeznek, mely után a beteg láztalanul gyógyult. A készítményen demonstrálható mindkét oldali függelékek ép volta; a méhfalnak feltűnő vastagsága (egész 23 mm.); az elülső falat átfúró csatorna, mely fölött és alatt a méhfalban sugaras hegszövet látszik. A vérzés folytán tehát megrepedt a méh a terhesség hatodik hónapjában; a pete azonban sértetlen maradt, s kitolult a nyíláson in toto a hasba, hol eltokolódott.

Tóth István: Az igen érdekes esethez két szempontból szólni hozzá; egyrészt, mert hasonló eseteket maguk is észleltek, másrészt a műtét szempontjából. Előrebocsátja, hogy ebben megegyezik bemutatóval.

Kétségtelen, hogy a terhesség korai idejében létrejött ruptura után jutott ki a pete a hasüregbe. Körülbelül hét év előtt a szülészeti poliklinikumot egy nehéz viszonyok között levő nőhöz hívták, a kinél jelentékeny anaemia tünetei mellett külső vérzés is volt. Vizsgálatnál azt találták, hogy a mindenek szerint terhes méh előtt egy daganat foglal helyet. Vérzés a hüvelyből és urethrából. A nőt a klinikára beszállítva, beható vizsgálatnál kitért, hogy a hólyagba bejutott 5 hónapos petével van dolguk. A ruptura minden insulturnélkül jött létre s a mi nagyon érdekes, Doktor esetével ellentétben itt a méh alsó szakaszán jött létre a ruptura.

Laparotomiát végeztek nála (Schultz). Utólagosan bírálva a dolgot, talán nem ez volt a helyes út, a mennyiben a hashártya sehol átszakadva nem volt, hanem az excavatio vesico-uterinában közvetlenül a peritoneum alatt lehetett tapintani a magzatot a hólyagban. Schultz felmetszette a hashártyát, kivette a petét és a hólyag és méh sebt elvarrta, ez azonban természetesen exact módon nem sikerült. A nő röviddel a műtét után meghalt.

Ezen esetben valószínű a spontán ruptura; mechanikus insulturnem volt, mesterséges abortusra sem mutatott semmi.

Doktor esetére vonatkozólag a műtetre nézve azt hiszi, hogy 28 éves nőnél, ilyen kis nyílás mellett, a milyen ez volt, nem felel meg a conservativ álláspontnak, ha a méhet exstirpáljuk, különösen, ha az adnexumok épek. Azt hiszi, hogy ékalakú kímetszéssel a méhet össze lehetett volna varrni, de ha ezt nem is tesszük, a méhet a mellő hasfalhoz lehetett volna rögzíteni. A hashártya kellő védelmet nyújtott volna, hogy a méh veszélybe ne kerüljön.

Doktor: Utólagosan nem látszik jogosulatlanul az ellenvetés; operatio közben azonban az volt az impressio, hogy a méh bennhagyásából veszély háramlik a nőre, másrészt pedig arra gondoltak, hogy ha sikerül is a méh előrevarrása, ismételt terhesség esetén ez bajt fog okozni. Ezért végezték a totalexstirpációt.

II. Érdekesebb casuistikus eset a szülészeti gyakorlatból.

Szinassy József: F. é. február hó 7-dikén reggel 4 $\frac{1}{2}$ órakor Hudaesek József műtőorvost K. S. szülész nő lakására hívták, hogy az ott szülőfélben levő nőt vizsgálja meg, a kitől hallja, hogy előző nap, február 6-dikán reggel 4 óra tájt léptek fel először fájásai. (Magzatvíze mintegy 24 órával előbb folyt volna el.) A fájdalmak azóta renyhén ismétlődnek, a szülés nem haladt előre. A 17 éves, gracilis termetű, vérszegény, kimerültnek látszó I. P.-nál az első koponyafekvésben levő magzat fejét balra, magasan álló kis kutaacsos, kissé a haránt felé fordulva, közel a kimenethez találta. A szívhangok gyengén bár, de hallhatók; a szülő nő pulsusa 110, könnyen elnyomható. Fájdalom alatt a fejtető a szeméremrésben megjelenik s utána ismét visszahúzódik.

Mindjárt a vizsgálat elején a szeméremrés lemosása s feltárasakor feltűnt, hogy a hüvelyből barnás, bűzös, bélsárszagú váladék szivárog, melyet már előbb, e vizsgálatot megelőzőleg a bába is vattával törülgetett volt. H. dr. nyomban a végbelet is vizsgálva, a septum recto-vaginaléban a végbél külső nyílásától egy ujjnyira fel a hátsó hüvelyfal közepéig szakgatos szélű czafatos folytonossághiányt talált. A várakozást a lelet folytán úgy a magzat, mint az anya szempontjából károsnak tartván, mindjárt műtétet ajánlott, a mi azonban úgy a szülő nőnél, mint a jelen volt anyjánál heves ellenzésre talált s csak ama kijelentésre, hogy a poliklinikum segélyét fogja igénybe venni, egyezett bele a környezet a művi beavatkozásba, de csak oly feltétellel, ha a felkért orvos fogja azt végezni s csak úgy, ha reggelig az állapot nem változnék.

Reggel 8 óra körül újra elhívták, a mikor a folyton gyengülő szülőfájások és a szülő nő kimerülése mellett az előbbi állapot majdnem változatlanul állott fenn.

Ekkor a környezet nagy nehezen ráállt a beavatkozásra, s mikor én is elhivatván, szintén megvizsgáltam a szülő nőt (hamarjában nála medenczeméreteket felvéve: Conjug. externa 18 $\frac{1}{2}$ cm., Cr. il. 27, Sp. ilei 23 cm.; a kimenet átmérője: conj. diag. 10 cm., az ülőgümők távolsága 10 $\frac{1}{2}$ cm.) minden szükséges feltételt typean ugyan nem bírva, de mégis kétséget kizárólag ugyancsak elérkezettnek találtam, hogy Hudaesek dr.-ral fogóműtétre határozzuk el magunkat.

Az igen kimerült nőt narcotizálva, a fogót alkalmaztam, a nyílvarratával meg mind a haránt felé vergáló jobb ferdéjében a hiányos flexioban lévő magzatfejre s pedig a bal ferdében 3–4 tractionnal (kezdetben a fogónak hosszúsági tengelye körül való forgatást intendáló mozdulattal kötve össze, hogy a kis kutaacs és a fogó csúcsa a szeméremrés alá kerülhessen), rövid néhány pillanat alatt a fejet könnyen kigördítettem a szeméremrésen. A magzat algid asphyxiában született és $\frac{1}{2}$ óráig tartott élesztési kísérletek után életre hozott. 35 cm. fejkerületű, 48 cm. hosszú, 2900 gm. súlyú volt. A lepény könnyű expressioja után a rést megvizsgálva, azt találtuk, hogy a gát teljesen ép, sértetlen; a felső hüvelyfalon néhány apró horzsolás, a hátsó hüvelyfalon a végbél körülbelül egy ujjnyira a hátsó boltozat felé haladó zúzott, czafatos szélű, folyékony bélsárral és véralvadékokkal fedett, a végbélbe áthatoló, a boltozat előtt három harántujjnyira végződő 6–7 cm. hosszú repedés, illetőleg átkoptatott folytonosság-hiány van, melynek roncsolt széleit, a hüvely és végbél alapos kitisztítása után ollóval eltávolítva, nyolcz erős csomó selyemöltéssel egyesítettük (Hudaesek dr.).

A szülő nőt melegített ágyba fektettük és excitáltuk.

Műtét napján február 7-dikén láztalan. Hőmérséklet három óránként; hasra Priessnitz.

Február 8-dikán. Jól aludt, láztalan. Február 9-dikén este 38.5°.

P. 90. Állapota kielégítő. Február 10-dikén reggel 38.5°, este 39.5°, borzongás, has érzékeny és kissé puffadt; a nő az éjjelt nyugtalanul töltötte, felbőgölések, hányinger; szelek nem távoznak. Rendelés: opium nagy adagban. Hüvelyből bűzös bélsártartalmú kifolyás; hüvelyöblítés steril vízzel.

Február 11-dikén 39.5°, este 40.0°, rázóhideg; jeges borogatás; a jégtömlőt nem tűri; opiatumok, óvatos beöntés, mire könnyű ürülés, melynek egy része a hüvelyen át történik. Vizsgálatnál a két alsó, bár a zúzott sebszéltől jól távol fekvő varrat, átgenyedt és helyén a hüvelyfal 3 cm.-nyire szétvált, a melyen a végbél felől bélsár szivárog. Két óránként hüvely- és végbélöblítés forrált vízzel. Felbőgölés megszűnt. Február 12-dikén reggel 38.2°, este 39°, has puffadtsága csökkent, szelek mennek; beteg az éjjelt nyugodtan töltötte. Február 13-dikán reggel 38°, este 38.5°, puffadtság fennáll, a parametriumok érzékenyek, méh jól involválódik, nem érzékeny, hüvelyváladék (bélsárral keverve) csekélyebb; hüvelyöblítések; eddig önként vizelt, ma erre nem képes; csapolás. Február 14-dikén reggel 38°, este 38.5°, állapot kielégítő, beöntés, a szék egy része a hüvelyseben át ürül. Február 15-dikén stat. idem. Február 16-dikán reggel 37.8°, este 38.2°, csapolás, hüvely- és végbélöblítések; meteorismus szünőfélben, parametriumok csak tapintásra érzékenyek. Nyelv tiszta, éhség érzete; tej, bouillon, tojás, tea, bor.

Február 19-dikén reggel 37.0°, este 37.5°. Priessnitz. Az előbbi hólyagretentiót vizeletürítés váltja fel; a vizelet elfolyását nem veszi észre.

Február 20-dikán teljesen láztalan, a hüvely tüzetes kitisztítása után a felső hat varrat eltávolítása; a hüvelyfal felső részlete teljesen egyesült, az alsó szétvált rész is zsugorodik; de savós bélsárszagú folyadék még szivárog. Méh jól involvál, fundusa a symphysis mögött még tapintható, nem érzékeny; parametriumok nyomásra még érzékenyek.

Február 27-dikén a vizeletet már $\frac{1}{2}$ óráig képes tartani. Február 28-dikán húgycső állapota javul; vizeleti inger, égető érzés a csőben; a vizelet végén fájdalmak; felfogott vizelet üledékes. Salolt kap. Márczius 1-sején és 2-dikán állapot folyton javul, spontán szék; ha folyékony, egy része a hüvelyen át; hüvelyöblítések. Márczius 3-dikától 10-dikéig stat. idem. Vizeletét már $\frac{1}{2}$ –2 óráig tartja. Inger megszűnt. Szüleihez távozik azzal az utasítással, hogy hüvelyöblítésről és székrendezésről gondoskodjék és ha lehet, még egy hétig feküdjék. A beteg f. é. márczius 18-dikán ismét láttam s megvizsgálván, azt találtam, hogy a hüvelyben szétválás által keletkezett folytonossághiány 3 cm. hosszú, a végbélbe hatol, állítása szerint rajta már semmi váladék sem ürül, méh rendes, parametriumok teljesen szabadok, nem érzékenyek. Vizeletét 3–4 óráig tartja, nem fájdalmas. Étvágja jó, testben gyarapszik.

Hüvelyvégbél-sipolyát egy hó múlva Hudaesek dr. segédkezésével, a szélek felfrissítésével nyolcz silkorm-varrattal egyesítette.

Kézmárczky: A végbélsipoly keletkezésére nézve talán támpontot nyújt az, hogy a kimenet szűkebb volt, mert hisz ezen sipolyok főképpen a keresztessont beszűgülésére vezethetők vissza, vagy a farsontt benyúlására. Ritkább végbélsipoly a bemutatott.

III. Carcinomás terhes méh vaginalis totalexstirpációja.

Walla Béla: V. E.-né 26 éves, zenész neje felvételét az I. sz. női klinikára 1900. április hó 7-dikén. Első tisztulását 16 éves korában kapta meg, a mely azontúl négy hetenként hét napi tartammal jelentkezett. Utolsó tisztulása 1899. december hó elején volt. V. P.; az első három év előtt, az utolsó 10 hónap előtt. Szülések és gyermekágyak rendesek voltak. Három hó óta alhasában és derekában szaggató fájdalmak vannak. Ugyanezen idő óta bűzös, húslészerű folyásban is szenved. Gyakori vizeleti ingerei vannak.

Status praesens. Vagina tág; vulva livid; portio vaginalis mellső ajka duzzadt, megnyúlt, alsó polusán gombaszerűleg kiszélesedik, itt kifehélyesedett, göbös felszíni, kissé málékony és könnyen vérző. Méh-test kis gyermekfejnyi, fundusával 4 ujjnyira ér a symphysis fölé, ante-flectált, legömbölyített, puha, szabadon mozgatható, nem érzékeny. Parametriumok szabadok.

Diagnosis: Graviditas mensium IV–V.; carcinoma portionis vaginalis operabile. Minthogy a parametriumok teljesen szabadok voltak, a radicalis operatio, a rákos, terhes méh teljes kiirtására határozottuk el magunkat és pedig a hüvelyen keresztül, mert a többször szült nő vagináját elég tágnak találtuk arra, hogy azon keresztül a terhes méhet in toto eltávolítsuk. A carcinomás részek lekaparása után összefogjuk Muzeux-kel a portio ajkait és új desinfectiót végzünk. Ezután körül-metszzük a hüvelyboltozatot, feltoljuk a hólyagot és megnyitjuk a mellső, majd a hátsó excavatiót. Most leszorítjuk a Doyen-féle angiotriptommal először a bal parametrium basisát, azt átvágjuk és mindjárt le is vesszük a műszert úgy, hogy a szövetek körülbelül $\frac{1}{2}$ perczig tartó nyomás alatt voltak. Ugyanígy járunk el jobboldalt, majd feljebb haladva még egyszer baloldalt és onnét jobboldalt. Ezzel már oly magasra haladtunk a parametriumok átvágásával, hogy a lig. latumok még hátra lévő részét a méhnek megkisebbitése és kigördítése nélkül sikerül ujjunkkal előbb bal, majd később jobboldalt annyira lehúznunk, hogy az angiotriptort alulról reá helyezhetjük. A lig. latum beszorítása és átmetszése után a méhet húzással és expressióval sértetlenül távolítjuk el. Eddig a leszorított csomókából nem volt vérzés, most azonban a jobb parametrium közepe táján erősebb arteriosus vérzés indul meg, a melyet azonban egy körülöltéssel csillapítunk. Ezután kivarrjuk a csomókat a peritoneumhoz és a peritoneum sebt zárjuk.

A beteg pulsusa az operatio után 86 és telt volt. Két óra múlva azonban a nő sápadt lett, pulsusa 128-ra emelkedik fel és filiformis. A vaginából mérsékelt vérszivárgás van. Tehát utóvérzés jelentkezett, a

melynek csillapítása céljából ismét a műtőasztalra helyeztük a beteget. A tampon vértől teljesen át volt ivódva, azonban minthogy ez a vér-mennyiség nem magyarázta meg teljesen a nagyfokú anaemiát, felnyitottuk a peritonealis sebet is, a mire a hasüregből részint alvadt, részint hig vér ürült. A vérzés két helyről indult meg és pedig a jobb- és baloldali ovarium mellett egy repedésből, a mely a csonknak kivarrt részlete fölött volt, és a jobboldali parametrium basisán két tyúktoilvastagságú érből. Ezeknek körülöltésével és lekötésével a vérzést csillapítottuk. Feltűnő volt, hogy a papírvékonyaságú összenyomott parametrium csonkok nem voltak láthatók. E közben a beteg 800 gm. konyhasós oldatot kapott a bőre alá, de mindennek dacára állapota csak másnap reggelre, camphoros és cognacos klysmák adagolása után, javult annyira, hogy életben maradáshoz reményünk volt. A következő három napon a beteg állapota tényleg javult. A 39° C. fölé emelkedett hőmérsék leszállott 37,4°-ra, pulsusa 116 lett. Szelek spontán távoztak és 24 órai anuria után rendszeresen vizelt. Az ötödik napon azonban állapota hirtelen rosszra fordult, a hőmérsék 39,5 fokra emelkedett, pulsus állandóan rosszabbodott, míg végre a hatodik napon sepsis tünetei között elhalt. A másnap végzett sectionál Genersich tanár a következő kórbonczati diagnosist állapította meg: Exstirpatio uteri gravidi carcinomatosi ad initium mensium V. cum haemorrhagia et sepi. Intumescentia hepatis, lienis, praecipue renum. Endocarditis verrucosa valvulae mitralis et infarctus anaemicus renis sinistr.

Érdekes volt a bonezolás alkalmával a csonkoknak viselkedését észlelni. Kiderült ugyanis, hogy a műszerrel papírvékonyaságú összenyomott parametrium csonkok szétváltak. A peritoneum a csonkokról teljesen vissza volt húzódva, úgy hogy a parametrium kötőszöve peritoneummal nagy felületen egyáltalában nem volt borítva és az ureterek is körülbelül 10–12 cm. hosszúságban teljesen lecsupaszítva feküdtek. Ezenkívül a csonkok ereiben, egyet kivéve, thrombust nem találtunk, sőt az erek sonda számára átjárhatók is voltak.

Az utóvérzés és a peritoneumnak említett szétválása minden esetre olyan körülmények, a melyek a műszer teljes megbízhatóságát kétségessé teszik.

Eleinte ugyan azt hittük, hogy talán a graviditás által megváltozott viszonyok az okai annak, hogy ezen körülmények létrejöttek. Azonban azóta végezvén nem terhes nő is ugyanezzel a műszerrel, ugyanilyen módon totalexstirpációt, arra a tapasztalatra jutottunk, hogy a papírvékony csonk már a műtét közben visszahúzódik és a peritoneum szétválik. Kisebb-nagyobb vérzés miatt pedig ezeknél is kellett körülöltéseket alkalmazni. Meg vagyok győződve, hogy főleg ezen körülmények okai annak, hogy a nő elpusztult; mert a nagy vérvesztés következtében elvesztette a szervezet ellenálló képességét, a peritoneum szétválása pedig nagy sebfelszint hozott létre, a mi az általános infectio kifejlődését elősegítette. Ezen észleletek alapján sokkal megbízhatóbbnak és kevésbé veszélyesnek tartom a régi módszert, t. i. a lekötésekkel végzett totalexstirpációt. Igaz ugyan, hogy a csonkoknak visszahúzását és a peritoneum szétválását az angiotriptor alkalmazásakor is megakadályozhatjuk az által, hogy a csonkokat a leszorítás barázdájában már előre átszúrt fonállal körülöltjük. Ekkor azonban az angiotripsia elvesztette azon előnyét, hogy lekötéseket nem kell alkalmazni.

Tóth: Az angiotripsia kérdése még ma sincs befejezve. Hasonló tapasztalataik vannak, mint bemutatónak. W. esetében csak 1/2 percig hagyták rajta a műszert; ez talán igen kevés. A II. női klinikán 3 perczig alkalmazták és levétele után mégis gyakran van utóvérzés. Mindezek dacára vannak előnyei az angiotripsianak, de nem tökéletesebb, mint a lekötés. Igen előnyös a két eljárás combinatioja, t. i. az összenyomott csonk lekötése; ilyenkor kisebb csonkot kapunk, melynek nekrotizálása kedvezőbb és rövidebb ideig tart. A napokban laparotomiánál az ovarium ablációjánál alkalmazták a Thumim-féle eszközt és még hat percznyi alkalmazás után is az eszközt levéve, vérzés indult meg. W. esetében a vérzés okát abban is látja, hogy fokozatosan téve fel az eszközt, az előbbi összenyomott csonkot megbolygatták. Igen érdekes volna, ha mindenki, a ki az eszközt alkalmazza, közölné tapasztalatait a szakosztálynál.

Szili Sándor: Az angiotripsia mechanikájához szól hozzá. A mai eszközök vagy emeltyűsök vagy csavarosak. Az emeltyűs eszköznel általános szabályt felállítani nem lehet, mert az egy bizonyos maximális nyomásra van beállítva, melyet megváltoztatni nem lehet; pedig a szövetek, melyek az angiotriptor alá kerülnek, különböző vastagok. A vastagabb szövet erősebben nyomatik össze, mint a vékony; egy bizonyos vékonyságú szövet csak minimális nyomást szenved. Ezért előnyösebbek a csavaros műszerek, melyeknél a nyomás nagyságát meghatározhatjuk.

Kubinyi Pál: Ratschinsky újabb állatkísérleteket közöl, melyekben egyes arteriákat majd izolálva, majd a környező szövetekkel együtt fogott angiotriptorba és azután göreső alatt megvizsgálta őket. Azt találta, hogy közvetlenül a nyomás helyén nincs az edényen lumen, a melyebb rétegekben azonban már látható a szétválás, míg végre ez oly fokú, hogy utóvérzést okoz. R. 2 1/2 perczig hagyta rajta a műszert és az eseteknek több mint felében utóvérzést kapott. A véredény összehajlása nem elegendő, mert a környező szövetek húzó hatást fejtenek ki és így szétválás jön létre.

Walla: Az összes nyomás idejére nézve megjegyzi, hogy a műszert ki akarták próbálni, Doyen pedig rövid ideig tartó compressiót gyakorol vele. Ők is azt tapasztalták, hogy a Thumim után ritkább az utóvérzés. Tóthtól teljesen egyetért abban, hogy a compressio után végezzük körülöltéseket, de ekkor legfőbb előnyét elveszti az angiotripsia.

Kézmárczky: Az angiotripsia természetesen még nem tökéletes. Igaza van Szilinek, hogy minden szövetet egyformán összenyomni nem lehet és hogy a csavaros eszköz jobb. Legideálisabb volna természetesen az az eszköz, melynél a nyomást individualizálni lehetne. (Folyt. következik.)

Orvostanhallgatók Segélyző és Önképző Egyesülete.

(Önképző alosztály III. felolvasó ülése márczius 16-dikán.)

Genersich Antal, Pertik Ottó és Török Lajos tanárokon kívül számos assistens és orvos tüntette ki megjelenésével az ülést, melyen Steiner Pál IV. o. h. tartott felolvasást „A carcinoma pathogenesisének jelen állása” czim alatt.

A felolvasó a régibb theoriák (Broca-féle elmélet, localistikus, antagonistikus, diatésis theoria, Remak csirlevél elmélete, Cohnheim latens csira theoriája) ismertetése után rátér a ma oly sokat vitatott parasitaer és traumás theoriák kimerítő ismertetésére, a legrégebb vizsgálatoktól egész a legújabb kutatások eredményeig mindent előadva. Részletesen tárgyalja egyfelől a parasitaer elmélet vallóinak nézeteit Rapey, Scheierlein, Kubassoff, Pfeiffer, Adamkiewicz, Ruffer stb. kutatásaitól egészen Bose, Bras, Leopold legújabb közölt vizsgálataig, másfelől a traumás theoria fejlődését ismertet egészen Fabre-Domergue, Brosch és Borrel (1900) vizsgálataig. Az előadó ezekben igyekezett a tan fejlődéséről tiszta képet adni s mind e theoriák egybevetése és fontolgatása után oda következtet, hogy egyelőre maradjunk a még kétes blastomycos theoria helyett a traumás elmélet mellett, s tekintsük a metastasist az elczipelt sejt határtalan osztódása eredményének, a sikerresnek látszó áttöltést pedig transplantationak.

Ezután néhány orvostanhallgató szólott a tárgyról, majd az elnök kérésére Zimmermann Károly dr. egyet. tanársegéd előadja, hogy két év óta folytat kísérleteket a tumorok implantálásával, kísérletei azonban nem vezettek pozitív eredményre. Egy esetben volt látszólagos eredmény, itt is kiderült azonban, hogy a lymphosarcomának gondolt tumor tuberculotikus eredetű volt. Nézte szerint a carcinoma nem transzplantálható, mert a ráksejt nagyon labilis, hamar pusztul.

Krompecher Ödön dr. egyet. tanársegéd elmondja, hogy az idén Wlaivvel dolgozott együtt, kit Metchnikoff bizott meg a blastomyceták vizsgálatával. Blastomycetákat tengerimalaczba oltva, daganatokat láttak keletkezni, melyek histologiailag fibromáknak mutatkoztak, de akadtak közöttük bámdagok, adenomák is. Hogy ezek rosszindulatúak-e, az még kérdés; szólok sohasem látott heterotypicitást. Feleliti, hogy körülbelül két hónapja Podwyszotzky a káposztán élő plasmodiaphora brassicae beoltásaitján polymorphismust mutató tumorokat hozott létre, melyek azonban szintén nem okoztak metastasist.

Török Lajos dr. m.-tanár a sporozoön elmélettel foglalkozott. Kimutatta, hogy a sporozoönnek vélt alakok sejttörmelékek. Egyedül a ráksejt maga tartható vétkesnek. Ha egysejtű élősd okozná is a rákot, akkor is symbiosisnak kellene lennie közte és a sejtek között. A ráksejtben kellene élősködni és ebben vitethetnék tovább. Ilyet eddig nem sikerült kimutatni, s így úgy a tumort, mint a cachexiát magának a ráksejtnek rovására kell írunk.

Pertik Ottó tanár: Dieséretre méltatja a felolvasót, ki eleget tett kötelességének, midőn kimutatta, hogy a mai általános felfogás melyik álláspontnak kedvez. Feleliti azon eszmecserét, mely erről a dologról az 1900-diki párisi congressus kórbonczati és kórbonczati sectionjában folyt, melyben ő maga is részt vett. Fontos kérdés, hogy miért osztódik a ráksejt határtalanul és miért különbözik a többi sejttől? A Hansemann-féle theoria szerint a sejtek nem osztódnak egyenlően („anaplasia”) s így jön létre az alakbeli eltérés. Krompecher vizsgálatai alapján azonban valószínűnek mondható, hogy a Hansemann-féle anaplasia nem egyéb, mint a multipolaris asymmetrikus sejtosztódásról nyert mikroszkopikus képeken látható aránytalanságon alapuló hibás histologiai következtetés. Az, hogy a ráksejt a környéki sejtnél egyszerűbb szerkezetű — mit Hansemann „Entdifferenzierung”-nak nevez —, szólok szerint nem egyéb, mint a régi Virchow-féle nézet új kiadásban, hogy t. i. a gyorsan burjánzó sejtek embryonalis típusra térnek vissza. Hansemann a sejt structurájából magyarázza a határtalan növést, de nem adja meg az okot. Mások szerint a sejtet folytonosan erő specifikus ingerben keresendő az ok.

A határtalan osztódást a parasita-elmélet sem képes magyarázni, noha első pillantásra ezt a felvételt kedvezőnek látjuk s a metastasis is — mint azt Waldeyer is mondotta szólónak — a parasitaer elmélettel jobban magyarázhatónak látszik. Ellene szól azonban, hogy a sejt a metastasisnál is megtartja specificitását. Hansemann a sejt áttöltését rákot egyik testfélről a másik testfélre. Ugyanazon fajta állatok (tengerimalacz) között is sikerül az áttöltést, egyik fajról a másikra nem. Ezek alapján nemcsak minden egyes rákfajra, hanem minden egyes állatfajra is külön parasitát kellene felvennünk. Ennek analogonját seholsem találjuk.

A Ribbert-féle theoria hasonló Cohnheiméhoz. Szerinte egy szövet-csoport emancipálja magát a szervezettől s önállóan nő. Pl. tubaris terhességnél a chorion-bolyhok néha áttörnek a tuba falát s szabadon benőnek a hasüregbe, mint valami rosszindulatú tumor. Jöndulatú tumoroknál is látunk néha korlátlanul tetsző növekedést; szólok maga is látott egy zsák nagyságú lipomát, mely a tarkó tájról indult ki. Ha ezeket tekintetbe vesszük, nem kell a végtelen osztódás magyarázatára külön sejteket keresnünk.

Generich Antal tanár: Öröme szolgál, hogy a hallgatók magukéva teszik a tanárok nézeteit, de mégis gondolkoznak a hallottak és olvasottak fölött, mert csak így szerezhetnek szellemi kieneset maguknak.

Ő is azon nézetben van, hogy a parazita-elmélet kellő magyarázatot nem nyújt; az eddig leírt paraziták legtöbbjét megvizsgálta és sejt-zárványoknak találta, mint Török. Annak alapján, hogy a sejt megőrzi mindenkor jellegét, fel kell vennünk, hogy itt maga a sejt bír parazita-tulajdonságokkal.

A határtalan növekedés minden sejtnél meg van a képessége. A sarjzövet is korlátlanul nőne, ha kiszáradás, nyomás stb. nem akadályozná ebben. Ugyanígy a Leopold-féle kísérleteknél is szabadon nőne a szemesarnokba ültetett embryonalis porcz, ha külső körülmények ebben meg nem akadályoznák.

Általánosságban elfogadja Rose traumás theoriáját, hogy t. i. a trauma először heg keletkezését provokálja s ez válik — ismételt traumák folytán — a rosszindulatú tumor kezdő pontjává. Rose példáit azonban nem tartja helyeseknek. Meg van róla győződve, hogy előbb vagy utóbb meg fogják találni a rákot kiváltó mechanikus és theruikus traumát.

Pertik Ottó tanár: Kiemeli, hogy nézetei egyeznek e tárgyban Generich tanár nézeteivel. Felemlíti, hogy mily gyakran látni sarjzövetből és callusból indulni ki tumorokat. Példáit hozza fel a sejtek emancipálódásának.

Ezek után Lichtenberg Sándor IV. o. h. elnök köszönetet mondva a tanároknak és assistenseknek, az ülést bezárja.

(Önképző alosztály IV. felolvasó ülése 1901. márczius 23-dikán.)

Az ülés elején Lichtenberg Sándor elnök meleg hangon megemlékezik Fodor tanár haláláról.

Utána Láng Adolf III. o. h. tart felolvasást „A sejt protoplasmájának chemiai constitutiójáról”.

Miután a sejtet mint morphologiai és physiologiai egységet ismertette, áttért a protoplasma synthetikus előállítását célzó kísérletek tárgyalására, főleg az asparaginsav aldehydéből való előállítására. Hogy a protoplasma tényleg aldehyd-csoportozatból van felépítve, azt Loew 1/150,000%-os argentum nitricum-oldattal mutatta ki.

Ezután áttért a felolvasó az activ és passiv fehérje differentiálására, chemiai szempontból is jellegzve azt, hogy az activ fehérjében amid, a passivban imid csoportokat találhatók.

A plasma fehérjesége mellett bizonyít a histológiában használt fixáló folyadékok hatása, melyek lecsapják a fehérjét. Ábrákkal illusztrálta e folyadékok hatását az ezen vizsgálatra legalkalmasabb spermatozon és spermatoecysta sejtekre.

Felolvasás után többen szólottak a tárgyról.

Szegedi orvos-egyesület.

(XX. szakülés 1900. november 21-dikén.)

Elnök: Faragó Ödön. Jegyző: Falta Marczel.

Berger Mór: „Az orvosszakértő az új bünvádi perrendtartás keretében” cím alatt commentálja az új bünvádi eljárásnak az orvosszakértőre vonatkozó paragrafusait és súlyt fektet arra, hogy miután az új bünvádi perrendtartás értelmében nem csupán a forensis-praxisal bíró orvosok szerepelhetnek mint szakértők, hanem a privat praxist űzők is, ezek is azon helyzetbe juthatnak, hogy mint ellenőrző szakértők a védelem részéről bevonatnak, a kartársak megismerjék a törvénynek a szakértőre vonatkozó intentioit.

Saját törvényszéki orvosi praxisából vett esetekkel illusztrálja, hogy mily fontos szerep jut a bünpben az orvosszakértőnek, hogy az ő munkálkodásától, lelkiismeretes szakvéleményétől mily sok függ. Részletesen ismerteti végül minden teendőt, a melyek ismerete orvosszakértői eljárásnál szükséges, annyiival inkább, miután a véleménynek a forumok előtti szóbeli előadását intendálja az új bünvádi eljárás, a mely esetben a szakértő ki van téve a különféle oldalokról jövő (elnök, bírák, ügyész, védő) kereszkérdéseknek és ilyenkor a szigorú objektivitás, a tisztán szakképzettségre való támaszkodás a legbiztosabb mentor.

Előzőleg bemutatott előadó egy több lehenyre osztott lépést, melyre véletlen bonczolás közben akadtak és mely a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

Schreiber Fülöp: Kérde, ha magánorvos állítja ki a látletet, hogy az minden esetben felülvizsgáltatik-e.

Kőhegyi Lajos: A magánorvos által kiadott látletet bizonyító erővel nem bír, hogyan van az, hogy a kiállító orvos mégis elhivatik a végtárgyaláshoz és rendesen mint tanu. Felfogása szerint nem kötelezhető mint tanu véleményadásra.

Berger Mór: Magánorvos látletet peres esetekben mindig felülvizsgáltatik és ily látletnél a törvényszéki orvos mindig a tárgyaláshoz hivatik, de a magánorvost most már az új perrendtartás értelmében nem hívják meg.

PÁLYÁZATOK.

Pályázati hirdetés Tusnádfürdőn f. évi április hó 28-dikán d. e. 10 órakor tartandó birtokossági közgyűlésben választás útján betöltendő fürdőorvosi állásra. Évi átlány 600 kor., egy váró, egy reudelő, egy lakszobából álló beutortozott természetbeni lakás.

Tartozik június hó 15-dikétől szeptember hó 15-dikéig a fürdőn tartózkodni, az előírt orvosi és egészségügyi teendőket végezni.

Ajánlatok f. évi április hó 25-dikéig Brassó, Vár-utca 7. sz. alá az igazgatóság címére küldendők.

A fürdőigazgatóság.

A Nagyméltóságú m. kir. Belügyminister Úrnak f. évi 36,010. sz. rendelete alapján a nagyszebeni állami elmeorvóintézetben betöltendő egy másodorvosi állásra pályázatot hirdet. Ezen állás, mely évi 1200 korona fizetéssel, I. osztályú élelmezéssel és mindaddig, míg számára az intézetben természetbeni lakás előállítható leszen, 420 korona évi lakbérrel is van javadalmazva, egyelőre két évre töltetik be.

Felhívtnak ennélfogva mindazok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják és az 1883. I. t.-cz. 9. §-ában előírt minősítéssel bírnak, hogy a Nagyméltóságú Belügyminister Úrhoz címzett 1 koronás bélyeggel ellátott és okmányokkal kellően felszerelt folyamodványait f. évi április hó 30-dikáig bezárólag nálam nyújtják be.

Nagy-Szeben, 1901. április hó 4-dikén.

1—1 A nagyszebeni m. kir. állami elmeorvóintézet igazgatója.

1082/1901. kig. sz.

A lemondás folytán üresedésbe jött muracsányi körorvosi állásra Muracsány székhellyel pályázatot hirdetek.

A közegészségügyi körhöz tartoznak Muracsány községen kívül: Hodosán, Alsó-Hrácsán, Turcsinócse-Dvoriscse, Domasinecz, Dekanovecz, Novákovecz, Derzsimecz, Szirelec, Pálovecz, Pálinovecz, Tüske-Szt.-György, Alsó-Pusztákovecz községek.

A körorvos fizetése 1050 korona és 360 korona úti átlány.

A körorvos köteles mindazon teendőket végezni, melyeket az 1876. évi XIV. t.-cz. 145. §-a reá ruház.

Felhívtnak mindazok, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy orvosi diplomájukkal vagy annak hiteles másolatával felszerelt pályázati kérvényüket hozzám április hó 30-dikáig betérjesszék.

A választás Muracsányban 1901. május hó 1-jén d. e. 10 órakor fog megtartatni.

Perlak, 1901. évi márczius hó 31-dikén.

1—1 Kovács Rezső, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

Bacillo

Hatása és olesósága miatt klinikailag egy mint az egészségügyi hatóságok által ajánlva.

Lásd: Dolgozatok a bécsi es. kir. ált. kórházból

„Klinische Rundschau” 1901. 5. sz.

Mintákat és irodalmat küld

S. KREISLER, Wien, IX., Porzellanasse 45.

Jod-lúgfürdő HALLI FÜRDŐ Felső-Ausztria.

A continens legerősebb jod-lúgos fürdője. Fényes gyógyulási siker mindennemű görvölky-kóros betegségeknek, valamint a nemző szervek mindennemű bajainál s ezek következményeinél. Kitűnően berendezett gyógyulási eljárások. (Fürdők és ivó gyógymód, beburkolások, belégzés, massage, villamos fény- és cellafürdő.) Igen kedvező klimatikus viszonyok; vasúti állomás. Utazás Linzen vagy Steyren vagy Welsen át.

Az évad május 15-dikétől szeptember 30-dikáig tart. (Fürdők május 1—15-dike közti időben is kiszolgáltathatnak.)

Kimerítő prospectusokat számos nyelven szétküld a fürdőigazgatóság, Hall.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13—15.

Minden igényeknek megfelelő magánorvóintézet. Felvétetnek férf- és nőbetegek, nőgyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége- és szem-bántalmakkal; hiszáló kúrák; tabes betegek gyógyítása (dr. Frenkel-féle módszer) dr. Sarbó Árpád egyet. magántanár vezetésével. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár vagy speciálista által. Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.

GLEICHENBERG GYÓGYHELY.

Javallatok: A légzőszervek hurutos betegségei, az emésztő-csatorna bajai, továbbá vérszegénység stb. Ellenjavallat: Tüdővész.

Gyógyeszközök: Alkalikus-muriat. források: Constantin- és Emma-f. rras; alkalikus-muriat. vasasforrás: Johannishrunnen; tiszta vasasvíz: Klausenguelle, savó, sterilizált tej (száraz takarmányozás), Kefyr, források-belégzés; fenyőgözk belhelése (mindkettő külön kabinban), belégző-készülék, pneumatikus kamarák. Édes-ásványvizek és pezsgő calorisor-fürdők, fenyő- és aczélfürdők. Nagy hydro-therapeutikus intézet, terrain-kúra. Enyhe, langy-nedves, pormentes, szélsőséges levegő, erdős-lankás vidék. Idény május 1-től szeptember végéig.

Felvilágosítás és prospectus ingyen.

Lakásmegrendelések a gyógyhely-igazgatóságnál Gleichenbergben.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fenttartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Ónodi A.: Laryngitis submucosa infectiosa acuta. 264. l.

Áldor Lajos: A folytonos gyomornedvényelvezésről (gastrosuccorrhoea, Reichmann-féle betegség). 266. l.

Bálint Rezső: Közlemény az I. sz. belgyógyászati kórodáról (Igazgató: Korányi Frigyes tanár) és az Erzsébet-szegényház agybonczati laboratóriumából. (Laboratóriumvezető: Schaffer Károly rendk. tanár.) A térdreflexek viselkedéséről magas haránt myelitiseknél. 268. l.

Tárca. Nenadovits László: A női betegségek gyógykezelése Franzensbadban. 270. l. — Than Károly: Bunsen Róbert W. emlékezete. 270. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Marikowsky György: A kéz desinfectiojáról. 272. l. — Könyvismeret. W. Ebstein und J. Schwalbe: Handbuch der praktischen Medizin. (Raskai D.) 273. l. — Lapszemle. Sebész. Pagenstecher: A megsérült arteria coronaria cordis alakítása. (Pesthy I.) — Szülészeti és nőgyógyászati. Baumgart: A peritonealis üregnek hüvelyi és hasi megnyitása tuberculosus peritonitis esetében. (Kern G.) — Olshausen: A gynaeológiai massage

értéke. (Adler O.) — Húgyászati betegségek. Barlow: Ureter-catheterismus folytán létrejött ureter megsértésnél keletkezett ureterlob tuberculosus hólyaglob mellett. (Raskai D.) — Englisch: A húgyhólyag infiltrált rákja. (Raskai D.) — Orr-, torok- és gégebetegségek. Acellis: A Highmor-üreg sajtos bennéke. (—di.) — Fein: A hangszalagok hullállása. (—di.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Honsell: A Bruns-féle airoi-pasta. — Wilson O. Bridges: Pneumonia crouposa gyógyítása. — Lindner: Glycosolvol. — Rösig: Glykogen. — Klar: Jodipin. — Fleisch Plasmon. — Folyóiratok átnézete. 274. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti orvosi casino. — A német gynaeológiai társaság. — „Fürdők és nyaralóhelyek”. — Korányi Sándor dr. — Árkövy József dr. — A Kézmárczky-féle szülészeti poliklinika. — Lelenczky. — Megjelent. — Elhunyt. — Herczel dr. — Szt.-Lukács-fürdő. — Krondorf. 276. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Közkórházi orvostársulat. — Budapesti kir. orvosegyesület gynaeológikus szakosztálya. — Szegedi orvosegyesület.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Laryngitis submucosa infectiosa acuta.

Irta: Ónodi A. dr., egyetemi tanár.¹

A gége heveny fertőző kötőszöveti lobbjai kóroktanilag és klinikailag a gégegyógyászat egységesen megállapított fejezetét még nem alkotják. Mint ismeretes, 1885-ben Massei² vonta az általános figyelmet ezen kérdésre, midőn szabatosan leírta és megjelölte az elsődleges gége-erysipelas kórképét; hasonló feltűnést keltett 1888-ban Senator³ fellépése a heveny fertőző garat-phlegmone leírásával.

Tudjuk, hogy hasonló eseteket épúgy Massei, mint Senator előtt is leírtak volt, mégis tény, hogy ők mint primaer bántalmat először írták le és szabatosan bemutatták az egész kórképet. Az élesen körülírt és elkülönített jellegző klinikai képhez járult még a bakteriologikus alap, mely a Fehleisen-féle streptococcus erysipelatosus által a primaer gége-erysipelast kóroktanilag és különálló kóralakká tette. Massei, midőn 14 esete kapesán felállította a primaer gége-erysipelas kóralakját, klinikailag három tünethez kötötte a helyes kórismét: a nyálkahártya erős duzzanata, mely a nyelvgyök mirigyes szövetéből kiindulva a gégefödőre és az aryepiglottikus redőkre terjed, a láz, mely már kezdetben 40–41°, gyorsan alább hagy és azután újra emelkedik, az orbáncznak megfelelően, és végül a duzzanat könnyed vándorlása a szövetek folytonosságában. Ezek mellett két alakot különböztetett meg, az egyiknél a helyi tünetek dominálnak, a másiknál az általános tünetek lépnek előtérbe, az utóbbinál rossz prognossal; mindkét esetben a nyelési nehézségek léptek fel először és csak azután a stenosis tünetei.

Massei¹ a berlini congressuson 1890-ben a bacteriologiai vizsgálatok bizonytalansága daczára fentartja a primaer gége-erysipelasnak általa vázolt kóralakját. Schmidt ez alkalommal a Senator által szabatosan körülírt heveny fertőző garat-phlegmone-val foglalkozott klinikailag, szembeállítva a primaer gégeerysipelással. Az elkülönítő tünetek a nagyon mérsékelt láz majdnem az egész lefolyás alatt, a garatban jelentkező elváltozások, melyek a gége-re terjednek, duzzadt mandolák, erős garatpir, nyelési nehézségek, a külső nyak duzzanata az állszögleten, a sensorium gyors megtámadása, szívhűdés. Genyes beszűrődés a bőr alatt és a nyálkahártyák alatt egész az oesophagusig és a gyomorig. Az eszmecserében Thorner, Schech, Fränkel az erysipelas és phlegmone közötti élesebb elkülönítés mellett foglaltak állást, míg Semon kiemelte, hogy nehéz megállapítani, vajjon az erysipelas, a phlegmone, az angina Ludovici és egyéb fertőző alakok pathogenetikusan különböző kórfolyamatok-e? Semon² később határozottabban jelenti ki, hogy a lobos gégevizényő, a gégephlegmone, a gége-erysipelas, az angina Ludovici identikus alakok és csupán egy és ugyanazon folyamat különböző fokai, a fertőző bacterium virulentiája és a mélybe való localisatio szerint egy bántalom különböző megnyilvánulásai.

Kuttner³ szép munkájában élesen elválasztja a lobos gégevizényőt azon gégevizényőtől, melynél a gége aktív izgalmi állapota teljesen hiányzik és a gégevizényő helybeli vagy általános folyamatok következménye, mint edény-, szív- és vesebajok, visszeres pangások, általános vérszegénység, hydraemia, angioneurotikus folyamatok.

Elismeri, hogy kóroktanilag az erysipelas és phlegmone egymástól el nem különíthető; klinikailag a laryngitis submucosa

¹ Előadta a magyar fül- és gégeorvosok egyetemen ülésén. 1901.

² Über das primäre Erysipel des Kehlkopfes. 1886.

³ Berliner klinische Wochenschrift. 1888.

¹ Internat. medicin. Congress. Berlin, 1890.

² Centralblatt für Laryngol. 1895.

³ Larynxödem und submucöse Laryngitis. Berlin, 1895.

acuta alakjait két csoportba sorozza, a szerint a mint a heveny lobos folyamatok a submucosában a fertőzés vagy nem fertőzés következményei. Az első csoportba tartoznak a primaer és secundaer fertőzés alakjai, a másik csoportban az aetiologikus okok vannak felsorolva, mint égés, idegen test, törés, sérülés, lobos folyamatok a szomszédban és alkati bántalmak, mint lues, tuberculosis. A kórboneztani lelet szerint három alakot különböztet meg, ú. m. stadium oedematosum, plasticum és suppurativum. A fertőzés okozta laryngitis submucosa acuta, ha a stadium oedematosum van jelen a gége-erysipelas, ha pedig a stadium plasticum vagy suppurativum van jelen, a heveny fertőző gégephlegmone. *Przedborsky*¹ három alakot vesz fel, ú. m. 1. laryngitis submucosa idiopathica, 2. primaer gége-erysipelas, 3. heveny fertőző gégephlegmone. *Schmidt*² meg van győződve, hogy *Semon* nézete, melylyel kórkortani szempontból a már említett kóralakokat a septikus gyulladások neve alá foglalja, helyes, mindazonáltal azt hiszi, hogy mégis válaszszuk el az egyes kórképeket, mert klinikailag a gégefedő vizenyős duzzanata más, mint az angina Ludovici és a Senator-féle phlegmone. És tényleg a gégeerysipelast külön fejezetben is tárgyalja. *Gerber*³ az egységes aetiologikus alapot véve fel, már egy fejezetben tárgyalja a szóban forgó kérdést, laryngitis submucosa infectiosa acuta (erysipelatosus aut phlegmonosus) néven; így foglalja egybe a két fertőző folyamatot, melynek fészke a submucosa, s a melyek egyrészt erysipelatosus, másrészt phlegmonosus gyulladás képe alatt folynak le és inkább a klinikai kép és lefolyás, mint a helyi lelet a jellemző.

Főbb vonásokban jeleztem a lényegesebb állásfoglalásokat és ezen kérdés fejlődésének egyes határköveit és így általánosságban az eseteket nem is érintettük.

Két tényre állunk szemben. Az egyik az, miszerint kétértelműséget kizáróan be van bizonyítva, hogy úgy a primaer gége-erysipelas, mint a gégephlegmone, garatphlegmone és angina Ludovici határozottan fertőzés következményei, hogy az erysipelas külön pathogen bakteriummal nem bír, a Fehleisen-féle streptococcus erysipelatosus identikus a streptococcus pyogenes-sel. A másik tény az, hogy bármennyire lesz is elismerve a közös aetiologiai alap, mégis szüksége fog fenn a klinikai kép és lefolyás szerint az egyes kóralakok elkülönítésének. Láttuk, hogy ezen utóbbi szükséglet hogyan tör utat magának. Mielőtt ezt a kérdést bővebben fejtegetnők, előbb néhány esetet kívánok felemlíteni, melyek szintén hozzájárulnak a kérdés tisztázásához.

Egy collega édesatyjánál, ki a 70-dik életkorhoz közel állt, magas láz mellett stenosis volt jelen. A gégetükrészeti vizsgálat a gégefedő nagymérvű sötétvörös duzzanatát mutatta, mely a gégebemenetet elfedte és oly nagy légzési nehézséget okozott, hogy a légesörmés megejtésének a szüksége forgott fenn. Miután a magas kor, az erőbeli állapot a légesörmésnek sem nyújtott sok kedvező kilátást, a család a műtét végrehajtását ellenezte. És midőn így elkerülhetetlen sorsára hagytuk a beteget, váratlan fordulat állt be, a duzzanat engedni kezdett, a fuladás veszélye megszűnt, a légzési és a nyelési nehézségek fokozatosan javultak, midőn fellépett az erysipelas az arezon. A beteg ezt is szépen kiheverte.

Második esetem egy férfira vonatkozik, ki 13 napig állott az izraelita kórházban gyógykezelésem alatt. Schlesinger Henrik 46 éves bádógos, 1899. június 24-dikén jelentkezett a kórházban nyelési nehézségekkel, dyspnoéval és erősen bűzös lehelettel.

Állítása szerint két héttel előbb nyelési nehézségei támadtak, erős forróságai voltak és később nehéz légzése is volt, mely néhányszor a fuldoklásig fokozódott. Felvételekor a nyelési nehézségen, dyspnoén és bűzös leheleten kívül csekély hőemelkedés volt jelen, mely még két napig jelentkezett és 38°-nál többre nem emelkedett. A gégetükrészeti vizsgálat a garat belőveltsége mellett a gégefedő nagymérvű duzzadságát mutatta, kétoldalt a gégefedő szélétől úgy a lingualis, mint a laryngealis felületre terjedő piszkos, szürkés szétesés, mindkét kannaporez erősen duzzadt, és rajtuk piszkos, szürkés hártás szétesések.

A szétesésekből a kórházban Kassai dr. készített culturát,

az eltávolított hártásokat, illetve bűzös szövetzafatokat Verebélyi dr. egyetemi tanársegéd tette úgy bakteriologiai, mint szövettani vizsgálat tárgyává. Verebélyi dr. vizsgálatai szerint a hártások teljesen necrotikus szövetből állanak, át- és áthatva microorganismusoktól, maga a szövet főleg fibrinből áll, melynek réseiben elhalt hámsejtek is fekszenek; véredények vagy egyéb szövetelemek nincsenek. A megejtett culturák és állatkísérletek kimutatták, hogy ez esetben a Fränkel-féle diplostreptococcus lanceolatus szerepelt mint kórokozó. A betegnél erős antiphlogosis, jégborítások, jéglabdacok, corrosiv inhalatio, corrosiv ecsetelés, bőr- és jodol-insufflatiók lettek alkalmazva. A javulás fokozatosan beállt, nyelési és légzési nehézségek szépen engedtek, a bűzös lehelet megszűnt, a hártások eltávolítása után a felületes szétesés a kannaporezokon először tisztult fel, azután lassanként a gégefedő is. Míg a kannaporezokon a folyamat nyom nélkül zajlott le, addig a gégefedő mindkét oldalán a porez anyagvesztéséget szenvedett, nagyobb a jobb oldalon.

A beteget 1899. július 6-dikán gyógyultán bocsáthattam el. Azóta a múlt évben láttam és ez évben az anyagvesztéséget a gégefedő szabad szélén mindkét oldalt egy heges vonal jelzi, 4 mm.-nyire a jobboldalon, 2 mm.-nyire a baloldalon.

A harmadik eset egy fiatal emberre vonatkozik, kit orvosa megbetegedésének harmadik napján hozott fel a városba, mert a nyelési nehézségeknek okát nem ismerte.

A beteg hirtelen nyelési fájdalmakat kapott és táplálkozni nem volt képes, azonfelül forróságai is voltak és általában elcsúsztságot mutatott. Jelentkezésekor 1900. október 10-dikén lehelete bűzös volt, hőemelkedése már nem volt, a gégetükről a garat belőveltsége mellett a gégefedő nagymérvű sötét-vörös duzzanatát mutatta, a gégefedő bal felének lingualis területe piszkos-szürkés széteséssel, mely folytonosságban ment át a gégefedő pirosan duzzadt nyálkahártájába. A betegnél kisfokú nehéz légzés is volt, a gége mérsékelt belőveltséget mutatott. A szétesés helyéről vett anyagot Kassai dr. vizsgálta meg és a staphylococcus pyogenes aureus tiszta kulturáját nyerte.

A gyógykezelés hasonló módon történt mint fentebb elmondtuk, jég, desiniciens szerek ecsetelése és insufflatioja. A második nap a szétesés a gégefedő jobb felére kezdett terjedni közel a középvonalhoz, tovább nem is terjedt. A felvételkor jelentkezett nehézlégzés csakhamar megszűnt, néhány napra már a nyelési nehézségek is engedtek, a beteg jól táplálkozott, a szétesés egy hét lefolyása alatt teljesen eltűnt, a gégefedő nagymérvű duzzanata szépen lelohadt, csupán a szétesés helye és nyelvgyök mutatott még kisebb duzzadságot. Ekkor október 18-dikán elhagyta a kórházat és még néhány napot töltött a városban, mely idő alatt ezen jelzett kissé duzzadt részek esetelve lettek. A beteg gyógyultán utazott haza.

Ezen esetek felemlítése után vegyük közelebről azon kérdést, melyet a bevezetésben érintettünk, és azon álláspontot, melyet mi ezen kérdésben elfoglalunk. Láttuk, hogy a klinikailag felállított egyes kóralakokat mint törekedtek a bakteriologikus eredményekkel megerősíteni, midőn a primaer gége-erysipelast a Fehleisen-féle streptococcus erysipelatosus kóroktanilag is elkülönítette a Senator-féle phlegmonetól. Majd elesett a primaer gége-erysipelas külön aetiologikus alapja és ki lett mutatva a Fehleisen-féle streptococcus erysipelatosus teljes azonossága a streptococcus pyogenessal, mely utóbbi egyszersmind a primaer garat és gégephlegmone kórokozó bakteriumaként szerepel. Ezen vizsgálatokhoz járult azután *Jordan*¹ alapos tanulmánya, mely kimutatta, hogy az erysipelast és a vele járó szövödményeket nemcsak a streptococcus pyogenes, hanem a staphylococcus pyogenes aureus is okozhatja. Második nagy dolgozatában² kimutatta, hogy egy egész csomó pathogen bakterium okozhatja a test különböző helyein ugyanazon phlegmonosus folyamatokat és genygyülemeket, mint a micrococcus pyogenes tenuis, micrococcus tetragenus, pneumococcus, bacillus pyogenes foetidus, bacillus typhosus, bacillus pyocyaneus, streptococcus lanceolatus.

Ezen vizsgálatok birták *Semon*-t arra, hogy a különböző

¹ Monatschrift f. Ohr., Kehl. etc. 1895.

² Die Krankheiten der oberen Luftwege. 1897.

³ Heymann's Handbuch der Laryngologie. 1898.

¹ Archiv. f. klinische Chirurgie. 42. 1891.

² Beiträge zur klinischen Chirurgie. 10. 1893.

klinikai kóralakokat egy egységes megbetegedés keretébe foglalja, a septikus gyulladások fejezetébe.

Semon álláspontját a következőkben foglalja össze: „dass die verschiedenen Formen acuter septischer Entzündungen des inneren und äusseren Halses, welche bisher als ebenso viele wesentlich verschiedene Krankheiten angesehen worden sind, in Wirklichkeit pathologisch identisch sind: dass sie nichts weiter als verschiedene Grade eines und desselben Processes, die nur an Virulenz verschieden sind, darstellen; dass die Frage ihrer primären Localisation und weiteren Entwicklung aller Wahrscheinlichkeit von zufälligen Verletzungen der schützenden Oberfläche abhängt, durch welche der pathogene Mikrob, welcher die weiteren Ergebnisse veranlasst, eine Eingangspforte findet und dass es positiv unmöglich ist, an irgend einem Punkte eine bestimmte Grenzlinie zwischen den einfachen und complicirteren, oder zwischen den ödematösen und den eitrigen Formen zu ziehen“. Mikor Semon legelőször nyilvánította nézetét a berlini congressuson, akkor Fränkel és Schech is az egyes kóralakok klinikai elkülönítését hangsúlyozták. Később Schmidt, Kuttner, Gerber elismerik ugyan a közös aetiológikus alapot, de mégsem zárkozhatnak el az egyes alakok klinikai elkülönítésétől. És tényleg a Senator-féle phlegmone, az angina Ludovici, a primaer gége-erysipelas és gégephlegmone klinikai megjelenésükben és lefolyásukban egymástól elütnek. Ilyen teljesen elütő alak a Senator-féle phlegmone, melynek tüneteit már felemlítettük és mely az eddig közölt esetekben egynek kivételével mindig lethális lefolyású volt. Ez alkalommal nem kívánunk részletesebben foglalkozni úgy a Senator-féle phlegmone, mint az angina Ludovici kórképeivel, elhagyjuk a tünetek és lefolyás egybevetését és az összehasonlítást a primaer gége-erysipelas és gégephlegmone kórképeivel. Ez alkalommal ez utóbbiakkal akarunk foglalkozni, mint a mire eseteink is vonatkoznak. Láttuk, hogy Schmidt a primaer gége-erysipelast elkülöníti, Kuttner a heveny fertőző submucosus lob stadium oedematosumát tekinti a primaer gége-erysipelas alakjának, szemben a plastikus és suppurativ stadiummal.

Lunin¹ csak azon eseteket tekinti gégeerysipelasnak, a hol a gyulladás csupán a nyákhártyát érinti; a hol a gyulladás a submucosára terjed és genyedéshez vezet, ott a fertőző gégephlegmone nevét fogadja el.

Gerber úgy az erysipelast, mint a phlegmonet két testvér-folyamatnak tekinti és bár közös aetiológikus alapon a felületre vagy inkább a mélyre terjedő folyamat klinikai képe és lefolyása szerint különíti el. Schech² a laryngitis phlegmonosa fejezetében tárgyalja úgy a phlegmonet, mint az erysipelast és külön fejezetet szentel a laryngitis gangraenosának.

Ha az irodalomban közölt eseteket tekintjük, úgy nem zárkozhatunk el a gyakorlat azon kíváncsiságától, hogy ha el is fogadjuk a közös kórokozó tényezőt, az egymástól elütő klinikai képeket mint jellegző kóralakokat jelöljük meg. Nem tagadhatjuk, hogy a nyaki kötőszövet deszkaszerű beszűrődése, a gégefedő vizenyős duzzanata, vagy a gége genyedő phlegmonéja klinikailag más és más kóralak. De ha már könnyebben tudjuk a Senator-féle phlegmonet és az angina Ludovicit a gége fertőző gyulladásaitól elkülöníteni, akkor épséggel nem mindig könnyű a primaer gége-erysipelast a gégephlegmonétól elválasztani. A míg egyrészt a felületesebb folyamat, mondjuk az erysipelas átmehet a phlegmonéba, úgy másrészt azonban nem élesek egyes elkülönítésre alkalmas tünetek.

Így a hangsúlyozott különbség a lázban sem mindig mérvado. Általában az erysipelast a nyelvgyök és gégefedő duzzanata és magas láz jellemzi inkább jobb prognossissal, ritkán jár genyedikéssel, de ha az általános tünetek előtérbe lépnek, a lefolyás ép úgy járhat komoly szövődményekkel, mint rossz prognossissal. Klinikailag tehát úgy áll a dolog, hogy míg az erysipelas a gégefedőn mint felületesebb folyamat, inkább mint lobos vizenyős beszűrődés jelentkezik, addig a phlegmone klinikai képét a gégefedőn kívül a gége egyéb részeinek is plastikus vagy genyes beszűrődése jellemzi; e mellett az előbbi rendszerint nagyobb láz kíséri, míg az utóbbit aránylag alacsonyabb láz, amott a

prognosis inkább jobb, emitt inkább rosszabb. Az észlelt esetek azonban azt is mutatták, hogy helyenként kisebb-nagyobb hártaképződések, felületes és mélyebb elhalások is előfordulhatnak.

Massei két esetében talált felületes fehér felrakódásokat.

Kuttner hat esetben észlelt vagy a gégefedő szélén, az aryepiglottikus redőn, az állhangszalagon és a gégeben pontszerű, kisebb és nagyobb kiterjedésű piszkos-szürkés és fehér felrakódásokat.

Chiari¹ a gégefedő éves szétesését észlelte egy esetben, mely légesömettséssel gyógyult. Böcker² esetében az egyik aryepiglottikus redőnek gangraenosus phlegmoneját észlelte, úgy az állhangszalag felett, mint a sinus pyriformisban piszkos-szürkés czafatok, melyek intenzív szagot árasztottak, a czafatok eltávolítása után a jelzett helyen egy ulcus volt látható. Heryng³ is megemlékezik egy infectiosus gangraenosus alakról. Két esetünk is egy felületes és mélyebbre terjedő elhalással és így anyagvesztéssel járt.

Mindezek után álláspontunkat a következőkben fogjuk megjelölni. Tény az, hogy úgy a primaer gége-erysipelas mint, a gégephlegmone egy közös aetiológikus alapon keletkezik, de a kórokozó bacterium nemcsak a streptococcus pyogenes, hanem mint két esetünkben is láttuk, a Fränkel-féle diplostreptococcus lanceolatus és a staphylococcus pyogenes aureus is lehet. A mi a klinikai képeket illeti, úgy azokat egy közös gyűjtőnév alá foglaljuk és ez a laryngitis submucosa infectiosa acuta.

De miután úgy az eddig közölt esetekben, mint a mi eseteinkben is jónak látjuk a klinikai megkülönböztetést a gyakorlat szempontjából, úgy véljük, hogy megfelelő jelzők alkalmazhatók volnának, melyekkel az egész klinikai kórkép lényege és jellege kidomborodik. Azon esetekben, melyeknél a folyamat a nyelvgyökre, a gégefedőre és redőire szorítkozik és a lobos duzzanatot vizenyős beszűrődés okozza, továbbá a bántalom fellépését magas láz kíséri, az erysipelatos jelző volna használható. Ezen esetek inkább jobb lefolyást vesznek, ha az általános tünetek nem lépnek előtérbe és szövődményekkel nem járnak. Előfordul, hogy másodlag arezorbáncz is folytatódagasan fellép. Azon esetekben, melyek rendszerint alacsonyabb lázzal járnak és nemcsak a gégefedő, hanem a gége egyéb részei submucosájának plastikus vagy genyes beszűrődésével járnak, a phlegmonosa jelző volna alkalmazható.

Ezen esetekben inkább előtérbe léphetnek az általános tünetek és szövődmények, a prognosis inkább lehet rossz. Vele járnak egyes esetekben pont- és csikyszerű, valamint nagyobb kiterjedésű felrakódások és hártaképződések, továbbá a genyes szétesés, a tályogképződés. Végül azon esetekben, melyeknél, mint két esetünkben és alig néhány közölt esetben, a heveny duzzanatot és beszűrődést felületes és mélyebbre terjedő szövet-elhalás kíséri, mely átható büzös szagot áraszt, necrotica jelző volna használható. Ezen elhalási folyamat felléphet mindjárt a baj kezdetén vagy később, lehet felületes, terjedhet a mélybe és anyaghiányt okozhat.

Úgy vélem, hogy ezen jelzők nem zavarják a közös aetiológikus alapot, melyen ezen kóralak keletkezése nyugszik, másrészt az el nem vitatható különbség a klinikai képben és lefolyásban a gyakorlat szempontjából is érvényre jut, mert a heveny laryngitis infectiosa eddig ismert eseteit ezen három jelző, az erysipelatos, phlegmonosa és necrotica egységesen és jellegzetesen csoportosítani képes.

A folytonos gyomornedvelválasztásról (gastrosuccorrhoea, Reichmann-féle betegség).

Irta: Áldor Lajos dr., fűrdőorvos Karlsbadban.

(Folytatás.)

Bővebben kellett nekem is a physiologikus gyomornedvfolyás kérdésére kitérnem, mert hiszen a Reichmann-féle kórkép egész irodalmában vörös fonalként húzódik végig e kérdés oly módon, hogy azok, a kik annak mint önálló bántalomnak létjogosultságát

¹ Centralblatt f. Laryngologie. 1894—1895.

² Die Krankheiten des Kehlkopfes. 1897.

¹ Wiener klinische Wochenschrift. 1890.

² Deutsche medic. Wochenschrift. 1884.

³ Centralblatt f. Laryngol. 1890.

kétségbe vonják, abban találják a legfőbb argumentumot ezen álláspontjuk támogatására, hogy itt nem egy kóros, hanem egy physiologikus jelenségről van szó, a mennyiben éhgyomorban gyomornedvelválasztás szerintük physiologicus is létezik.

Hogy ez egy egészen helytelen álláspont, azt épen ismeretett vizsgálataim alapján kétségtelennek tartom. Mert, ha — a mint láttuk — található is egyes egészséges egyének éhgyomorban folyadék és ez is mindig csak minimalis mennyiségben, ez a folyadék még nem emésztőképes gyomornedv.

De uraim, még akkor sem volna érthető és jogosult ezen körülménynek a Reichmann-féle kórkép tárgyalásában olyan domináló szerepet juttatni, ha az a folyadék, a mely egészséges egyének éhgyomorban található, rendelkeznek is a szó szoros értelmében vett gyomornedv minden tulajdonságával. Mert abban az összes vizsgálók megegyeznek, hogy az egészséges egyének éhgyomrából kivett folyadék mennyisége mindig minimalis volt, a legtöbb esetben csak néhány köbcentiméter tett ki. Már pedig, a kinek alkalma volt csak egy kifejezett esetét is látni a folytonos gyomornedvelválasztásnak, az tudni fogja, hogy a fennálló jellegzetes vagy kevésbé jellegzetes sorozatát a subjectiv tüneteknek nem az világítja meg, hogy az illető betegek tiszta gyomornedvet hányanak *minimalis mennyiségben*, nem az, hogy azoknak éhgyomrából gyomornedv, de ugyancsak minimalis mennyiségben exprimálható. Mint látni fogjuk, ezen functionalis zavar sajátosságát épen a *folytonosan spontán és nagy mennyiségben* elválasztásra kerülő gyomornedv adja meg. Semmi sem hívja fel a figyelmünket nyomósabban egy Reichmann-féle kórkép fennállásának a lehetőségére, mint a betegnek az a bemozdása, hogy *nagy mennyiségben* hány naponta ismételtelen egészen tiszta, minden ételrészlettől ment kesernyős-savanyú folyadékot; és az, hogy a sondával eszközölt vizsgálatnál éhgyomorból 3–400 vagy még több köbcentiméter gyomornedv távolítható el, épen nem tartozik a ritkaságok közé.

A physiologikus gyomornedvfolyáson kívül Schreiber a Reichmann-féle kórképnek létjogosultságát oly módon is kétségbe vonja, hogy — a mint már említettem is — a nagyobb mennyiségű gyomornedvnek éhgyomorban való jelenlétét egy fennálló motorikus insufficiencia következményének tartja. És tényleg azt látjuk, hogy majdnem valamennyi észlelő, a ki a Reichmann-féle kórképről irt, e betegséget valamilyen módon a gyomor motorikus elégtelenségével, a gyomortágulással összefüggésbe hozta.

Némelyek szerint (Riegel, Jaworski, Bouveret, Strauss, Huber) az elválasztási zavar a primaer és a motorikus elégtelenség a következmény; mások (Schreiber, Boas, Minkowski, Engelhard) ismét megfordítva látják a dolgot és a folytonos gyomornedvelválasztás oka gyanánt minden esetben a gyomortágulást tekintik.

Az előbbi felvétel jogosultnak csak akkor volna tekinthető, ha bőven rendelkezünk oly kórképek leírásával, melyekből kétségtelenül kitűnnék az, hogy a folytonos gyomornedvelválasztás huzamosabb ideig fennállott minden egyéb complicatio, tehát minden motorikus zavar nélkül is és ez az utóbbi a primaernek jelzett bántalom fennállásának folyamán volt csak megállapítható. Bár erre nézve kellő számú megbízható adattal nem rendelkezünk, kizárni annak a lehetőségét, hogy a folytonos gyomornedvelválasztás huzamosabb fennállása után a gyomor motorikus zavarához is vezethet, nem tudjuk. De már azon másik felfogással szemben, mely szerint a folytonos gyomornedvelválasztás oka egy már előbb létezett motorikus zavarban keresendő, a leghatározottabban kell állást foglalnunk, mert épen ez a felfogás vezetett azon ma általánosan elterjedt téves nézethez, mely szerint a Reichmann-féle kórkép tünetei között a gyomor motorikus elégtelensége mindig helyet foglal. Ezen az alapon teljes joggal támadhatja Schreiber és Martius a kórképek mint önálló megbetegedésnek létjogosultságát, mert szerintem egyedül azok az esetek, a melyekben minden egyéb functionalis zavart, tehát a motorikus insufficienciát is teljes biztonsággal ki tudjuk zárni, szolgáltatják az egyedüli helyes alapot arra a feltevésre, hogy a Reichmann-féle betegség nem esetleges complicatioja vagy tünete egyéb jól ismert megbetegedéseknek, hanem tényleg egy betegség sui generis.

Egyike azon keveseknek, kik állást foglaltak az ellen, hogy a hypersecretio egyszerű következménye a gyomortágulásnak, Stiller, a ki találóan jegyzi meg, hogy „azon újabban felmerült nézet, mely szerint a hypersecretio a gyomortágulásnak egyszerű

következménye volna, már azért sem acceptálható, mert mi a számtalan enteroptikus gyomortágulások között csak nagyon keveset látunk hypersecretio által kísértve“.

Ha törvény erejével bír azon tétel, hogy egészséges egyének éhgyomorban emésztőképes gyomornedv nem található, úgy ebből természetesen folyik az a másik, hogy ha éhgyomorban valódi gyomornedv található, az pathologikus jelenség. Találkozunk ezen pathologikus jelenséggel fent említett vizsgálataim egy jelentékeny részénél: hyperaciditás két, és motorikus insuff.-val párosult hyperaciditás hat esetében. De ezeket az eseteket a Reichmann-féle kórképhez sorolni, úgy a mint arra — sajnos — az irodalomban bőven van példa, nagy tévedés volna, mert ezen esetekben a hypersecretio csak complicatioja, kísérő tünete a gyomor egyéb jól ismert functionalis vagy organikus megbetegedéseinek. Jelenenél ez egyszerűen a *betegség* összetévesztését a tünettel. A magam részéről a hypersecretionak csak egyféle felosztását tartom jogosultnak: a most említett esetek képviselik annak *symptomatikus* fellépését, ezekben a hypersecretio csak variálja, complicálja a kórképet és *azt is csak időnként*. A folytonos gyomornedvelválasztásról, mint önálló kórképről pedig csak akkor van jogunk beszélni, ha az nemcsak tartósan dominálja a kórképet, hanem egyidejűleg ki is zárható minden egyéb ismert megbetegedése a gyomornak. Így értelmezve a Reichmann-féle kórképet, a legkevésbé sem szabad azt a gyomor motorikus insufficienciájával összefüggésbe hozni. S minthogy eddig majdnem valamennyi észlelő a Reichmann-féle kórkép tünetei között helyet engedett a motorikus insufficienciának, rendkívül esekély számmal található a folytonos gyomornedvelválasztás különben jelentékeny irodalmában oly esetek leírása, melyek az említettem szigorú, de azt hiszem egyedüli helyes értelmezés kritikáját kiállhatják. Reichmann egy esetén kívül Lichtheim, Lyon, Martius és Strauss közöltek egy-egy esetet, a hol mot. insuff. nem volt jelen, úgy hogy az eddig ismert esetek száma alig tesz ki többet mint 5–6-ot. Ezen értelmezés mellett tehát a Reichmann-féle tünetesoporthoz az az alakja, a melyet legalább egyelőre tudásunk mai állása szerint önálló kórkép gyanánt kell tekintenünk, egy ritkán előforduló betegség és előfordulásának gyakoriságát illetőleg semmi esetre sem helyezhető — mint a hogy azt Bouveret teszi — egy sorba a rákkal. A bántalom súlyos természete azonban biztosítja annak gyakorlati jelentőségét.

Azon meglehetősen jelentékeny számú symptomatikus hypersecretionon kívül, melyeket gyakorlatomban az utolsó három évben egyéb gyomorbántalmakhoz, kivált hyperaciditashoz és motorikus insufficienciához társultan észleltem, öt esetben volt alkalmam a valódi, minden complicatiótól ment Reichmann-féle kórképet kórismézhetni. Valamennyi olyan típusúul szolgálhat a Reichmann-féle kórképnek, a milyennel az irodalomban nagyon is gyéren találkozunk és azért méltóztassanak megengedni, hogy legalább egynek a kórtörténetét valamivel részletesebben ismertethessem meg.

E. Sándor 22 éves, nőtlen, vasúti állomásfelvigyázó Aradról. Szülei, úgyszintén testvérei élnek és egészségesek. Ő maga gyermekkorai betegségekre nem emlékszik és eltekintve attól, hogy öt év előtt néhány hétig tartott gyomorfájdalmi voltak, melyeket meghűlésnek tulajdonított és a melyeket már nem tud közelebbről jellemezni, mindig egészségesnek mondja magát. Luest, potust tagad. Jelen baja a múlt év február havában heves gyomorfájdalmakkal vette kezdetét. Ezen fájdalmak épen úgy léptek fel éhgyomorban, mint étkezés után és igen gyakran éjjel is. Maga az evés a fájdalmakat enyhítette ugyan, de minden evés után rendszerint alig egy félórával még hevesebb fájdalmak által kísért hányás állott be, a mely után a beteg által rendkívül kínzóan jelzett fájdalmak rövid időre ismét enyhültek. A hányást a beteg úgy jellemzi, hogy minden egyes alkalommal „rendkívül sok vizet“ hányt ki. Vért a hányadékban sohasem vett észre. Ezen tünetekhez nagy mértékben fokozott szomjérzés és makacs obstipatio társult. Étvágya betegségének egész tartama alatt igen jó volt. Nagy fájdalmak és fokozódó gyengesége az ágyhoz kötötték. Leírása szerint egy tipikus Leube-féle ulcus-kúra lett alkalmazva és a beteg ennek tulajdonítja, hogy az említett tünetek két havi fennállás után elmúltak és ő ismét munkaképes lett. Az egyedüli tünet a nagyfokú polydipsia, mely a betegnél visszamaradt. Betegségé-

nek tartama alatt testsúlyából sokat (számokban nem tudja kifejezni) veszített.

Daczára ezen állapotában beállott kedvező fordulatnak, kezelő orvosa *Kronstein Vilmos* dr. aradi collega úr ajánlatára Karlsbadba jött és engem a múlt év április 29-dikén consultált először, a mikor is én a betegnél a következő jelen állapotot találtam: A beteg elég jól felett, de erősen lesóványodott. Csontrendszere ép. Bőre és látható nyákhártyái halványak és feltűnően szárazak. Megnagyobbodott mirigyek nem tapinthatók, fogak részben odvasak, nyelés szabad. Nyelv kissé bevont. Mellkasi szervek épek. Máj, lép nincsenek megnagyobbodva és a hasban rendellenes resistentia nem tapintható. Pupillák középtágak, úgy fényre, mint alkalmazkodásra jól reagálnak, térdreflexek könnyen kiválthatók. *Brach-Romberg*-féle tünet nincs. Bőrön sehol sem kúteg, sem oedema. Vizelet napi mennyisége 1800 köbcm., fajsúly 1022, vegyhatása gyengén savi, fehérjét, genyét, cukrot nem tartalmaz.

A gyomortájékon diffúz mérsékelt nyomási érzékenység van jelen és kifejezett locsasanás váltható ki. Levegővel való felfújásnál a gyomor alsó határa három cm.-re a köldök felett van és jobb felé nem haladja túl a középvonalat. Egy órával az *Ewald-Boas*-féle próbareggeli után a gyomorból 400 köbcm., majdnem víztiszta, átlátszó folyadék nyerhető minden jellegzetes szag nélkül. E folyadék szabad szemmel felismerhető ételrészleteket nem tartalmazott; fajsúlya szűrtlen és szűrt állapotban 1003;

szabad HCl-tartalma	42%
összaciditása	74%
pepsintartalma	86% (Hammer-

schlag). A tökéletlen amylolysis mutatja az intenzív sötétviolet színeződése az erősen hígított Lugol-oldatnak és ennek megfelelőleg göröső alatt is számos amylolysis látható. A görösői kép különben meglehetősen szegény: élesztő-gomba, coccus és bac. itt-ott csak elszórtan és csekély számban látható. Tejsavat (*Strauss*) a gyomornedv nem tartalmazott és gázerjedésnek többször 24 órai erjesztés után sem állapítható meg a legcsekélyebb nyoma.

Ezekkel a vizsgálati adatokkal lényegileg mindenben egyeznek azok, melyekhez akkor jutottam, ha a gyomorfunctiókat négy órával egy *Leube-Riegel*-féle próbaébed elfogyasztása után vizsgáltam. Itt is egy majdnem teljesen víztiszta, ételrészleteket alig tartalmazó folyadékhoz jutottam, melynek mennyisége 390 kem.-t tett ki.

fajsúlya	1006
szabad HCl-tartalma	46%
összaciditása	88%
pepsintartalma	90%, erjesztési

kísérlet negatív, görösői kép az előbbinél teljesen azonos, tejsav (*Strauss*)=0.

Ezen adatok az ismertebb functionalis anomaliák egyikének sem adták egységes képét. Ha egy motorikus insufficiencia fennállása mellett szólhatna is a nagy mennyisége a gyomorból el-távolítható folyadéknak, az összes vizsgálati adatok ellene szö-löttek annak, hogy a jelen esetben a gyomorbennék pangásáról beszélhetnénk. A majdnem víztiszta, minden ételrészlettől ment gyomortartalom, az alacsony fajsúly, a tejsavas- és gázerjedésnek abszolút hiánya, nem is tekintve a gyomor teljesen normalis határait, inkább engednének egy hypermotilitást, mint a legkisebb fokát egy motorikus insuff.-nak felvenni. De hogy a gyomorban található nagy mennyiségű folyadék bennék kétségtelenül egy elválasztási anomalia következménye: az bizonyossá válik azon vizsgálati eljárás alkalmazása által, melyet maga *Reichmann* ajánlott: a betegnek d. u. 7 órakor a gyomrát kimostam, és másnap d. e. 8 óráig a beteg semmit sem vett magához. Reggel 8 órakor daczára az előző este végzett gyomormosásnak 260 kem. 1001 fs. folyadék exprimálható, melynek

szabad HCl tartalma	42%
összaciditása	76%
pepsintartalma	82%

Egyéb tekintetben a nyert gyomorbennék mindenben egyezik azokkal, a mikhez próbaétekzések előzetes elfogyasztása után jutottam.

Ezen esetben tehát a fennálló súlyos subjectív tünetesoportot a gyomornedvnek *önkéntes, folytonos és nagy mennyiségben* való

elválasztása idézi elő a nélkül, hogy jelen volna egyszersmind a gyomornak legcsekélyebb fokú motorikus zavara is. Az itt közölt vizsgálati adatok ugyancsak ismételtén végzett vizsgálatok eredményeinek középértékét tüntetik fel és ezen kórkép klinikai méltatásában egy különösen számbaveendő körülmény, hogy azon egész idő alatt, a mely időbe ezen vizsgálatok kivitele beleesett, tehát április 29-dikétől május 22-dikéig, a beteg a tartósan fennálló szomjérzéstől eltekintve, zavartalan euphoriának örvendett. Subjectív tünetek már akkor hiányoztak, midőn észlelésem alá került és ez a zavartalan közérzés megmaradt május 22-dikéig annak daczára, hogy a gyomor chemismusának és mechanismusának vizsgálata a functionalis zavarok kétségkívül egyik legsúlyosabbikának adta félre nem ismerhető és állandóan fennálló jeleit.

Május 22-dikén éjjel léptek fel az észlelés tartama alatt először heves és kínzó gyomorfájdalmak, melyeket gyakori és bő hányás kísért. Ez az állapot három napon át állott fenn és az ezen idő alatt két ízben megejtett gyomorzvizsgálat teljesen azonos eredménnyel járt mint azok, melyeket a zavartalan euphoria tartama alatt végeztem. (Üres gyomorból 230 kem. gyomornedv volt nyerhető.)

A beteg majdnem öt heti észlelés után a múlt év május 26-dikán jelentkezett nálam utoljára.

Azon négy esetnek, melyeket az itt részletesen ismertetetten kívül észleltem — és mindegyiket ugyancsak huzamosabb ideig —, annyira közösek a jellegzetes vonásaik, hogy megelégedhetem a legfontosabb adatoknak egyszerű felsorolásával.

(Folytatása következik.)

Közlemény az I. sz. belgyógyászati kórodáról (Igazgató: Korányi Frigyes tanár) és az Erzsébet-szegényház agyboncztnai laboratoriumából. (Laboratorium-vezető: Schaffer Károly rendk. tanár.)

A térdreflexek viselkedéséről magas haránt myelitiseknél.

Irta: *Bálint Rezső* dr.

(Folytatás.)

Senator esete a következő. Compressió myelitis, csigolya-fizam után, mely 28 nap mulva halállal végződik. Az egész idő alatt petyhüdt hűdése az alsó végtagoknak, hiányzó patellaris reflexekkel. A bürreflexek csak a 18. napon enyésznek el. A 13. napon az alsó végtagok izomzata villamosan nem ingerelhető. Az autopsia szerint a fizamodás a vertebra prominens s I. háti csigolya táján történt. A mikroszkopikus vizsgálat szerint az ágyéki velő, ideggyökök épek, hasonlóképen az izmok s környi idegek is. Nagyon nehezen érthető ez esetben a vizsgálat szerint az ép izmok viselkedése a villamos árammal szemben. Az izmok ily viselkedését Bruns az oedemának tulajdonítja, Senator azonban más, oedemásabb végtagokon nem látta az ingerlékenységnek e lefokozottságát s ezért ezt a gerincvelőtől függőnek tartja és *pedig az ágyéki idegsejteknek talán anatómiailag ki nem mutat-ható, functionalis laesiojától, a mint azt közlésében Egger is ki-fejtette. Mindenesetre nagy kár, hogy a Nissl-festés nem alkalmaztatott, a mely által az idegsejtek állapotáról biztosabb képet nyerhettünk volna. Ezek után úgy hiszem világos az, hogy ha Senator maga kénytelen az idegsejteknek valamelyes elváltozását feltételezni, ezzel már ellenkezésbe kerül saját felvételével, mely szerint a reflexpályák teljesen intactak. Hozzájárul ehhez még az, hogy mint maga mondja: az egész betegség gyors lefolyása miatt előhaladott degeneratiók nem várhatók, hanem csak a szövetszétérés kezdő stadiumai, melyek felismerését a Marchi-féle festési mód minden esetre megkönnyíti, a mely azonban esetében egy műhiba folytán nem jól sikerült. Így hát csak a Weigert-féle festésre volt szorulva, a mely talán az ideggyökök esetleges fiatalabb anatómikus elváltozásaira nem hivta fel a figyelmet. Hogy pedig nagy functionalis zavaroknak gyakran semmi, vagy csak igen kismértékű anatómiai elváltozások felelnek meg, azt Egger Hitzig nyomán igen helyesen emeli ki.*

Utolsónak hagytam Bruns esetét, miután ennek a legtöbb bizonyító erőt kell tulajdonítanunk. Esetében a nyaki velőnek trauma útján

történt elpusztulásával állunk szemben. Az észlelés a sérülés után három héttel kezdődik s a 2½ hónap múlva bekövetkező exitusig tart. Az egész időn át az alsó végtagok petyhüdt hűdése van jelen, teljes reflexhiánnyal. Az alsó végtag izmai sem directe, sem az ideg részéről faradikusan nem ingerelhetők, galvanikusan csak 20 milliampère erős árammal. A mikroszkopikus vizsgálatnál ki-
tűnik, hogy a nyaki velőben teljes a megszakítás. Az ágyéki velő fehér állománya ép, csak a hátsó kötél külső mezejében, a pia alatt láthatók apró myelitises góczok. A háti velő alsó részén hasonló láthatók a hátsó szarvak belső szélein. A hátsó gyökök azonban épek, hasonlóképen az idegsejtek is. A környi idegekben volt jelen degeneratio, főleg a n. cruralisban. Ez idegben osmiumfestés után a velős hüvely színeződése nem oly erős és sötét, mint a többiben, a velős hüvely sötét szemcsékkel megrakódottnak látszott. Sok helyütt egészen hiányzott vagy meg volt szakítva, rögökbe szedve, vagy ismét duzzadva. Weigert-készítményeken, hosszmetseteken, egyes helyeken nagyfokú velőszétesés látható az idegrost egész hosszában, keresztmetseteken duzzadt velőseövek csoportjai tengelyfonál nélkül. Ez elváltozások a vizsgált idegek körül leg-
erősebbek a n. cruralisban. Az izmokban tömegestől atrophikus, helyenként hypertrophikus rostok, egyes sejtekben kiterjedt szétesése az izomanyagnak, úgy hogy csak a rendetlen alakú üres sarcoclemma-esövek láthatók. Nagyfokú magproliferatio, az interstitialis szövet szaporodása, bő véredény újképződés. Ez a képe a m. gastrocnemiusnak. Vizsgálta még a rectus femorist, a semitendinosust és a tibialis anticust, melyeken ezek az elváltozások nem voltak oly nagyon előhaladottak. Ez utóbbi izmok elváltozását Bruns Siemerling nyomán olyannak tartja, mint a minő marantikus tünetek közt meghalt egyéneknek mindennapi, a gastrocnemius elváltozását azonban nem tudja megmagyarázni. Ugyanazon végtag két izmának elváltozását, mely minőségre, nem csak előrehaladottságra különbözik, két különböző eredetű folyamatnak felfogni, legalább is nehézkes dolog. De hogy a kisebb fokú elváltozások sem biztosan a marasmus következményei, azt talán már abból is gondolhatjuk, hogy az izmok villamos ingerlékenysége mindjárt az első vizsgálatnál nagyfokú elváltozásokat mutatott. Bruns e jelenséget az oedemának tulajdonítja, mely a villamámam elé szerinte nagy akadályokat gúrdít. Eltekintve Senator már említett idevágó vizsgálataitól, magam is végeztem oedemás végtagokon villamos vizsgálatokat s még nagyfokú oedemánál sem találtam az ingerlékenység lényeges csökkenését. De különben is az oedemák Bruns betegénél csak nyolcz héttel a sérülés után léptek fel s így az első villamos vizsgálat idejében vagy egyáltalában nem voltak jelen, vagy pedig csak igen kis fokban, úgy hogy az ingerlékenység nagyfokú elváltozásának okául semmi esetre sem tekinthetők. Hogy ez elváltozások nem függenek-e a gerincezvelő elülső szarvi idegsejtjeitől, arra a mikroszkopikus vizsgálat nem mond biztos feleletet, mintán Nissl-féle festés nélkül az idegsejtek állapotáról pontos képet nem nyerhetünk.

Összefoglalva tehát a mondottak lényegét: az izmok egy részében nagyobb, más részében kisebb fokú degeneratív elváltozások, az összes izmokon lényeges villamos ingerlékenységi eltérések, melyek külső okokból alig magyarázhatók; az idegsejtek állapotáról pedig exact képünk nincs: mind e tényezők kissé kétségesse teszik azt a kifogástalanságot, melylyel ezt az esetet oly sok oldalról felruházták.

Ezek volnának tehát azok az esetek, melyeket Senator mint kifogástalan eseteket hozott fel a Bastian-féle tétel bizonyítására. Az e dolgozat megjelenése (1898) óta megjelent közlések közül Bruns második esetét ő maga sem mondja biztosan értékesíthetőnek, miután egyes vizsgálatok hiányoznak, de különben is az exitus rövid idő alatt következett be s így a mondottak szerint úgysem volna kifogástalan. Marinesco esetében pedig az elülső szarv idegsejtjeiben voltak kifejezett elváltozások s a végtag izmokon nagyfokú degeneratio volt jelen.

De van egy más oldal is, a melyről a kérdés megközelíthető, s a mely talán még az eddig felhozott szempontoknál is nagyobb fontossággal bír. A Bastian-Bruns-féle tétel úgy hangzik, hogy a pályák teljes megszakítása a reflex utak ép volta mellett is létrehozza a reflexek hiányát. Az eddig elmondottakkal csak azt igyekeztünk bebizonyítani, hogy azokban az esetekben, a melyek alapján ez a következtetés létrejött, az ágyéki velő,

illetőleg a reflexutak épsége nem áll kétségen kívül. Vannak már most esetek, hol a szerzők találtak elváltozásokat a reflex pályák keretében, melyek a reflexek kimaradását megmagyarázzák.

Mindez esetek azonban, melyekről röviden mindjárt szó lesz, még mindig megengedik a következő okoskodást: Egyes szerzők találtak a reflexutakban elváltozást, mások nem, vagy olyanokat, melyeket nem tartottak számbaveendőkné, de e szerzők mindegyike mégis azt találta, hogy a pályák teljes megszakításánál a reflexek hiányoznak; így hát az esetek egyike sem dönti meg azt a tételt, hogy a reflexeknek ki kell maradniok, mert hiszen elképzelhető az is, hogy a reflexutak laesioja csak másodlagosan lépett fel, akkor, mikor a reflexek már úgyis kimaradtak, s így nincs okozati összefüggésben a reflexek kimaradásával. A kérdést tehát csak olyan esetek dönthetik el, a melyek azt mutatják, hogy teljes megszakítás mellett jelen voltak, sőt fokozottak voltak a reflexek. És mint látni fogjuk, ilyen eseteket is találunk. Ez esetek közül is csak a nevezetesebbeket óhajtom felsorolni és pedig főleg azokat, hol a klinikai felvételt anatómiai vizsgálat is támogatja s a többire vonatkozólag újlag utalok Bruns dolgozatára, hol az irodalom összeállítása teljesnek mondható.

Olyan eset, hol a reflexutakban volt elváltozás, sok van. Ilyen pl. *Leydené*, a hol a nyaki velő daganata volt jelen; az ágyéki rész szürke állományának sejtjei vékonyak, atrophikusak, betegek voltak; *Francotte* esete: fibroma a durában a 3-4. hátesigolya táján, az ágyéki velő szürke szarvainak atrophiaja; *Oppenheim* és *Siemerling* esete: compressio myelitis, az alsó végtagok idegeiben nagy degeneratio, főleg a n. cruralisban *Egger* esete, melyről fentebb már bővebben referáltam; *Bischoff* esete, hol compressio myelitis volt jelen s az ágyéki részen a hátsó gyökök degenerálva voltak, mely tehát az én esetemmel is részben megegyezik, továbbá legújabbán *Brasch* két esete, melyek egyikében az elülső szarvi idegsejteket s az elülső gyökök intramedullaris részeit, valamint a nervi cruralest, másikában a Clarke oszlop sejtjeit s szintén az elülső gyökök intramedullaris részeit találta degeneráltnak.

Fontosabbak azonban, mint mondtam, azok az esetek, a hol a teljes megszakítás anatómiailag kimutatható volt, s a reflexek mégis megmaradtak.

Ilyen mindjárt *Bastian* egy esete, melynél a mikroszkopikus vizsgálat teljes megszakítást mutatott, s a reflex az egyik oldalon 20 nap múlva visszatért, a másik oldalon nem vizsgáltott. *Senator* első esetében intramedullaris daganat volt jelen, mely 13 évig észleltetett. A teljes megszakítás mikroszkopikus vizsgálattal constatatott s a reflexek egész az exitusig fokozottak voltak. *Schultze* esetében trauma a kilencedik esigolya táján teljesen ronsolta a gerincezvelőt, úgy hogy a két csont egymástól való távolsága egy hüvelyk volt s a reflexek megmaradtak. *Jendrassik* egy esetében, hol a reflexek mindvégig fokozottak voltak, szintén sectio bizonyította a teljes megszakítást. S bizonyára ide lehet sorolni *Gerhardt* esetét is. Az 5. és 6. hátesigolya táján a gerincezvelő teljesen comprimáltott. 1½ év után a mozgás, két év után a sensibilitás teljesen megszűnt. A beteg bajának kezdete után hét hónappal került észlelés alá s 3½ évig észleltetett. A bórreflexek az egész idő alatt fokozottak voltak. Három évig a térdreflexek is fokozottak voltak, ekkor azonban a képződött hajlítói contracturák fixekké váltak s a térdreflexek lassanként kivesztek. Az anatómiai vizsgálat azt mutatta, hogy a compressio területen idegrostnak nyoma sincs, az ágyéki velő pedig teljesen ép. Izom-, idegvizsgálat nincs. *Bruns* az esetről szóló referatumban oda nyilatkozik, hogy *Gerhardt* esetével épen azt bizonyítja, a mi ellen felhozta: a Bastian-féle tételt, miután a reflexek végre tényleg kimaradtak. Minden esetre kár az, hogy izomvizsgálat nincsen, de az újabb vizsgálatok, főleg *Parhon* és *Goldstein* vizsgálatai azt mutatták ki, hogy a contracturák épen az által jönnek létre, hogy az állandó összehúzódásban levő izmok antagonistái elfajulnak, atrophikusokká lesznek. Ez antagonisták *Gerhardt* esetében épen az alszárt feszítő izmok: a m. vastus, melynek megbetegedése érthetővé teszi a reflexek kimaradását akkor, mikor a megbetegedés a legnagyobb fokra hág, a mi a contracturák rögzítésében nyilatkozik meg.

Mindezek az esetek tehát világosan bizonyítják azt, hogy a pályák teljes megszakitásánál nem kell a reflexeknek kimaradniok.

Végre vannak esetek közölve, hol a reflexek kimaradtak, a hűdés petyhüdt volt, de a megszakitás nem volt teljes, a mi ismét azt bizonyítja, hogy a reflexek kimaradásának nem okvetlen feltétele a pályák teljes megszakitása. Ilyen *Thorburn* több esete, *Kahler* és *Pick*, *Babinski*, újabban *Fraenkel*, *Marinesco* két esete.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

A női betegségek gyógykezelése Franzensbadban.

(Folytatás.)

A mondottakból kivehető, hogy a fürdők rendelése empirikus. Ez nem szolgálhat szemrehányásul a franzensbadi fürdőorvosoknak, mert ez így van másutt is, sőt Oroszországban is, a hol pedig az orvosok e kérdésen igen sokat dolgoztak. Tíz év előtt megírta *Kulyabko-Korecsky*, hogy Krimben és Odessában az iszap-gyógykezelés minden tudományos javulat nélkül történik; ezt megerősítette két év előtt *Libor* a következő szavakkal: „Évszázadok multak s mit látunk? Az iszap- (lápföld) gyógykezelés leghathatósabb gyógymódnak bizonyul, melylyel az ideig az orvostan rendelkezett; e gyógymódnak tudományos feldolgozásán sokan fáradoznak, minek következtében rövid idő alatt e kérdés felől terjedelmes irodalom fejlődött ki, mely minden részletet érintett. Mindezek dacára azonban mai napig az iszap- (lápföld) gyógykezelés mint tudományos gyógymód még koránt sincs kidolgozva és mindaz, a mit felőle tudunk, főképen empirián alapul.”

Hogy az iszap- (lápföld) gyógykezelést még idáig nem sikerült tudományos alapra fektetni, annak oka nézetem szerint a következőkben rejlik: 1. még nincsen megállapítva, hogy az iszap- (lápföld) fürdő különféle hatályaiknak (hőfok, consistentia, vegyi alkatrészek, villanyosság stb.) milyen jelentősége van a gyógykezelésben, 2. még nincsen végképen kiderítve, hogy mily hatással bír e gyógyhatások összesége és mindegyik külön-külön bizonyos physiologikus működésekre (a test hőmérséklete, légzés, szív működés, vérnyomás, anyagcsere stb.), 3. még nincsen kiderítve, hogy egy vagy másik physiologikus működésnek a megváltoztatása mily jelentőséggel bír a therapeutikus siker elérésére, 4. végre még nincsen megállapítva, hogy mily jelentősége van az egyéniségnek az egyes hydrotherapeutikus gyógymódok hatásaival szemben.

Nem szeretnék nagyon eltérni jelzett feladatomtól; de a mondottak felvilágosítására mégis kénytelen vagyok néhány példát felhozni.

Jakob és Pokrowszky szerint az iszap- (lápföld) fürdőnek gyógyereje egyedül csak annak hőmérséklete s ennél fogva az előbbi az iszap- (lápföld) fürdőt korpával, az utóbbi pedig agyaggal helyettesíthetőnek véli. Nem is szólva arról, hogy a vizsgálatok egész sorozata által meg van állapítva, hogy hatás tekintetében különbség van egy és ugyanazon fokú közönséges víz-, sósvíz-, lúgosvíz-fürdő, iszap- (lápföld) fürdő között (*Jakob, Makavejew, Mocsutkowszky, Predtscenszky, Röhrig és Zuntz, Keller, Robin, Kaufman, Gelman, Francziusz, Voronin, Kondirev stb.*) csak utalni akarok magának *Pokrowszky*-nak ellentmondásaira. Összehasonlítva a természetes és a mesterségesen melegített iszapfürdők hatását a vérnyomásra, azt mondja, hogy „a természetes iszapfürdőben kevesebb só-oldat és más alkatrész van, mint a másikban, melyben azonkívül új meg új (vegyület) oldatok hozzááramlanak friss hórakománnyal”. Tehát a hol kell, ő is elfogadja az iszap (lápföld) vegytani alkatrészeinek jelentőségét.

„Az iszapnak (lápföld) bámulatosan erős felszívó hatását” *Peters* az iszap- (lápföld) fürdő tömege masszáló hatásának tulajdonítja. *Jakob* ellenben teljesen elveti e hatás jelentőségét, úgy okoskodván, hogy az állandóan meglevő nagy atmosphaerikus nyomáshoz való e csekély hozzáadás nem bírhat jelentőséggel. *Bujko, Szolovjov és Racsinszky* elfogadják e nyomás jelentőségét, ugyanolyan értelemben mint maga *Peters*. *Pokrowszky* pedig s nyomában *Abel* is egészen más szempontból ítéli meg e nyomás hatását. *Pokrowszky* elveti először a masszage fogalmát is, „mert az ember az iszap- (lápföld) fürdőben alá van vetve egy állandó, nem pedig egy változatos nyomásnak”; továbbá elveti e nyomás közvetlen hatását a vér és a nyirk keringésére, „mivel az ember teste egy sűrű folyékony keverék tömege, melyben a mozgás lehetetlen, minthogy a folyadék összenyomhatatlan és minthogy a nyomás egyenlő mértékben átruháztatik összes részecskéire”. Mindazonáltal e nyomás közvetve hat a vérkeringésre: „Az iszap- (lápföld) fürdő tömege odanyomva a beleket a rekeszhez, kisebbiti a mellüri negatív nyomást és gátolja a légzést. Ennek folytán összegyülemlik a vér a nagy és kis kör vívőereiben, fellép dispoé és oxygenes éhezés, a mi a szívverés rythmusát szaporítja.” S így „az iszap- (lápföld) fürdő nyomása egyeseknél lényeges kárt, másoknál hiábavaló erőpazarlást okoz”. Mindazonáltal egy másik helyen ugyanezen szerző következőképpen nyilatkozik: „A fürdőben és utána az arterialis rendszer több vért tartalmaz, mint a fürdő előtt. A szívnek tökéletesebb működése ennek az oka; ha minden diastole alatt a szív 1–2 cseppel többet vesz fel a vívőerekből, 1/2 óra alatt az arterialis rendszer 1/2–1 fonttal több vért fog tartalmazni, mint a vívőrendszer.” E szerző magyarázata teljes ellentétben áll a physika, a physiologia és más szerzők észleléseinek adataival, melyekre utalni feleslegesnek tartom.

Bámulatos, hogy 20 év folyamán, mióta *Peters* közleménye

megjelent, úgy látszik senki sem vett a kezébe egy physikát, hogy a hydrologia azon törvényeiről meggyőződést szerezzen, melyekre *Peters* utalt. Ő ugyanis a fürdő egész tömegének a fürdőbe merült emberi test geometrikus súlypontjára való nyomását vette teoriájának alapjául. Nem tagadom az iszap- (lápföld) fürdő masszáló hatását *Peters* értelmében; de bátor vagyok a fürdő tömegének a vér- és a nyirkkeringésre való igen fontos, úgy látszik eddig észre nem vett hatására a figyelmet felhívni.

Fejtegetéseim alapjául a hydrologia következő három törvényét veszem: 1. A folyadékban bármely magasságban felvett horizontális síknak összes pontjaira egyenlő a nyomás. 2. A folyadék szabad területe okvetlen horizontális sík. 3. Az egyensúlyban levő nehéz folyadékban az edény sík és horizontális fenekére való nyomás egyenlő oly folyadékhenger súlyával, melynek alapja az edény feneké és magassága a felületnek a fenéktől való távolsága. Ha elképzeljük, hogy a kádban levő lápföld (iszap) a felülettel és a fenékkal párhuzamos sok (horizontális) síkból áll, nyilvánvaló, hogy egy ilyen síkra annál kisebb tömeg fog nehezkedni, minél közelebb a felülethez esik az a sík. A fürdőző embernek a hónaljárokig a lápföldben (iszap) alámerült teste részsütös helyzetet foglal el, úgy hogy a medence a fenéken, a törzs felső része pedig a fürdő folyadékán kívül áll. Nyilvánvaló, hogy a fürdő tömegének a nyomása legnagyobb lesz a medenczére, nevezetesen a gátára (medenczefenekre) s kisebbedni fog a mellkas felé. Ezen nyomást graphice fel lehet tüntetni egy ék által, melynek alapját a gát (a medenczefenek), csúcsát pedig azon vonal képezi, a hol a mellkas elülső felülete a lápföldfürdő felületével érintkezik. Ilyen nyomás okvetlenül hat a nyirk és a visszeres vérkeringésre, nevezetesen irányítja ezeket a mellkas felé, vagyis elősegíti a nyirk és a visszeres vér normalis irányban való elfolyását. De ez még nem a vége a dolognak. Itt is csak a hullámalakú hatás, a váltakozó nyomás hasznos. Ezt megállapítja a légzés. Belégzéskor a rekesz nyomása átruháztatik (szintén a hydrologia egyik törvénye szerint) egyenlő mértékben a hasür összes falaira (constrictor communis-ra). A medenczefenek (a gát), mint kisebb felület, kisebb nyomást kénytelen felfogni, mint a hasür többi falai (a hasfalak). Ez is a hydrologiának egy törvénye. Azért belégzéskor a hasfalak kitérései láthatóbbak is mint a gátéi. Most képzeljük el, hogy az ember a lápföldfürdőben a fent jelzett nyomás alatt egy belégzést végez. Mi fog történni? A medenczefenek legnagyobb külső nyomásnak van kitéve, ennél fogva belégzéskor nem képes annyira engedni, mint különben (a fürdőn kívül) normalisan enged a rekesz nyomásának. A hasfalak kénytelenek (a gát révén is) nagyobb mértékben engedni, mint rendesen, annyival nagyobb mértékben, a mennyivel a rájuk ható külső nyomás kisebb, mint a medenczefenekre ható külső nyomás. Ily formán belégzés következtében egy belső nyomás támad, melynek nagyságát szintén egy ék tünteti fel, melynek alapja a medenczefenekben és csúcsa a mellkasban fekszik. Ezen nyomás hozzáadódik minden belégzéskor a külső nyomáshoz, hatva azzal egy és ugyanazon irányban. Ebből az következik, hogy a kis medenczebeli szervek belégzéskor nagyobb nyomásnak vannak alávetve, mint a has- és a mellür többi szervei, midőn is a külső és a belső (a fürdő tömege és a rekesz működése által létrehozott) nyomás e szerveket mintegy beékeli, kinyomva belőlük a nedveket (a nyirkot és a visszeres vért). Minthogy e nyomás a mellkas felé kisebbedik, érthető, hogy a kinyomott nedvek normalis keringésük irányában elfolyanak. Itt a légzés pozitív nyomás által viszi véghez azt, a mit különben csak negatív nyomással ér el. Periodikusan működve, a légzés a fürdő tömegének hatását valódi masszálássá változtatja át. Szembetűnő tehát azon haszon, melyet a fürdő tömegének nyomása a női betegségekkel szemben képvisel. Mellékesen felemlítem, hogy a fürdőtömeg nyomásának ily értelmezése kizárja a *Lebedew* és *Parisew* fürdőalakjainak hasznavehetőségét. Fürdőkádjai azon az elven alapulnak, hogy az iszap (lápföld) csak a medenczét vegye körül, miáltal takarékoskodni lehet az anyaggal.

Nenadovics Lázár dr. franzensbadi fürdőorvos.

(Folytatása következik.)

Bunsen Róbert W. emlékezete.

(Vége.)

A kémiai kutatás minden ága a czélszerű készülékek és eszközök egész sorozatát köszöni Bunsennek. E helyen nem terjeszkedhetem ezek részletes ismertetésére, de mulasztást követnék el, ha legalább két készülékéről itt is meg nem emlékezném, mert ezek minden kémiai és physikai laboratorium nélkülözhetetlen eszközeivé váltak. E két készülék a szivattyús szűrő és a Bunsen-féle lámpás. Az előbbivel a csapadékok kimosásának művelete a régi eljárásához képest az időnek 1/13-ad része alatt és 1/50-ed résznyi mosóvízzel végezhető. Ez adatok már eléggé magyarázzák azt a jótétteményt, mely ebből a chemikus műveleteinek tökéletesítésére háramlott.

Még ismertebb és fontosabb eszköze nemcsak a chemikusnak, hanem általában véve minden a természettudományokkal vagy azok alkalmazásával foglalkozónak, a híres Bunsen-féle lámpás. Ennek szerkesztésével már a heidelbergi laboratorium felszerelése alkalmával (1852) foglalkozott, s azt sok nehézség legyőzése után olyan tökéletes alakban létesítette, hogy az mai nap is eredeti alakjában van mindenfelé használatban. Eltekintve egyes nagyfontosságú ipari alkalmazásától, világításra, elpárolgatók kemencéik, tüzhelyek, melegítő és olvasztó kemencék szerkesztésére a kis eszköz, a tudomány és az ipar történetében egyaránt, nagy jelentőségre emelkedett. Manapság az eszközt különféle czélokra, pl. az izzó lámpásokban az emberek milliói használják,

kiknek nagyobb része csak innen ismeri Bunsen nevét, a nélkül, hogy e név tudományos jelentőségéről fogalma volna. Elég legyen e helyen csak azt felemlítenem, hogy a spectrum-analízis megalkotásának e lámpás egyik főfeltétele volt. Miután Bunsen e fénytelen gázláng elméletét kifejtette, kimutatta, hogy a láng előnyösen helyettesítheti a forrasztó csövet és leírta (1866) a híres lángreakciókat, egészen új érzékeny módszerekkel gazdagítva az analitikai chemiát. Ezután Bunsen lánglángjának magas hőmérsékén tanulmányozta a szilárd testeknek és különösen a ritka fémeknek fény-emissióját. Ő figyelte meg először, hogy az erbiuoxídy izzításakor rendkívül erős fény fejlődik. Ez volt a kiindulási pontja azon nagyszerű iparágak, mely a világítási technikát teljesen átalakította, és a melylyel az elektromos világítás még napjainkban sem bir sikeresen versenyezni. A ritka fémek előállításának és elválasztásának módját szintén Bunsen tanulmányozta alaposabban, kapcsolatban a fentebbi megfigyeléssel; e tanulmányoknak köszöni az Auer-féle izzó-fény találmánya megvalósulását, mely napjainkban fényével az egész művelt világot elárasztja. Tudvalevőleg e lámpások tulajdonképpen Bunsen-féle lángzók, melyeknek igen magas hőmérsékű fénytelen lángjában a ceriumoxydot tartalmazó thoriuoxídyból készült izzó háló árasztja csodálatos fényét. E találmány a régi gázvilágítással szemben a fényegység árát $\frac{1}{3}$ -ra szállította le.

Ezekben vázoltam, noha csak töredékesen, Bunsen tudományos műveinek főbb mozzanatait. A mondottakból eléggé kiderül, hogy Bunsen tudományos munkássága a chemia minden nagyfontosságú újabb és maradandó vívmányával nemcsak benső kapcsolatban van, hanem hogy azok nagyjából ezt ő kezdeményezéséből fejlődtek ki. Hogy az általános chemia az utóbbi évtizedekben a pusztán tapasztalati és leíró tudományok köréből az exact tudományok színvonalára emelkedhetett, ezt nagyrészt neki köszönjük és őt méltán az új exact chemia megalapítójának, nagymesterének tekinthetjük. Felsorolt kutatásainak akár tisztán tudományos belértékét, akár philosophiai vagy társadalmi nagy jelentőségét, akár ipari fontosságát vesszük tekintetbe, nagyszabású műveinek egyike is elégséges volna arra, hogy nevének elévülhetetlen dicsőséget biztosítson. Felfedezéseit összeségükben méltányolva pedig bátran állíthatjuk, hogy Bunsen R. egyike volt a tudomány legkiválóbb vezetőinek és az emberiség legnagyobb jótevőinek.

Bunsen szellemi sajátosságainak közelebbi vizsgálata megérteti velünk jelentékeny egyéniségének elemeit. Benne a nagy ész, az értelem hatalma az inventoria kiválóan edzett élénk phantasiával, de egyszersmind szigorú és következetes logikával volt szerencsésen párosulva. Tudományos jellemének alapvonása volt a való igaz megismerése és annak kutatására irányzott őszinte és forró lelkesedés, mely csaknem szenvedélyévé vált. Ennek szentelte egész életét, megvalósítására a legnagyobb buzgóságot, fáradhatatlan és lankadást nem ismerő szorgalmat fordított. Fenkőlt célja elérésének mindent alárendelt és a mellékes foglalkozásokat kénytelenül következetességgel elhárította magától. Legkiválóbb sajátossága volt csodálatos megfigyelő képessége. A jelenségekben oly új dolgokat vett észre, melyeket előtte a megfigyelők százai nem láttak. Ehhez járult az elfogulatlanság függetlensége; továbbá az a kiváló adomány, melylyel a jelenségek lényegét és azok gyakorlati fontosságát intuitiójával és finom aesthetikai érzékével rögtön átérzte. Innen van, hogy legnagyobb felfedezései egyszerű jelenségek megfigyeléséből indultak ki; mert az ily egyszerű jelenségek az ő kezében leghatalmasabb eszközökké váltak, a természet titkainak feltárására. Módszerei csodálatosan egyszerűek, e mellett mindig szabatosak és lehetőleg szigorúan mennyiségi természetűek. Módszereinek megalkotásában legnagyobb előnyére szolgált bámulatos kísérletező ügyessége. Ennek köszönte azt, hogy nagy conceptionnak kísérleti ellenőrzésére a parafadugókból, kötőfülkéből, szivarládákból, kancsuk- és üvegesövekből spanyolviaszsával összetakolt minták után szerkesztett egyszerű készülékeivel a megfelelő kísérleteket kiváló gondnal, csaknem furfangossággal tudta kieszelni, és pedig mindig úgy, hogy azok a kitűzött kérdésre határozott feleletet adtak. A kísérlet jelenségeinek éles megfigyelésére, s a tények elfogulatlan és biztos kísérleti megállapítására kimondhatatlan gondot fordított, mely csaknem a gyöngéd szeretet lelkesedésével volt összehasonlítható.

A mi Bunsen tudományos képzettségét illeti, magas színvonalú általános és classikus műveltségén kívül a természettudományok valamennyi ágában mélyreható és alapos ismeretek birtokában volt. Főszakmáján, a chemián kívül, előszeretettel és behatáran foglalkozott a physikával, melynek módszereit a chemiában főképpen ő honosította meg. A matematikát kiváló sikerrel alkalmazta a chemiai jelenségekre és kutatásának eredményét előszeretettel fejezte ki matematikai formákban. Nem volt ugyan oly értelemben matematikus, mint Lord Kelvin, Maxwell, Helmholtz vagy Kirchhoff, a mennyiben nem a szigorúan deductív értelmi munka és matematikai conceptio útján jutott következtetéseire, mint am azok, a mi a chemia akkori empirikus állapotában alig is volt lehetséges. Meglepő és eredeti eszméi és következtetései azon csodálatos intuitív értelem eredményei, mely a lángészt jellemzi. Ebben is leginkább Faradayhoz hasonlítható, kinek észjárását és eszméit kortársai gyakran félreértették, illetőleg meg nem értették. Mikor később a nevezett nagy deductív búvárok Faraday gondolatait matematikai alakba foglalták, nem győzték eléggé csodálni, mi módon juthatott el oly nagyszabású és általános érvényű conceptiókra, és hogy miként láthatta azoknak lényegét oly világosan. Nem tudták elképzelni, hogy miként lehetett az erővonalak nagy forgalmát és azok jelentőségét teljességükben átérteni a matematikában annyira járatan egyénnek, mint Faraday volt. Nagyszabású conceptiójával és gondolatainak eredetiségével, kapcsolatban kísérleteinek és búvárkodásainak főképpen mennyiségi természetű és szabatos irányzatával, Bunsen a chemiában ugyanezt a felfogást valószínűsítette meg, mint Faraday a physikának általa művelt ágaiban. Miként

Faraday, úgy Bunsen is a kísérleteileg biztosan megállapított tényeknek és ezeken alapuló törvényeknek nagy értéket tulajdonított; az abstract elméletnek és kivált a pongyola hypothesisoknak egyáltalában nem volt barátja. Nem egyszer lehetett tőle hallani a következő mondást: „eine wohlbegründete Thatsache ist mehr werth, als alle Theorien, die erdacht werden können“.

A kakodyl dolgozatában a tényekre alapított nézetét fejtette ki az összetett gyökökről. Ez időtájt indult meg az a mozgalom, mely nemsokára a német chemikusok nagy részét az organikus chemia művelésére terelte, hol a hypothesisokra alapított úgynevezett theoriák egymást rohamosan, ügyszólván divatszzerűen váltották fel. Az ekkor felburjánzott vitákban Bunsen nézeteivel az összetett gyökökről kissé durván bántak el. Bunsen felfogása, a tudományos kutatás szigorúságát illetőleg, egészen eltért azon gyakran pongyola eljárástól, melyet az organikus vegyületek constitutiójának megállapításánál követtek. Kilátása arra igen kevés volt, hogy a lázas rohammal siető organikusokat irányuk helytelenségéről meggyőzze, melylyel egyetérteni nem tudott és méltóságán alul valónak is tartott. Ezenfelül előkelő és gyengéd természete a durva polemia czéltalan viszonzásától aversioval fordult el. Ezek voltak, úgy hiszem, okai annak, hogy egészen visszavonult az organikus chemia teréről, a tudomány ez ágának nagy kárára. Nemsokára a Németországban túltengő organikusok azt hitették el magukkal, hogy a chemia felsőbb részét a szénvegyületek chemiája alkotja s hogy a ki ezzel nem foglalkozik, az nem is chemikus. Minthogy az ily czélszerű chemikusok Bunsen jelentőségét a chemiában nem akarták, néha talán nem is tudták kellőleg méltányolni, azt állították, hogy Bunsen nem annyira chemikus, mint inkább physikus. Ha Bunsennek beszélgetés közben ezt az állítást említették, találó válasza a következő volt: „Ein Chemiker, der kein Physiker ist, ist gar nichts.“

Bunsen nemcsak a búvárkodás, hanem a tanítás terén is egyaránt kitűnt. Előadása egyszerű, de tömör, világos, még a nehezebb problémák fejtegetésében is könnyen megérthető volt. Minden phrasist mellőzött és saját kutatásainak ismertetésénél önmagát sohasem emlegette. Igénytelen egyszerűsége, de eredeti modora mellett oly meleg érdeklődéssel és élénkséggel adott elő, mely hallgatóságát gyakran a lelkesedés kitérőjére ragadta. Minden félévben az úgynevezett anorganikus chemiát adta elő, melybe beleszórtta az általános chemia alapfogalmait és tetteit, s azokat kiváló szabatossággal formulázta. A külső conventionalis formákra keveset adott; bizonyos conservativitás jellemezte pl. abban, hogy a régi dualitikus képleteket használta. Előadásait igen sok, csaknem mind eredeti, többnyire mennyiségi természetű kísérlettel illusztrálta, melyek a legegyszerűbb eszközökkel végrehajtva mindig jól sikerültek, igen tanulságosak voltak, semmi felesleges nem tartalmaztak és a kitűzött didactikai czélnek teljesen megfelelték, de minden mutatószin-padi hatást nélkülöztek. Előadásaiban nagy feladatokat tűzött ki, de csak a fontos dolgokat tárgyalta alaposan és megelégedett azzal, ha a hallgató a lényeget és saját gondolatmenetét helyesen átértette. Hallgatói a tantermet mindig megelégedéssel hagyták el, mert a kezdő érezte, hogy sokat tanult, a haladottakat pedig számtalan új értékes eszmével termékenyítette.

Tanításának valódi iskolája laboratoria volt. A nagyjából előrehaladott gyakornokok, kik között számos külföldi assistens, docens és professor szerepelt, többnyire néhány ásvány-analysist végeztek, majd spectrum-analízissel, jodometriával, azután gasometriával, végül valami önálló dolgozattal foglalkoztak. Bunsen csaknem a nap felét a laboratoriumban töltötte. Itt mindent látott és hallott, tanítványaiával együtt dolgozott, a legtöbb fontosabb műveletet sajátkezűleg mutatta be a tanítványoknak, készülékeket állított nekik össze, néha még a számításokat is együtt végezték. A dolgozatokban nagy szigorúságot és pontosságot követelt; modora és beszélgetése nemcsak tanulságos, de oly megnyerő és kedves volt, hogy a vele való szellemi érintkezés varázsát senki el nem felejtette. Különös gondot fordított arra, hogy tanítványait az éles megfigyelésre szoktassa, és hogy a fontosabb műveleteket és módszereket szabatosan végezzék.

Bunsen iskolájának nagy sikerét fényesen bizonyítja tanítványainak nagy száma, kik az egész világon elterjedve, a legkiválóbb szaktudósok közé tartoznak. Elég legyen e helyen a sok közül csak a következő néhány chemikus nevét kiemelnem, kik iskolájából kerültek ki: ilyenek: Lothar Meyer, V. Meyer, Graebe, Ladenburg, Roscoe, Mendeleeff, Sulkovszky, Bunte, Horstmann, Thorpe, Goldschmidt, Zorn Bernsthen, Long, Schischkoff, Alexejeff, Beilstein, Clemens Winkler, Mond, Sprengel, Curtius és sokan mások. Hazánkban közül is sokan nála nyerték kiképeztesüket a chemiában, így saját magam, Eötvös, Lengyel, Szily, Wartha, Schuller, Hoffmann Károly, Fabinyi, Ilosvai, Hidegh Kálmán, Kubacska, Reichenhaller és többen mások is. Velünk szemben különös jóakaratot tanúsított és bátran mondhatjuk, hogy befolyása a természettudományok fejlesztésére és elterjesztésére hazánkban a legáldásosabb volt.

A nagy értelmi képességgel Bunsen egyéniségében a kedély és az érzület legelőkelőbb sajátosságai szép összhangban voltak egyesülve. Egyéniségét a nagylelkűség, az emberek szeretete, a lelkesedés minden igaz, jó és a szép iránt, szívjósága és őszinte szerénység jellemezték. Szelíd természeténél fogva igen óvatos és fontolólág elnező volt, mások felfogásával szemben, ellenben önmagával szemben szigorú volt. Őszintesége kizárta a csaltságot, az irigységet nem ismerte. A nagy tudóst jellemző ártatlan naivsága mindig derült kedélyhangulattal áldotta meg, e mellett azonban a pajkossággal határos csipős humorra volt hajlandó. Barátsága őszinte, meleg, jóakaró és állandó volt. Méltóságteljes alakja egészséges, ép szervezetre vallott, arcában a jószág és ritka értelmiség volt kifejezve, melyet élte végeig szünet nélkül megtartott. Előkelő és szeretetre méltó gyöngéd modora mindenkit azonnal megnyert, nyugalma

egyaránt tisztelget és bizalmat gerjesztett. Kifejezéseiben sohasem volt rosszindulatú vagy rágalmozó; tanítványaival szemben csak jó szándékú észrevételeket tett; de a meggyőződésével ellenkező tévedésekkel szemben, önzete tudatában, őszintén és határozottan fejezte ki nézetét.

Visszavonultan, egészen tudományának élve, a hiúságot gyűlölte, a népszerűség-hajhászatot megvetette. A számos kitüntetés, melylyel minden oldalról ellepték, zavarba hozta és leginkább annyiban becülte azokat, mert anyjának örömet okoztak. Ha az udvarnál vagy más alkalommal decorálva kellett megjelennie, nyáron is nagy felsőkabáttal elrejtve díszítéseit, mellékutcaikon mendegélve jutott el rendeltetése helyére. A nyilvánosság előtt sohasem kívánt szerepelni és az ünnepélyes beszédekkel annyira unta, hogy 50 éves doctori jubileuma alkalmával a megjelent ünnepi bizottság nem találta otthon és kénytelen volt ünnepi ajándékát és az üdvözlő iratot lakásán hagyni. Jellemző volt Bunsenra szórakozottsága. Egy időben Strecker meglátogatta és a beszélgetés közben Kekulének nézte őt, távozásakor pedig azt mondta neki, hogy eleintén Streckernek tartotta őt, mire ez válaszolta, hogy csakugyan az is vagyok. Előadása végén, ha még valami tárgyat be akart fejezni, a schwarzwaldi fali órájának mutatóját önkéntlenül néhány percetzel visszafelé igazította; ha ilyenkor a hallgatóság örömeinek adott kifejezést, mosolyogva elpirult. Szívjóságának fényes tanúságát alkotja az az őszinteség és odaadás, melylyel tanítványainak kiképzésén fáradozott, és a melylyel őket egész életén át támogatta.

A főbb vonásaiban, de csak töredékesen vázolt jellemzésből is látjuk, hogy Bunsen, a nagy bűvár és tanító, mint ember még nagyobb volt; csak ebből érthető életének és képességeinek kiemelkedő hatása. Ebben rejlik valódi és igénytelen nagysága, mely nagyobb volt akár-hány történelmi nagyságnál. A caesarok hatalmas seregeikkel sok vérontással és nagy értékek megsemmisülésével népeket hódítottak meg, így szolgálták hazájukat és saját érdekeiket nagyobb részt milliók érdekeinek rovására. De a caesarok és dicsőséges alattvalóik az ismeretlen természeti törvények kéréseivel szigorának épen oly törpe jobbágyai maradtak, mint bármelyik barbár halandó. A te munkádnak köszönjük, dicsőült mester, hogy e törvények egy hatalmas csoportját meghódítottad és ez által nemcsak hazádnak, hanem az emberiség összes millióinak végtelen értelmi és anyagi javára értékesítetted és így felszabadításukra közreműködöttél. Felfedezéséből százezreket szerezhetnél volna, de te ezt másoknak engedted át és nagylelkűleg megelégedtél a tiszta igazság megismerésének magasztos élvezetével. Odaadó tanítással és termékenyítő eszméiddel, kiváló tanítványaid százainak hirnévét önzestelenül és a feltékenység legkisebb árnyalata nélkül gyarapítottad. A mai korban ezek emberfeletti vonások földi lényben és az idealismus szellemétől nemesített legmagasabb jelei az emelkedett erkölcsi előkelőségnek.

Most mikor azon végtelen régiókba emelkedtél, melyeknek titkait te lebbentetted fel előttünk, küldd nagy szellemeknek fűgarait hozzánk és világítsd meg az ösvényt, melyet te törtél meg. Ne vond meg ezt hálás magyar tanítványaidtól sem, hogy általuk a magyar szigorú tudomány is helyes úton járjon és a tévedéstől késő időig biztosított legyen. Maradjon emléked mindenkor tisztelgetben közöttünk.

Than Károly tnr.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A kéz desinfectiojáról.

Közlő: Marikovszky György dr.

Irodalom. 1. *Ahlfeld*: Welche Faktoren sind bei der Desinfection der Hände zu berücksichtigen? Monatschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 1895. — 2. *Ahlfeld*: Die Desinfection der Finger u. der Hand vor geburtschirurgischen Untersuchungen und Eingriffen. Deutsche m. W. 1895. — 3. *Bartlett*: A method of rendering the hands surgically clear. Med. review. 1899. — 4. *Binaghi*: Über die Desinfection und die desinfizierende Kraft der menschlichen Haut. Policlinico. 1897. 5. *Boll*: Zur Desinfection der Hände. Deutsche med. W. 1890. — 6. *Bratz*: Über eine bisher unbeachtete Eigenschaft des Alkohols bei seiner Verwendung zur Händereinigung. Münch. med. W. 1900. — 7. *Bunn*: Antiseptik u. Technik. Münch. med. W. 1898. — 8. *Deeleman*: Beiträge zur Händedesinfection mit Dr. Schleich's Marmorstaubseife. Deutsche militär-ärztl. Z. 1900. — 9. *Doederlein*: Bakteriologische Untersuchungen über Operationshandschuhe. Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1898. — 10. *Epstein*: Zur Frage der Alkoholdesinfection. Zeitschr. f. Hyg. 1897. — 11. *Ecler*: Antiseptische Harzkollodiumlösungen u. Improvisieren der regelrechten Händedesinfection. Fortschritte der Med. 1900. — 12. *Forster*: Wie soll der Arzt seine Hände reinigen? Centralbl. f. klin. Med. 1885. — 13. *Friedrich*: Kurze Bemerkungen zum Gebrauch dünner, nahtloser Gummihandschuhe für gelegentliche Operationszwecke. Centralbl. f. Chir. 1898. — 14. *Fürbringer*: Untersuchungen u. Vorschriften über die Desinfection der Hände des Arztes. Wiesbaden, 1888. — 15. *Fürbringer*: Die neuesten experimentellen Grundlagen d. Händedesinfection. Deutsche m. W. 1895. — 16. *Fürbringer-Freyhan*: Neue Untersuchungen über die Desinfection d. Hände. Ugyanott. 1897. — 17. *Fürbringer*: Entwicklung u. Stand d. Händedesinfection. Ugyanott. 1899. — 18. *Gottstein*: Das Verhalten der Mikroorganismen gegen Lanolin. Berlin. klin. W. 1887. — 19. *Haegler*: Händereinigung, Händedesinfection und Händeschutz. Basel. 1900. — 20. *Hahn*: Meine Methode d. Händedesinfection. Centralbl. f. Chir. 1900. — 21. *Henke*: Über die Desinfection infizierter Hände, etc. Dissertat. Tübingen. 1893. — 22. *Kossmann*: Ueber ein neues Verfahren zur Sterilisation d. Hände u. des Operationsgebietes mittelst des Chirois. Centralbl. f. Chir. 1900. — 23. *Krönig*: Versuche über Spiritusdesinfection der Hände. Centralbl. f. Gyn. 1894. — 24. *Krönig-Blumberg*: Beiträge zur Händedesinfection. Leipzig. 1900. — 25. *Krönig-Blumberg*: Vergleichende Untersuchungen über den Wert der mech. und Alkoholdesinfection der Hände gegenüber der Desinfection mit Quecksilbersalzen etc. Münch. m. W. 1900. — 26. *Kümmel*: Wie soll d. Arzt seine Hände desinfizieren? Deutsche m. W. 1886. — 27. *Langstein*: Über die Desinfection d. Hände. Prager m. W. 1894. — 28. *Leadham-Green*: Versuche über Spiritusdesinfection der Hände. D. m. W. 1896. — 29. *Mikulicz*: Die Des-

infection der Haut und der Hände mit Seifenspiritus. Ugyanott. 1899. — 30. *Opitz*: Bemerkungen über Händedesinfection und Operationshandschuhe. Berlin. klin. W. 1898. — 31. *Paul-Sarwey*: Experimentaluntersuchungen über Händedesinfection. Münch. med. W. 1899. — 32. *Perthes*: Operationshandschuhe. Centralbl. f. Chir. 1897. — 33. *Poten*: Versuche über die Desinfection d. Hände. Monatschr. f. Geburtshilfe u. Gyn. 1895. — 34. *Poten*: Die chirurgische Asepsis d. Hände. Berlin, 1897. — 35. *Roux-Reynès*: Sur une nouvelle méth. de desinfection des mains du chirurgien. Compt. rend. 1898. — 36. *Sarwey*: Händedesinfectionsversuche. Ref. Centralbl. f. Chir. 1899. — 37. *Schaeffer*: Über die Desinfection d. Hände. Therap. Monatsh. 1895. — 38. *Vollbrecht*: Hände und Händedesinfection mittelst Seifenspiritus. Deutsche mil.-ärztl. Z. 1900. — 39. *Wittkowski*: Über die Sterilisation der Hände mit Marmorstaub. Ther. Monatschr. 1894. — 40. *Weir*: On the desinfection of the hands. Medical Record. 1897.

Azon körülmény, hogy műtétknél a szokásos aseptikus eljárás pontos betartása dacára is elég gyakran lépnek fel a gyógyulást zavaró complicatiók, arra indította a sebészeket és szülészeket, hogy valamely új, jobb módszert keressenek a kéz megtisztítására. Alig hinné az ember, hogy ennek a kérdésnek ma mekkora irodalma van, hiszen a felsorolt munkák csak egy töredékét képezik az egésznek s a legújabb munkák mégis oda concludálnak, hogy azzal mehetünk a legtöbbszörre, ha kezünket állandóan ápoljuk, s ha különösen fertőző anyaggal dolgozva (boncolás), egy ideig nem operálunk. Az eltérések oka legfőképpen abban rejlik, hogy a hány szerző, jóformán annyiféle módon vizsgálják a különféle úton megtisztított kéz bakteriuntartalmát. Az egyik szerző beéri azzal, hogy saját módszere szerint megtisztított kezéről platinkacsallal kapar próbát, a másik éles kanállal kaparja le kezéről a felületet rétegeket s a kaparékot teszi táptalajba. A nevezetesebb vizsgáló eljárások a következők:

1. *Krönig-Blumberg* eljárása. Szerzők kezüket előzetesen bedörzsölték mikrococcus tetragenussal, mint a mely coccus emberre nem fertőző, de fehér egerekre annál inkább. Azután valamely módon megtisztítva kezüket, steril márványporral ledörzsölték azt, a dörzsöléket steril bouillonnal steril csészékbe öblítették sebből 1 cm³t fehér egerek bőre alá fecskendeztek. 2. *Haegler* eljárása. Haegler vastag selyem fonalat kémesőbe helyezve, azt 150° C-nál sterilizálja. Egy segéd ezt a fonalat kiizzított fogóval kiveszi és átnyújtja annak, a kinek a kezét meg kell vizsgálni, s a ki a fonalat azután keze különböző helyein (körmök alatt is) fűrészelő mozgással erősen ide-oda huzogatva, táptalajba teszi. 3. *Legrigrorosus* és *Paul-Sarwey* eljárás. Kísérleteiket úgy végezték, hogy megtisztított kezüket egy, tartalmával együtt desinfectáló üvegfedes szekrénybe dugták, hogy a levegő bakteriunait kizárhassák. Ott a szekrényben dörzsölték le azután kezüket előbb erősen homokkal, azután megkaparták éles kanállal, végre egy steril, kemény fűrészkával kapartak, immár a mélyen fekvő rétegből próbát, a mit azután peptonból, szőlőcukorból és húskivonatból saját módszerük szerint készített táptalajba hoztak, s így tenyésztették ki a kézen maradt bakteriunokat. Eljárásukat még a következő cautelákkal kell végezni: a) figyelembe kell venni a vizsgálandó kéz individualis sajátosságait, mert nem mindegy, hogy az illető kéz gondosan ápolat vagy pedig pl. repezett-e? b) az egész kézzel kell gondosan ápolat vagy pedig pl. repezett-e? c) a fejlődő telepek megszámlálhatására egyenletesen kell szétteríteni a vizsgálandó anyagot, d) a táptalaj és a testhőmérsék minden vizsgálatnál ugyanolyan legyen, e) agartenyészetet 8, gelatinatenyészetet 14 napig kell észlelni.

A mi a kéz megtisztításának módjait illeti, abban megegyeznek a szerzők, hogy annak mechanikainak és chemiainak kell lenni.

Az erőművi tisztításnak azt kell elérnie, hogy 1. a kézfelület zsirtartalma oldva eltávolíttassék, különben vízzel vagy vizes oldatokkal hiába mosakodunk, 2. a felületet epidermisrétegeket duzzasztva, fel kell lazítani, mert ott székelnek a csirok, 3. ezeket a felületet rétegeket el kell távolítani valamely érdes anyaggal, mely arra is képes legyen, hogy az apró ráncokat és a mirigyek szajadékait kitörölje.

Gipszpéppel bekenve kezünket s rászáradás után lemosva róla azt, teljesen zsirtalan lesz a kéz, csak hogy ezt az eljárást gyakran alkalmazza, igen megcsinálja bőrünk. Bolus alából készített pasta igen jól zsirtalanít és nem is támadja meg a kezét. A zsirtalanítást és az epidermis fellazítását azonban egyidejűleg elvégzi a szappan. Ennek a czélján különösen az alkalikus szappanok felelnek meg jól, s így az elterjedten használt zöld szappan igen alkalmas, főleg ha jól alkalmazzák. *Haegler* úgy használja, hogy egy evőkanálnyi szappant addig (1—2 percen át) dörzsöl szét kezén, míg szárazzá lesz, azután folytonos dörzsölés közben mindig több és több vizet bocsát rá, s végre erősen megkeféli kezét. 12 év óta nem látta e szappannak semmi káros hatását. Csirizzel vagy ennyivel jól fel lehet lazítani az epidermist, de ez csak feleslegesen complicálna az eljárást. A mechanikus tisztítás harmadik kellékének elérésére használt kefe hitelét teljesen elveszi *Schleich*, legfőképpen azért, mert nehezen tisztítható, s méltatlankodva mondja, hogy még a mintaklinikákon sem lehet egyszerre 5—6 kefével többet alkalmazásban látni, s hogy ugyanazt a kefével többet is használják. A hátrányokat azonban ki lehet kerülni. Más (megjelölt) keféket kell használni az erőművi, és másokat a desinfectio anyagokkal való mosakodáshoz. A keféket minden reggel ki kell főzni s azután valamely desinfectáló folyadékba tenni. Használat után újra valamely fertőtlenítő oldatba téve őket, a következő műtétnél újra használhatók, mert $\frac{3}{4}$ óráig 1—5% sublimat-oldatban tartva a keféket, nem lehet rajtuk fejlődésképes csirokat találni. Farostok vagy Loofah nem helyettesíthetik a keféket, mert nem lehet velük mindenüvé olyan jól odaférni mint a kefével. Horzsakő- vagy homokszappan csak akkor jók, ha kefével dörzsölnétek szét a kézen.

Schleich márványszappana (finom sárga gyantaszappan, ammoniakos viasz- és stearinpasta és durvább szemű márványpor) az erőművi tisztítás mindhárom kívánalmának megfelelne, sőt eldugaszolván a tűzők

és mirigyek szájadékait is, teljesen steril kezét kellene produkálnia. Schleich körülbelül három percig mosván kezét szappannal és steril vízzel s utána steril kendővel erősen megtörülközve, az esetek 97%-ában sterilnek találta megvizsgált kezét. Deleman is kipróbálta a Schleich eljárását, kezét előbb genynel, staphylococcus, pyocyanus és krumplifölddel bekenve, s azt találta, hogy ha jól végezte a mosakodást, csak egy-két telep fejlődött átoltás után; bakteriologiai laboratóriumok számára azonban ő sem ajánlja a márványszappant, mert apró karczolásokat ejt a kézen. A Schleich vizsgálatának az a hibája, hogy egyszerűen platinkacsával vagy tüvel akar, hozzá még erősen szárazra törült kezéről bakteriumokat venni, pedig száraz kézzel, még ha az nincs is megtisztítva, vajmi kevés telepet lehet kitenyészteni. Innen van az, hogy Haegler az ő fonális módszerével Schleich-szappannal való mosás után egyszer sem találta kezét sterilnek, hogy Paul és Sarwey is igen sok esirt találtak Schleich eljárása után. Krönig és Blumberg eljárásánál pedig, holott 10 percig moskodtak Schleich szappannal, 13 egér közül 13 pusztult el tetragonus infectio következtében. A resümé az, hogy ezideig legjobb mechanikus dörzsölőszerszám a növényi rostokból készült steril kefe.

A mi a körömök megtisztítását illeti, Ahlfeld azt ajánlja, hogy vágjuk le körmeinknek a körömágytól elálló részét egészen. Ez azonban nem czélszerű, mert a bőr és körömágy határán semmi kosmetikus szerrel sem lehet sima bőrt kapni, s ez a hely azután, ha szabadon áll, veszedelmesebb, mintha köröm fedti. A köröm maga különben nem veszedelmes, mert könnyen tisztítható. A túlhegyes vagy túlélés köröm-vájók elvetendők, mert a köröm alját érdessé teszik, s a körömágy szélén is apró sérüléseket okoznak, melyek azután a bakteriumok reser-voire-jául szolgálhatnak.

A kémiai mosakodásnak egyik igen fontos tényezője az alkohol. Az első vizsgálatokat az alkohol bakteriumölő képességét illetőleg Koch végezte. Ő négy hónapig tartott sporákat abszolút és hígított alkoholban, és sem egyik, sem másik nem ölte meg őket. Fürbringer 1888-ban még csak előkészítő szerepet tulajdonít az alkoholnak, a mennyiben elismeri, hogy zsírt old és ennek következtében lehetővé teszi, hogy az antiseptikumok mélyen behatoljanak. Bratz szerint az alkohol zsírtoldó képessége minimális, baktericid hatása majdnem semmi, hanem azért fontos, mert a porusokból eltávolítja az odaszorult és a desinfectiensek behatását gátló levegőt. Krönig elismeri az alkohol zsírtoldó képességét, de az általa előidézett sterilítást csak látszólagosnak mondja, mert annyira megkeményíti a bőrt, hogy a keménység miatt nem lehet a kézzel próbát kapni. Legfőképpen Ahlfeld tulajdonít az alkoholnak direkt baktericid hatást. Epstein arra jött rá, hogy a tömény alkohol nem desinfectiál, a hígított (leginkább az 50%-os) azonban igen. Ő a Koch módszere szerint járt el, vagyis inficiált selyemfonalakat tett ki az alkohol hatásának, de javította a módszert annyiban, hogy a fonalakat szálaira szétszedve, csak a szálaikat használta. Krönig és Blumberg eljárása szerint az tűnt ki, hogy 5 percig mosakodva forró vízzel és zöld szappannal, utána 5 percig abszolút alkohollal és kefével (Ahlfeld methodusa) 12 egér közül 8 pusztult el tetragonus infectio következtében. Fürbringer-Freyhan 1897-ben azt tapasztalták, hogy három percig szappannal, forró vízzel és kefével mosakodva, utána 90%-os alkohollal 1 percig 6 eset közül 1-szer

3	"	6	"	4-szer
5	"	6	"	4-szer
9	"	6	"	6-szor érték el jó eredményt. Ennek

következtében megerősítik Ahlfeld-nek azon állítását, hogy az alkohol direct baktericid, s nemcsak azért alkalmazható jól, mert zsírt old. Hiszen a zsírt aether és chloroform is oldja, és mégsem desinfectiálják a kezét. Szerintük különben az alkoholos mosakodásnak azon előnye is megvan, hogy fellazítja és leöblíti a felületes bőrpikkelyeket. Haegler úgy kísérletezett, hogy staph. aureust vékony rétegben üveggyöngyön vagy fonalon kiszáritva, azon próbálta ki az alkoholt. Azt tapasztalta, hogy ilyen vékony rétegnél az alkohol pár perc alatt megakadályozza a bakteriumok továbbfejlődését. De ha a réteg kissé vastagabb, vagy kevésbé száritott, ellenálló képességük nő, s a bakteriumos rétegre kent legvékonyabb zsírréteg is megakadályozza az alkohol desinfectiáló hatását. Az összes vizsgálatokból azt a conclusiót lehet levonni, hogy az alkoholos mosakodás az egész kéztisztító processusnak egyik fontos közbeeső tagja, s legczélsebb 70–80%-os alkoholt alkalmazni. Mint-hogy kezünk a megelőző vizes mosakodástól már nyirkos, abszolút alkoholos mosakodásról amúgy sem lehet szó.

A Mikulicz-féle szappanspiritusos mosás csak látszólag ad steril kezét. A látható tisztátalanságot sem viszi le oly jól, mint ha szappannal és alkohollal külön mosakodunk, s a felületes epidermis rétegek fellazítása és leöklődése is kisebbfokú.

A carbol 30%-on felül mar, pedig Fürbringer-Freyhan három percig szappannal, forró vízzel és kefével mosakodva, utána pedig három percig 30%-os carbol-oldatban tartva kezüket, 22 eset közül csak ötször érték el jó eredményt. Ugyanilyen volt az eredmény 10%-os lysol-oldattal.

Koch első kísérletei szerint 1:1.600.000 sublimat-oldat már megnehezíti táptalajon az anthraxspora fejlődését, 1:330.000 oldat pedig megakadályozza. Behring jött azután rá, hogy a sublimat hatása táptalajokban fordított arányban áll a táptalaj fehérvetartalmával.

Annyi idő alatt, a mennyi a kéz desinfectiojánál számba jöhet, a sublimat nem képes a mélybe hatolni. Műtétknél pedig, főleg a fonalak csomózásánál a felületes, sublimat által átjárt réteg leszorultatva, a nem desinfectiált réteg fedetlen lesz. Alkohollal való előkészítés igen elősegíti a sublimatnak mélyrehatolását. A sublimat-desinfectiót csak akkor várhatunk eredményt, ha 1. a kéz alaposan zsírtalanított, 2. ha a bőr

meleg vízzel és szappannal fellazítva, a redők és szájadékok is elsimulnak egy bizonyos fokig, 3. ha a felületes, elszarusodott, labilis epidermis valamely mechanice ható eszközzel (kefe, végül erős ledörzsölés durva kendővel) eltávolítatik. Elő nem készített kezünket teljesen hiába mossuk desinfectiensekkel.

Krönig és Blumberg sublimat helyett a higanyaethylendiamint ajánlják, mert nem mar. Weir chlormeszet használ mosósózával, a mit naponta 3–4-szer állítólag kibír a kéz.

Mint-hogy teljesen sterillé nem moshatjuk kezünket, egyes vizsgálók arra törekedtek, hogy valamely keztű vagy egy inpermeabilis réteg által elszigeteljék kezüket a sebtől. Halsted 1891-ben steril czérna-keztűket ajánl a műtétknél szereplő instrumentarius számára. Mikulicz is ajánlja a czérna-keztűt. Opitz azért tartja őket jóknak, mert steril tuffer gyanánt szerepelnek. A czérna-keztűknek az a hátránya, hogy a kéz bakteriumai számára, bár kissé később, még akkor is átjárhatók, ha paraffinnal vannak impregnálva. A bőркеztűk jobbak, mert valamivel hosszabb ideig (körülbelül 1/4 óráig) inpermeabilisak. A műtét végéhez, főleg a csomózáshoz előnyösen lehet a bőr vagy gummi-keztűket használni.

Unna 1886-ban azt ajánlotta, hogy mosakodás után hagyjunk kezünkön egy vékony szappanréteget. Ez azonban hamar megrepedezik. Schleich azt hiszi, hogy a szappannal levő viasz egy része mosakodás után ott maradva, inpermeabilis réteget képez. Menge a paraffinréteget ajánlja. Ez elég jól zár is, csak-hogy a test melegtől mihamar fellágyul. Lévai kopál, terpentin, aether és collodiumból készült bevonatot ajánl. Kossmann bizonyos gyantákat és zsíros olajokat gyengén bevitett alkoholban és aetherben oldva, a chirolt készítette. Ez a kézén megszáradván, a tapintást nem zavarja, szorosan odasimulva, az izzadságot nem engedi meggyülni, inpermeabilis, nem repedezik, nem pikkelyezik s műtét után alkohollal könnyen lemosható. Eler is készített egy a chiroléhoz hasonló alkotórészekből álló collodiumos lakkot, de azt tapasztalta, hogy az izzadságot és a benne levő bakteriumokat átbocsátja. Haegler egyáltalában nem hiszi, hogy lehessen tökéletes bevonó szert találni.

A felsoroltakból az tűnik ki, hogy abszolút sterilítást nem érhetünk el. De ez talán nem is szükséges. Marx vizsgálatai t. i. azt bizonyítják, hogy csak azon bakteriumok virulensek, melyekben Babes-Ernst-féle testecskék találhatók. Ha pedig kezünket 10 percig kefével, szappannal és forró vízzel mossuk, ezek a testecskék nem találhatók meg a kézen maradt bakteriumokban. A gyakorlati életben beérhetjük a Fürbringer eljárásával (szappan és forró víz, utána 70–90% alkohol, utána valamely antisepticum 5–5 percig kefével), a kérdés súlypontja azonban a prophylaxisban van. Czélszerű, ha a sebész kezén olyankor, mikor nem a műtőasztalon fekvő beteggel érintkezik, valamilyen keztű vagy egy inpermeabilis réteg van. Műtét után a vegyi desinfectienseket le kell mosni, mert megtámadják a kezét, s bár paradoxnak látszik, a sok mechanikus és vegyi mosakodás okozta laesiók következtében annál nehezebb kezünket eszirtmentessé tenni, minél gyakrabban mosakodunk. Főleg arra kell súlyt fektetni, hogy kezünknek a mosakodás által elvett zsírtartalmát visszaadjuk. Haegler azzal végzi monographiáját, hogy a sebésznek épen annyira mindennapi pensuma legyen keze kozmetikája, mint zseborájának felhúzása.

Könyvismertetés.

Handbuch der praktischen Medicin. Redigirt von Dr. W. Ebstein und Dr. J. Schwalbe. Dritter Band, I. Theil. Die Krankheiten der Harnorgane und des männlichen Geschlechtsapparates. Venerische Krankheiten. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1900.

Abban a nagy versengésben, melyet a német könyvkiadócégzek könyvtárterjedelmű kézikönyvek és encyclopediák piacra dobásával, az utóbbi években rendeztek, nem mindig az igazi tudomány és csak ritkán az orvosi olvasóközönség volt a nyertes.

Mig a jó öreg Canstatt, Virchow, de még Ziemssen is, a kor legillustriusabb neveit csoportosíthatták simító, egyeztető és intező redactio-juk köré és gyűjtőmunkáik a több munkatárs daczára mint egy egységes szellemi munka megnyilatkozása, egyszerűsége és fényes kifejezője a kor igazi tudományosságának, addig a napjainkban mutatkozó nagy kereslet, egyes vezető nevek és bámulatos productivitás, majdnem minden vállalatnál szereplő orvosi írókon kívül, az „erfahrene Kliniker“ korra és nemre való tekintet nélküli oly legioját teremtetten, hogy valóságos sajnálattal kell gondolnunk nagy német szövetségeseinkre, a kiken ennyi tapasztalat szerezhető.

Midőn ezen érzelmekkel veszszük kezünkbe a nagyfejlettségű német könyvkereskedő-üzem által a szélrózsa minden irányába csodás szaporasággal széttróptított hirdető íveket, ha a munkák átlapozásánál, szakmánkba vágó részletek gondosabb átolvasásánál tapasztalhattuk, hogy kétségtelenül sok, igazán jó és maradó bécű feldolgozás mellett mint terpeszkedik a felületesség és megrendelésre készült gyári munka, úgy a kellemes csalódás igazán jól eső érzésével tettük le kezünk-ből a nagy gyűjtőmunkának azon kötetjét, a melynek czímét e könyvismertetés viseli.

E kötet megírásában részt vettek Rosenstein (a vese, vesekehely és húgyvezér megbetegedései), Kümmel (a húgyhólyag betegségei és annak sebészete), Jadassohn (a prostata, penis és húgycső, here és mellékhere, ondószín és ondóhólyag bántalmái), Fürbringer (a férfivarszervek működési zavarai), Leser (a húgy- és férfi-ivarszervek sebészete) és végre még egyszer Jadassohn (a venerikus bajok).

A mint ezen névsor is mutatja, a szerkesztők választása oly szerzőket csoportosított össze és nyert meg e kötet megírására, a kiknek

onr. J. 1901. 60.

jelentékeny munkássága a multban, sőt egyeseknek vezető szerepe az általuk művelt tudományokban, már eleve garantiát nyújt az ismereteink mai állása szerinti tökéletes munkára.

Valamely nagyobb gyűjtőmunka csak akkor lehet kifejezője a kor tudományosságának és a több közreműködő daczára is egyöntetűen tagolt, ha egyes írói nem akarják mindenáron saját egyéniségüknek bélyegét minden kérdésre rányomni. A tudományos egyéniségnek ezen alárendelése a Rosenstein és Jadassohn által megírt részekben példásan nyilatkozik meg. Rosenstein, az általa megírt vesemegbetegedésekben, a minden részletben való arányos feldolgozás, a tárgy feletti feltétlen uralás által mindazt, a mit a kórtan ezen egyik legszövevényesebb fejezetében az olvasóknak útmutatóul, a gyakorlat vagy tudományos továbbmunkálkodás számára alapul adhat, oly szabotossággal határozza meg, hogy nyugodtan mondhatjuk, hogy a mely kérdésre felelet ma kapható, kapható a nélkül, hogy a kevésbé fontos, mellékes vagy ki nem forrt tények vagy nézetek útvesztőjében az olvasó elakadjon, az itt világos, egyszerű formában, biztos kézzel megírva, fel is található. Ugyanezt mondhatjuk a Kümmel által megírt részről is könyvről. A húgyeső, hólyag és ureterek modern vizsgálati eszközei, az endoscopia és cystoscopia, a gyakorló orvos igényeihez mérten, jobban, világosabban, könnyebben érthetően még nem írtak meg. Ha a Casper-féle kézikönyvnek hatása el nem tagadható úgy a beosztásban, mint az eszközöknek talán nem egészen elfogulatlan bírálatában, úgy e fejezet szerzőjének nagy egyéni tapasztalata és gyakorlata, nemcsak saját eseteiről vett igen szép fényképekből, világlik ki. Ezen fejezet a munkának egyik leghasznosabbika. A húgyészervi sebészi diagnositika segédeszközeivel való bánás nem lehet és nem is lesz köztulajdona minden gyakorló orvosnak, de szükséges, hogy lényegével minden orvos megismerkedjék. A theoretikus alapokon nyugvó tévhit ezen vizsgálati módszerek veszélyességét illetőleg illetékes helyről jövő eloszlásra még mindig szorul. Kümmel, a nagy hamburgi sebészi osztály vezetője, Schede utóda, tehát nem ezébeli „urologos“, a többi vizsgálati módszerek objectív ismertetésével az endoscopikus vizsgálat javait igen sikerülten, minden specialititikus túlbuzgóságtól szabadon határozza meg. Ugyanezt mondható e rész többi fejezeteiről is: szigorúan tudományos modorban, folytonos utalással a kórboneztani alapokra, a kóroktani szempontoknak kellő méltatásával, a klinikai kép mindenütt a rövidség daczára is kerek, befejezett alakban domborodik ki.

A következő rész, a mely a prostata, penis, húgyeső stb. (nem gonorrhoeikus) betegségeiről szól, Jadassohnnak, a berni ismert bőrgyógyásznak tollából nyerte feldolgozását. E lap hasábjain egy más alkalommal utaltam e bántalmak sebészi természetére, a sebészi felfogásnak elengedhetlen érvényesülésére e bántalmaknak a gyakorlat céljaira való tárgyalásában. Jadassohn, Güterbock e tárgyról szóló könyveinek egy ismertetésében (Arch. f. Derm. u. Syph. XXIII. évf. 184. old.) azt tartja, hogy e kérdések „vielfach ein Grenzgebiet zwischen der Chirurgie und unserer Specialdisciplin (Syphilidologia) darstellen“, míg másutt a húgyeső gonorrhoeás megbetegedéseiről azt vallja, hogy „als unsere Domäne in Anspruch nehmen“. Nos a „Grenzgebiet“-ben a kiváló bőrgyógyász, a ki egyszermind a gonorrhoea tanának egyik legmélyebb ismerője, nem éri magát elég otthonosnak. Csak a húgyeső szűkületeiről, a here, mellékhere tuberculosisáról, az idült prostatitisről szóló részleteknek hézagossága és nagy fontosságukkal arányban nem álló elmosódott tárgyalására kell utalnom, hogy annak a szükségképp létrejövő dilettantizmusnak magyarázatát adjam, mely még egy oly universalis tudású és rengeteg olvasottságú szerzőnél is szükségképp érvényesül, midőn oly tárgyról szól, a melynél a klinikai és therapeutikai felfogás eltérő irányú a szakmáknak tudományos, ha nem is okvetlenül gyakorlati differenciáztatását a munkafelosztás természetes fejlődésénél fogva előidézte. A könyv gyakorlati használhatóságát csak emelte volna e résznek egyesítése a Leser által megírt sebészi részzel, Jadassohn pedig maradt volna meg elég nagy saját „domäne“-jében s ne indult volna a Grenzgebiet meghódítására. Ha már a sorrendi megbeszéléstől eltérve, e vitás terrenumon vagyunk, constatáljuk, hogy Leser e bántalmak sebészetének megírásával a kötet legsubjectivebb részét alkotta meg. E subjectivitás, nézeteinek a mai felfogással való nehéz összeegyeztethetőségére való tekintetből, e kézikönyv céljainak nincs előnyére. Az urethrotomia interna kérdésében elfoglalt álláspontja nehezen érthető, mindamellett stylusának keresetlen egyszerűsége és világossága, mely sebészi tankönyvét is oly közkedvelté tette, itt is igen előnyösen jut érvényre.

Fürbringer neve sokkal ismertebb, semhogy e fejezet bővebb méltánylásra szorulna. A férfi ivarszervek működési zavarairól szóló tannak Curschmann óta nem volt nálánál hívatottabb művelője. Tudományos munkálatai alapvetők. Ő minden munkájában az a magas színvonalú, előkelő ízlésű tudományos író, a nemes gondolkodású, ember-szerető igazi nagy orvos, ki vigasztalja, gyógyítja a már többnyire lelkükben beteg, de húgyesőbeli objectív elváltozásokkal alig bíró szegény neurastheniás betegeit, ki irtózik azoktól a gyógyszerközöktől, a melyekkel a rendelő szobák titoktartó csúdjában, villanyozás és „specialititikus“ gyógykezelés formájában, merényletet követnek el a mindenben hívő, mindenkitől reménylő, elhatározásaiban, akaraterejében gyengített beteg érszénre és testi épsége ellen.

E rész annak, ki Fürbringer korábbi munkáit ismeri, újabb adatokkal nem szolgál. A rendkívül vonzó, mondhatnám lebilincselő modorban írt részben azonban a gyakorló orvos megtalálja az útbaigazítást a vita sexualis rendellenességeinél való ténykedéséhez, a beavatkozás javait és határait, oly körformáknál, a melyeknél a beteg „vigasztalását“ célzó örökös kezelgetés a sokszor ephemere jellegű tünet-csoportoknak nem mulását, hanem állandósulását hozza létre.

Az egész kötetnek közel egy harmadát a Jadassohn által megírt venerikus bántalmak foglalják el. A syphilis, az ulcus molle, a gonorrhoea a férfinel és a nőnél. E részt Jadassohn valóságos classicitással írta meg praecis alakban, a tárgy feletti igazi souverainitással. A syphilis és bőrmegbetegedések közötti analogiák és különbségek lapidaris formában oly biztossággal állítatnak az olvasó elé, hogy még a gyakorlatlan diagnositika nehéz kérdései is majdnem minden esetben könnyedén oszlanak majd el.

Az erőyes, a mellett individualizáló higanykezelésnek híve, melynek mértékét soha az elhasznált higany mennyisége, hanem a megbetegedés virulentiája és az egyén felvevő képessége adja meg. A jodot a korai stadiumban könnyen nélkülözhetőnek tartja, a syphilis későbbi alakjánál csak a higanyval kombinálva használja.

Az ulcus mollera a szigorú aetiologikus felfogást alkalmazva, csak azon ulceratios folyamatokat tartja ide tartozóknak, a melyek a Ducrey-bacillus (streptobacillus Unna) által idéztetnek elő. A gonorrhoea kór- és gyógytana fejezi be a munkát. A gonorrhoea-gyógykezelés főelve a gonococcusok elpusztítása mindenütt, a hol jelenlétük feltehető, a nélkül, hogy a nyákhártyát károsítanók. Mint a Neisser-iskolának legfényesebb tehetségű képviselője, mesterének legkiválóbb munkatársa, ez iskola elveit követi, menten minden orthodox türelmetlenségtől. Ha egyes részletek kérdések felett nézeteink eltérők lehetnek is, mondhatjuk, hogy fődolgozban, a kórtani felfogás és gyógykezelés irányelveiben az a gyakorló orvos, ki tudását innen meríti vagy ebből egészíti ki, tévedni nem fog. És ez mondható el az egész könyvről. Hű, megbízható tanácsadója lesz a gyakorló orvosnak, a mint hogy bő irodalmi áttekintésével forrásmunkáját alkothatja a tudományosan dolgozóknak is.

Ráskai Dezső dr.

Uj könyvek. Schürmayer: Die Photographie, bezw. Mikrophotographie in der ärztlichen Praxis. München, Seitz und Schauer. — Fokker: Untersuchungen über Heterogenese. IV. Die Granula der Milch. Groningen, Noordhoff. — Czerny und Keller: Der Kinder Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Erste Abtheilung. Leipzig und Wien, F. Deuticke. — Baumgarten und Tangl: Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen. 1899. Erste Abtheilung. Leipzig, S. Hirzel, 1901. — Tarnier et Budin: Traité de l'art des accouchements. Tome IX. Dystocie foetale, accidents de la délivrance, opérations, infections puerpérales. Paris, G. Steinheil. — E. H. Colbeck: Diseases of the heart. London, Methuen and Co. — Cabot: Diseases of the chest. London, Baillière, Tindall and Co. — Rabagliati: Aphorisms, reflexions, definitions and paradoxes. London, Baillière, Tindall and Co.

Lapszemle.

Sebészet.

A megsérült arteria coronaria cordis leköteséről ir Pagenstecher, az elberfeldi városi kórház főorvosa. Mint a tapasztalat mutatja, a coronaria nagyobb ágának lekötese sem okoz ezen ág területén izomdegeneratiót, bár kimutatható anastomosis a nagyobb ágak között nincs. Sebészi szempontból itt csak az arteria coronaria sinistra verticalis ága jöhet szóba, melyet Cappelen egy ízben már lekött, bár csak a szívcsúshoz közel; betege 2 1/2 nap mulva genyes pericarditis következtében elhalt. Pagenstecher között esetében az ütőer távol a csücsőtől sérült meg szúrás következtében s körülbelül 5 cm.-nyi magasságban kötöttet le. A lekötest a szivizomzat jól tűrte, a mennyiben az izomdegeneratio ezen ág területén sem volt nagyobb az 5 nap mulva bekövetkezett halálnál, mint a szivizom egyéb helyein. Az arteriából történő vérzés pontosan el volt állítható az alakítás által. Sectionál nephritis parenchymatosa et interstitialis chronica találtatott, melyet csak súlyosított a sérülés következtében fellépett pleuritis és pericarditis fibrinoso-purulenta. Pagenstecher az arteria alakításánál következőképen jár el: bőrizom porczlebenyt készít a 4. és 5. bordaporez felett, mely lebonyolódik basisa a sternum felé néz. A bordaporezokat a sternumhoz való tapadás helyükön hajlíttja ki. A mediastinum anticumon át a szivburokhoz jut, melyet bevágva, nagy erővel ömlik ki a benne felgyülemlett vér. A pericardium írt tuppferrel kitisztítja s felkeresi a vérző arteriát, melyet béltűvel alája ölt s leköti. A pericardiumot ezután nyitva kezeli. Az eljárás kis félórát vesz igénybe, a vérvesztés minimális. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 4. sz.)

Pesthy István dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A peritonealis üregnek hüvelyi és hasi megnyitása tuberculosus peritonitis esetében Baumgart 36 ily módon kezelt esetről számol be, a melyeknél felerészben a has megnyitása, felerészben colpocoeleotomia útján a hüvelyi nyíláson át lett az ascites kiboosávta. Sok előnyt lát a hüvelyen való megnyitásban, a melyet úgy eszközöl, hogy golyófogóba fogva a méh mellő és hátsó ajkát, azt erősen le- és mellfelé húzza, úgy hogy a hátsó hüvelyboltozat erősen megfeszül. Desinfectio után sagittális irányban megnyitja a Douglast. Az ily módon operált betegek gyógyulási tartama 9—22 nap volt, míg a laparotomia után operáltaké 17—35 nap. A diagnosit (tuberculosus peritonitis) mindig görösví vizsgálat előzte meg. Megemlítendőnek tartja, hogy feltűnő számban (27.7%) voltak a betegek között olyanok, a kiknek hólyagpanaszai is voltak. A has percussioján kívül minden esetben a végbélen át is történt vizsgálat. A hüvelyen át történt megnyitását a hashártyának előnyösebbnek tartja, mert így a beavatkozás úgy a shockot, mint a fertőzési veszélyt tekintve kisebb s ezen úton is eltávolíthatók esetleg megbetegedett adnexumok.

Ha szükség esetén a hasfalat kénytelen megnyitni, úgy lehetőleg kis hassebet ejt.

Végeredményben, noha a laparotomiának a tuberculosus hashártyagyulladásra való jótékony hatását magyarázni nem tudja, mégis azt operatív úton gyógyíthatónak tartja. 24 esete közül 54-17% gyógyult, 8-5% javult és 37-5% meghalt. Ujabb 11 esetében 45-4% gyógyult, 36-3% javult, 18-1% meghalt. (Deutsche med. Woch. 1901. 2. és 3. sz.)

Kern Géza dr.

A gynaekologiai massage értékéről ír Olshausen. A massage alatt nyomó, dörzsölő mozgást ért, a miért is e fogalomból kizárni kívánja a perimetritisés alszalagoknak eltépését Schultze szerint és az úgynevezett nyújtó massaget, mely utóbbit főleg a lateropositio kezelésénél alkalmazza jó eredménnyel.

A tulajdonképeni gynaekologiai massaget e kezelési mód hívei ajánlják deviatók, endometritis, metritis chronica, haematocele, para- és perimetritisés izzadmányok kezelésénél.

A nem komplikált, tehát mobilis retroflexioknál, valamint a descensusoknál is a massagetől maradandó eredményt soha sem látott; kivételt képeznek a friss, puerperalis retroflexiok, a melyek a méhnek többször ismételt antelexioba hozatala által gyakran meggyógyíthatók. A fixált retroflexiok néha pusztán massagera gyógyulnak, a midőn ugyanis a rögzítő lobtermények megszüntetésével a méh ismét felveheti normalis helyzetét. Az izomelernyedésen alapuló hátrahajlást és descensust az elernyedt izomsoportok nyújtó masszálásával meggyógyítani nem lehet; az a nélkül is atrophias izomzat a nyújtás által nem nyerhet tonusában, hanem még petyhüdebb lesz.

Az endometritiseknek massage útján való gyógyítását manapság már alig helyesli valaki. A metritis chronica kórképe mögött igen gyakran még nem diagnosztizálható myomgócok rejlnek, avagy egy retroflexio okozta pangás a túltengés alapja. Ez esetekben természetesen az alapbántalom kezelendő.

Haematocele masszálása veszélyes, a míg egy utóvérzéstől tartatunk. Nagyobb haematocele különben massagera nem is gyógyul, itt az operatív therapia van helyén; kisebb pedig meggyógyul massage nélkül is elég gyorsan. Helyén van a massage perimetritisés izzadmányok kezelésénél, ha azok nem nagyon friss kelettek, ha a függelékek gyenges lobja nem contraindálja és ha jól hozzáférhetők a hasfalakon át. De az ilyen izzadmányok elég gyakran massage nélkül, sőt egyáltalában felszívó kezelés nélkül is elég gyorsan resorbeálódnak. A parametritisés izzadmányoktól elkülönítendőek a perimetritisések, a melyeknél a massage egyenesen veszélyes.

A tuba daganatai közül csak hydrosalpinx alkalmas a massagera. Ilyenkor a tuba tartalma nem szívódik fel a massage okozta hyperaemia folytán, csak az uterusra át kiürítetik. (Centralblatt f. Gynäkol. 1901. 3. sz.)

Adler Oszkár dr.

Húgyszervi betegségek.

Ureter-catheterismus folytán létrejött ureter megsértésnél ureterlob keletkezését észlelte tuberculotikus hólyaglob mellett, Barlow (München). Az ezen megsértés által létrejött lob muló jellegét abból magyarázza, hogy a tisztán tuberculotikus beteg hólyagban más fertőző csírok nem székelték. A hólyag másnemű fertőzöttsége mellett az ureter lobja is súlyosabb alakot öltött volna. Ezen eset óvatosságra int. A vesék állapotáról az egyszerű cystosopia is felvilágosítást nyújt, a catheterismust csak oly esetekben kell igénybe vennünk, midőn egyik vese eltávolítása a másik vese működésének biztos ismeretét teszi szükségessé. (Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 1901. 3. füzet.)

Ráskai Dezső dr.

A húgyhólyag infiltrált rákjáról értekezik English két eset kapcsán, a melyek közül az egyiket, a melyik bonczolásra is került, bőven ismerteti. A hólyagrak ezen rendkívül ritka alakjánál a rákos tömeg az izompamotok közé ágyazott és csak későn hoz létre elváltozásokat a nyákhártyán és a perivesicalis kötőszövetben. A rák elsődleges. Leggyakoribb az epitheliális forma, ritkább a medullaris. A megvastagodott hólyagfal metszfelülete jelentékenyen különbözik a hypertrophizált hólyag falától. A nyákhártyán kékes dudorok és papillaris növedékek mutatkoznak. A beszűremkedés csak részleges és igen különböző helyeken jöhet létre. A beszűremkedett hólyag az alhas tájékán a symphysis felett mint kemény, tömött tapintatú daganat jelentkezik nyomásra, a mely különben vizelésingert nem vált ki, csekély fájdalmat kelt. Két kézzel való tapintásnál a daganat igen jól érezhető, catheterismus után térfogatában csak keveset változik. Elesebben körülírt beszűremkedésnél a megtámadott hely kívülről is tapintatává válik. A hólyag csökkent tágulékonyságának következménye a folyton fokozódó vizelési inger. Ez, valamint a vizelet kiürítése maga is igen fájdalmas. Az art. és v. iliaca communis kettéoszlásánál levő mirigyek beszűremkedése nagyfontosságú körjelző tünet. A hólyag beszűremkedésének áttérjedése a környező szövetre a daganatot tömöttebbé és kevésbé élesen kitapintatává teszi, esetleg összenövést hoz létre a béllel. A bántalom kórjólata igen kedvezőtlen, mivel a betegnek bajuknak többnyire már előrehaladott állapotában kerülnek észlelés alá. A műtéti beavatkozást illetően az egyszerű felső hólyagmetszés elégtelennek bizonyult, a resectio vagy az egész hólyag eltávolítása szükséges, a húgyvezetéknek a végébe való ültetésével. A fent említett helyen található mirigybeszűremkedés esetén az operatiótól el kell tekinteni. (Wien. klin. Wochenschrift, 1901. 10. szám.)

Ráskai Dezső dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

A Highmor-üreg sajtos bennékének három esetét közli Avellis, melyek az orrüregben át történt kificskendéssel gyógyultak. A Highmor-

üreg heveny empyemája ilyen elcsajtosodó alakba mehet át: eseteinek időtartama több év, hónap és hét volt. (Archiv f. Laryngologie, 1900.)

—di.

A hangszalagok hullaállását tanulmányozta Fein és azt találta, hogy a hangszalagok rövid ideig a halál után a középvonalban vagy közel hozzá állanak, a hullamerevség beálltával szétternek és annak megszüntével keveset a középvonal felé jönnek. Határozott alakja a hullaállásnak nincsen. (Archiv f. Laryngologie, 1900.)

—di.

Kiseb közlemények az orvosgyakorlatra.

A Bruns-féle arol-pastával a tübingeni sebklínika szerzett tapasztalatairól számol be Honsell. Mindenek előtt tenyésztési kísérleteit említi, a melyekből kitűnt, hogy az arol-pasta egyrészt maga is steril, másrészt a bakterium-fejlődést gátolja, sőt bizonyos mérvű távolra való hatást is kifejt a bakteriumokkal szemben. A saját magán ejtett sebeken tett észleletei azt a következtetést engedik meg, hogy az arol-pasta antiseptikus sajátosságai nemcsak a kémesőben, hanem sebeken is kifejezésre jutnak. Az arol teljesen ártalmatlan szer; még nagy sebfelületekre is minden káros következmény nélkül kenhető az arol-pasta, melynek izgató hatása sincsen, úgy hogy oly érzékeny bőrön is, mely indifferens kenőcsöket sem bír el, alkalmazható; különböző eredetű és alakú eczemákat az arol-pasta néhány nap alatt eltüntet. Az arol-pastát Bruns újabban következőképen módosította: Rp. Arol 5-0; Mucil. gummi arab., Glycerini aa 10-0; Bol. alb. qu. s. ut fiat pasta mollis. Ha a pasta beszárad, glycerinnel hígítható; ha pedig nagyon folyékony, kevés bolus alba-t tehetünk hozzá. Bomlások elkerülése végett készítésénél fémműszerek kerülendők. (Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie, 29. kötet, 3. füzet.)

Pneumonia crouposa eseteiben Wilson O. Bridges nagyon jó eredménnyel használta a creosotált és a duotált. Az előbbiből 1-25 grammot, az utóbbiból pedig 0-7—0-8 grammot kell adni kétóránként. Még septikus pneumonia eseteiben is eredményesnek bizonyult ezen kezelés. (Journ. of the Americ. med. association, 35. kötet, 2. szám.)

Glycosolvol elnevezéssel egy új szert állított elő Lindner drezdai gyógyszerész; a szer állítólag specifikus hatású diabetes mellitusnál, a mit Dühne dr. saját magán tett és a hallei orvosegyetben előadott észleletei alapján is megerősít. A glycosolvol oxypropionsavnak vegytiszta peptonra és theobrominsavas natriumnak a trypsin zymogenjére való kölcsönös vegyi behatása útján állítatik elő és oly módon hat, hogy már kis mennyiségben is a szénhidratokat gyorsan felbontja assimilálódó termékekre. A szert állítólag már több mint 1000 esetben használták, kivétel nélkül kedvező eredménnyel.

A glykogen Rörig paderborai orvos szerint nagyon értékes erősítő és antiseptikus szer s mint ilyen nagyon jó szolgálatokat tesz különösen tüdőgümőkör és súlyos puerperalis fertőzések eseteiben. Mint-hogy a glykogen a szájból és a gyomorban gyorsan maltose-vá alakul, per os használva kevésbé hatásos; legjobban hat klysma vagy bőr alá fecskendezés alakjában. A maltose-vá gyors átalakulás megakadályozására per os alkalmazásánál mindig kevés ammonium carbonicum adandó hozzá; ezen hozzátétel különben a klysma-alakban való használatkor is előnyös lehet. Az adag nagysága az eset súlyossága szerint nagyon változó. A rendelőmódot illetően szerző a következővényeket közli. 1. Rp. Glycogeni 0-2; Aquae destill. sterilis. 10-0. D. S. Naponként 1—2 km.-t a bőr alá vastagabb canule-lel bíró Pravaz-fecskendővel. 2. Rp. Glycogeni 3-0; Aquae destill. sterilis. 60-0. D. S. Az egészet a bőr alá fecskendezni súlyos septikus lázknál és előrehaladt phthisisnél. 3. Rp. Glycogeni 2-0; Ammonii carb. 0-5; Aquae fontis 50-0. D. S. Klysma. 4. Rp. Glycogeni 5-0; Ammonii carb. 3-0; Sacchar. solubilis 0-9; Pastae cacao purae 8-0. Fiant pastill. No. X. S. Naponként két pastillát. 5. Rp. Glycogeni, Creosoti valerian. aa 0-3. D. ad caps. gelatinos. D. tal. caps. No. 20. S. Reggel és esete egy capsulát. (Aerztliche Rundschau, 1900. 44., 45. és 50. szám.)

A jodipint Klar a schömbergi tüdőbeteg-gyógyintézetben 5 esetben használta. Évek óta fennálló bronchialis asthma egy esetében hosszabb jodipin-használatra kifejezett gyógyeredmény mutatkozott. Heves éjjeli asthmarohamokkal szövődött fibrosus phthisis esetében az általános állapot javult s a rohamok megszűntek. A tüdőre és a gégegre kiterjedő syphilises phthisis esetében tetemes javulás állott be, úgyszintén egy másik, évek óta tartó phthisis-esetben, melynél szintén gyanu volt luesre. Végül az ötödik esetben a gégeben levő gümőkóros hegek felszívódásának előmozdítása céljából adta a jodipint, szintén eredménnyel. (Deutsche Medizinisch-Zeitung, 1900. 97. szám.)

A plasmon Flesch nagyon jó eredménnyel használta lázas fertőző bajoknál és más oly betegségekben is, a melyekben a föveszedelmet a gyors fehérjeszétkezés képezi. A plasmon tudvalevőleg sovány tejből kevés natriumbicarbonat hozzáadásával mechanikai úton előállított fehérjekészítmény, mely finoman szemcsés, szag és íz nélkül fehér port képez; meleg folyadékban csaknem teljesen oldódik, hidegekben pedig kocsonyás tömeggé duzzad. A legkülönbözőbb italokhoz és ételekhez keverve adható, még pedig átlag két kávéskanálnyi mennyiségben. A plasmon a betegnek mindig szívesen veszik és jól tűrik; minthogy a bélsár consistentiáját fokozza, székrekedésre hajlamos egyéneknek tej-cukorral adandó. Használatánál nagyfontosságú, hogy változatos alakban adjuk; erre nézve egy külön plasmon-szakácskönyv áll rendelkezésre. A plasmon nagyon olcsó, két kávéskanálnyi mennyiség ára körülbelül 8 fillér, a napi mennyiség tehát nem kerül többé 40 fillérnél. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1900. 33. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 15. szám. *Weinberger Miksa*: A hideg víz a gyakorló orvos kezében. *Borbély Samu*: A sérvműtészről. *Frank Ödön*: Emlékbeszéd Pettenkofer Miksáról.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 15. szám. *Wagner v. Jau-regg*: Az alkohol mérgező hatása némely ideg- és elmebajnál. *Hirschl*: Alkohol és elmezavar. *Loimann*: A szénsav helyi alkalmazása menstruatio-zavaroknál. *Frank*: Az olmtüzi új állami szülõintézet.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1901. 15. szám. *Donath*: Ophthalmoplegia interior mint a progressiv paralysis tünete; megjegyzések a tabes és paralysis kora felismeréséhez. *Lieven*: Mercurialis tünetek a szájban. *Klein*: A typhus abdominalis kezelése. *Merlin*: Kétoldali veleszületett könyispoly. *Haskovec*: Az alkohol hatása a szívre és a vérkeringésre.

Wiener medizinische Presse, 1901. 15. szám. *Nobl*: Reinfecio syphilitica. *Königstein*: A fersan használatáról chlorosisnál és anaemiánál.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 15. szám. *Fränkel*: Az ornyákhártya hyperaesthesiaja. *Blumenthal és Wohlgenuth*: Glycogen-képződés fehérjétapálás után. *Zabudowski*: A berlini egyetem új massage-intézete. *Warschauer*: Észleletek a vese és az ureter életta na köréből. *Kurth és Sto-vesandt*: Pestis-eset Bremában. *Westphalen*: Az úgynevezett enteritis membranacea. *Köhler*: Az orvos mint szakértő a baleset-biztosításnál. *Meyer*: A rokkant-biztosítás szervezése.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 15. szám. *Sonnenburg*: Megjegyzések a diffus peritonitis kérdéséhez appendicitisnél. *Helbing*: Ritka extraperitonealis cystikus daganatok. *Karo*: Urogenitalis colibacillosis két esete. *Büngner*: Asepsis nyakműtéténél. *Bardeleben*: A teljes gyomorkiirtás casuistikájához (oesophagoenterostomia). *Köhler*: A varróanyag története. *Wolff*: Elastikus katheterek sterilizálása.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 13. szám. *Salistcheff*: Nagy hasfalsérvek gyökeres műtétének technikája. *Frank*: Halálos kimenetelű circulus vitiosus gastroenterostomia után enteroanastomosis daczára. 14. szám. *Kramer*: Irreponibilis alsó állficzámok kezelése. *Kolaczek*: Az alszár ferde törésének kezelése.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 15. szám. *Pfannenstiel*: Gyógyeredmények méhkránál. *Zangemeister*: A placenta eltávolítása külső kézfogásokkal.

Neurologisches Centralblatt, 1901. 7. szám. *Näcke*: Az ikragöresök pathogenesiséhez és klinikájához. *Bikeles*: Az arteria fossae Sylvii egész területe felületes ellágyulásának esete. *Bielschowsky*: Csigolyadaganatok okozta gerinczagy-összenyomás szövettana.

La presse médicale, 1901. 29. szám. *Barié*: A physikalisk jelek változékonysága a mitralis szájadékok szűkületeinél. *Brocq*: A syphilis kezelése higany belső használatával. 30. szám. *Garnier és Lardenois*: Typhusos eredetű pyonephrosis. *Gregoire*: A thyreoidea életana. *Fromin*: A croup kezelése.

Le bulletin médical, 1901. 28. szám. *Picqué*: Sebész beavatkozás puerperalis septicaemiánál.

Progrès médical, 1901. 15. szám. *Vidal*: A serumok a gyógyászatban; organikus serumok.

British medical journal, 1901. április 13. *Ch. A. Morton*: Vastagbél-sebészet. *B. C. Stevens*: Cholecystectomy, részleges hepatectomia és pylorotomy, gyógyulás. *J. M. Clarke és R. G. P. Lansdown*: Agy-sarcoma műtét esete. *A. L. Whitehead*: Az orbita angioma cavernosum. *W. J. Buchanan*: Dysenteria gyógyítása natrium sulfuricummal. *M. J. Wright*: A moszkító-lárva ellentálló képessége hideggel szemben. *Leslie H. Jones*: Visszatérő alkoholos peripherikus neuritis. *J. R. Benson*: Az opticus és a cervicalis idegek neuritisének esete. *F. B. Judge Baldwin*: Idegen test a bronchusban, tracheotomia, gyógyulás. *H. Oliphant Nicholson*: A szív akut dilatatioja. *E. Muirhead Little*: A genu valgum kezelése. *E. S. Yonge*: A tonsilla polypoid növedéke. *A. C. Barron, J. Kingston Barton*: Belső nyílás. *W. McDonald*: Imperforált hymen okozta haematokolpos.

The lancet, 1901. I. 15. szám. *Christopher Addison*: A hasi zsigerek tájböncztana. *W. Rose*: A kora diagnosis és kezelés fontossága a hasi sebész bántalmainál. *E. Stanmore Bishop*: Szülés utáni vérömlés. *A. Cooper*: A lágyékmirigyek megnagyobbodása, különös tekintettel a primaer syphilis diagnosisára. *F. W. Edridge-Green*: Megjegyzések a Holmgren-féle próbára. *F. W. Mott és W. D. Halliburton*: Az ideg-elfajulás chemiája. *C. Killick Millard*: Erythema scarlatiniforme desquamativum. *W. Hunter*: Neutral-vörös a b. coli kimutatására vizben. *J. D. Rawlings*: Kanyaró és diphtheria együttes előfordulása. *W. B. Cheadle és H. Stansfield Collier*: Subphrenikus és léptályog műtéttel gyógyított esete. *W. Gifford Nash*: Appendicitis suppurativa két esete septicaemiával; az egyik eset antistreptococcus-serum használata után gyógyult.

Hetiszemle és vegyesek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 14. hetében (1901. márczius 31-dikétől április 6-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 725,013, katona 16,000, összesen 741,013. Elveszületett 460 gyermek, elhalt 327 egyén, a születések tehát 133-al multak felül a halálozásokat. — Születések arány-

száma: 1000 lakosra: 32.3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 22.9, az egy éven felüli lakosságnál: 18.4, az öt éven felüli lakosságnál: 16.6. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 2, pertussis 4, morbilli 8, scarlatina 4, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 7, meningitis 28, apoplexia 3, eclampsia 10, szervi szívbeteg 28, pneumonia 36, pleuritis 6, pneum. catarrh. 10, bronchitis 7, tuberculosis pulmonum 55, enteritis 11, carcinoma 16, ezek közül méhrák 4, egyéb újképletek 2, morbus Brightii et nephritis 5, veleszületett gyengeség 14, paedatrophia 2, marasmus senilis 18, erőszakos halálozások 11, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 8, bal-eset 3, kétséges 0 (—). II. Betegedés. A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2932 beteg, szaporodás e héten 778, csökkenés 865, maradt e hét végén 2845 beteg. B) Hevenyrágályos kórházban előfordult betegedések voltak 1901. évi április 2-ától április 9-éig terjedő 14. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 38 (49), diphtheria, croup 10 (14) hagymáz (typhus) 10 (10), kanyaró (morbilli) 181 (119), trachoma 5 (3), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 34 (15), orrbőz (erysipelas) 13 (6), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 4 (0), ezenfelül varicella 13 (13).

* A budapesti orvosi casino f. hó 12-én rendkívüli közgyűlést tartott, melynek egyedüli tárgyat Korányi Frigyes tnr. 50 éves orvosdoktori jubileumának megünneplése képezte. Az igen látogatott közgyűlés egyhangú lelkesedéssel fogadta el Liebmann Mór elnök azon előterjesztését, hogy az ünnepeltet a casino első tiszteletbeli tagjává válasza és erről neki egy díszes oklevelet állítson ki.

⊕ A német gynaekologiai társaság május 29-dikétől június 1-éig tartja IX. congressusát, még pedig Giessenben. Tárgyalásra kitérték a méhrákot és az eclampiát. Mint referensek az első tárgynál Freund (Strassburg) és Winter (Königsberg), a másodikkál Fehling (Strassburg) és Wyder (Zürich) fognak szerepelni.

⊗ „Fürdők és nyaralóhelyek” címmel a „Dunántúli közmívelődési egyesület” már több év óta évenként füzetet ad ki, melylyel hazai fürdőinkbe akarja terelni nagyobb tömegben a külföldi fürdőkből és nyaralóhelyekből a közönséget. E hasznos és hazafias vállalatnak most megjelent ötödik évfolyama részletesen ismerteti az összes hazai fürdőt és nyaralóhelyeket. A Fodor Oszkár dr. által gondosan szerkesztett füzetet fentemlített egyesület titkári irodája (Budapest, Kerepesi-út 43.) kívánatra bárkinek ingyen és portamentesen megküldi.

✓ Korányi Sándor dr. egyetemi tanár április hó 18-dikától VIII. József-utca 11. szám, I. em. lakik.

□ Árkövy József dr. egyetemi tanárt a dán fogorvosok egylete a fogászati tudomány és az általános fogászat terén szerzett érdemei elismerésül levelező tagjává választotta.

⊕ Lumnitzer József dr. volt egyet. tanársegédet a vörös-kereszt Erzsébet-kórházhoz osztályos főorvossá választották.

△ A Kézmárczky-féle szülészeti poliklinika segélyét márczius hóban 57 esetben 35 műtétet vették igénybe. Gyermekágyasok látogatásának száma: 35. Évi folyó szám: 184.

+ Lelenczgy. A Fehér-Kereszt Országos Lelenczház-Egyesület márczius hóban felvett a központban 398, tizenegy fiókintézetében 545, összesen 943 lelencz, elhagyatott és árva gyermeket. Ezekkel együtt nevelt a központban 4772, a fiókokban 4683, összesen 9455 gyermeket. Örökbe adható gyermekek bemutatása május hó 3-dikán délelőtt lesz Tűzoltó-utca 9. sz. alatt, a központi intézet földszinti nagytermében.

⊕ Megjelent. Nagy képes világtörténet 105. és 106. füzet: a pápaság és császárság közötti küzdelem történetét tárgyalja. Egy-egy füzet ára 60 fillér.

† Elhunyt. Bizzozero, az általános kórtan tanára a turini egyetemen, 55 éves korában. — Lipthay János dr., Esztergom megye nyugalmazott főorvosa, 71 éves korában április 11-dikén.

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő
Budapestben.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencéiben az ásványvíz naponként négyszer megújul, locális iszapborogatások. Minden nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kitérő szállodák. Vendéglő saját üzemből. 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: Budapesti kir. orvosegyesület. (XII. rendes ülés 1901. április hó 13-dikán.) 277. lap. — Közkórházi orvostársulat. (1901. márczius 13-dikán tartott VI. bemutató ülés.) 279. lap. — A Budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya. (XXVIII. ülés 1900. május 22-dikén.) 280. lap. — Szegedi orvos-egyesület. (XXI. szakülés 1900. december 12-dikén.) 282. lap. (XXII. szakülés 1901. február 13-dikán.) 282. lap.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XII. rendes ülés 1901. április hó 13-dikán.)

Elnök: Bókay János. Jegyző: Wenhardt János.

Elnök: A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Gellért Sándor, Verebely Tibor, Bálint Rezső tagtársakat. Ezután szomorú kötelességként bejelenti *Kresz Géza* dr. és *Sebest Károly* dr. tagtársak halálát; emléküket jegyzőkönyvben örökítik meg. Elhunyt még *Mohr Ferencz* dr., az egyesület hivatalos gyorsírója. Végül még bejelenti, hogy *Weisz* dr. „Aerztliche Gedanken” című könyvét megküldte az egyesület könyvtárának; köszönettel vétetik.

A sebészi vesebajok diagnostikája.

Gellért Sándor: Az utolsó három évtizedben megtanultuk a sebészi vesebántalmakat késsel gyógyítani. Így magától értetődik, hogy az addig divott s főleg a belgyógyászatból átvett diagnostikai módszerek igen hiányosokká lettek, mert nem elégedhettünk meg annak egyszerű constataciójával, hogy vesebaj van jelen s talán legjobb esetben hogy milyen, hanem első sorban teljes biztonsággal kellett kimutatnunk, melyik vese a beteg, milyen és mily fokú az elváltozás és főleg van-e egyáltalában egy másik vese a testben és ha igen, milyen a működési képessége, azaz vajjon meg fog-e felelni a húgykiválasztási feladatnak azon esetben, ha a beteg vese el lesz távolítva. A kérdés két főtényezője tehát: tudunk-e a két vese, a vesemedencék és húgyvezérek állapotáról külön-külön teljes bizonyossággal tudomást szerezni és másodsorban tudunk-e a vesék váladékából — a húgyból — a vesék működési képességére minden tévedést kizáró módon következtetést vonni.

Hogy milyen hiányosak voltak ezen kettős célra nézve a mostanáig ismert módszereink, azt előadó egy példán mutatja ki, például választva a vesedaganatokat. Részletesen kimutatja, milyen ingadozók fizikai módszereink, mint az inspectio, palpatio, percussio, sőt az újabban Albarran által épcn ezen célra kifejlesztett phonendoscopia is. Nem sokkal több biztosságot nyújt a diagnosistnak a Guyon által oly rendkívül élesen megfigyelt haematurie dénonciatrice és csak csekély fontosságot tulajdonít a fájdalomnak, melyek különben teljesen hiányozhatnak. Hogy milyen kevésbé lehetett a régi módszereinkkel ilyen úton azután helyes, biztos diagnosist megállapítani, azt többek között Casper, Guyon stb. esetein mutatja ki.

Hivatkozva a sebészeti vesebajoknak több mint 60 esetében nyert tapasztalataira, melyeket a „Hopital Necker”-ben Guyon és Albarran tanáraival, részben Parteau és Michon urakkal végzett kutatásai alapján szerzett; nemkülönben azon esetekre is, a melyeket Zuckerkandl és von Frisch uraknál észlelt, előadó beszámol arról, mennyiben felelnek meg az újabb módszerek fent felsorolt feladatoknak.

Kimutatja, hogy a fehérnye és a húgyany kiválasztása nem képes útbaigazítani. Így hát az Achard és Castaigne által ajánlott methylenkék kiválasztásban akartak biztos körjelt találni. Előadó kimutatja példákban, hogy ezen jel nemcsak inconstantiája folytán, de mert egy anyagnak, a szervezetben különben elő sem forduló anyagnak kiválasztása vagy ki nem választása nem bizonyít, a diagnostikára nézve nem alkalmas.

Epen így áll a dolog a jodra és a caseinre nézve.

S habár az utóbb említett hiba fennáll a Casper és Richter által ajánlott phloridzin methodusnál is, úgy tekintve azt, miszerint ennél a cukor, mint már bebizonyította van, kizárólag a vesében készül s tekintve az előadó által felhozott példákat, ez utóbbinak nagy diagnostikai fontosságát tulajdoní.

Előadó áttér a Korányi Sándor által a vesebajok pathológiájába bevezetett kryoscopiára, melynek rendkívüli érzékenységét s megbízhatóságát hangsúlyozza. A mint az az egész világon már el van fogadva.

Mindezen felsorolt vizsgálatok természetesen az ureter-catheterismussal voltak kapcsolatban s erről szólva, tapasztalatai alapján következő alaptételeket állít fel:

1. Diagnosis céljából ureter-catheterismust előadó csak akkor és ott végez, a mikor és a hol az anatómiai és chirurgiai tapasztalatok végérvényes helyes diagnosist nem nyújtanak.

2. Az ureter-catheterismusnál ugyan soha infectiót vagy más kellemetlen következményeket nem tapasztalt; mégis nem tagadja, hogy komoly beavatkozás, melynél a lehető legteljesebb aseptis első követelmény.

3. Ezen eljárás komolyságára való tekintettel előadó kívánja, hogy a catheterizáció soha egészséges vesén ne történjék; hanem a menyire emberi tévedés kizárható, ha szükséges, mindig a beteg vese legyen catheterizálva.

4. Minden nephrectomiát, sőt nephrotomiát nem szabadna előbb végezni, mielőtt az ureter-catheterismus által be nincs igazolva, hogy egy másik vese jelen van és hogy az teljesen működésképes.

Illyés Géza: Dollinger tanár úr megbízásából egy pár szóval leszek bátor az I. sebészeti klinikán követett eljárást vázolni:

Egyoldali vesemegbetegedéseknél, a mint már a mult évben e helyen tartott előadásban volt szerencsém részletesen kifejteni, mindig végezzünk cystoskopikus vizsgálatot, illetőleg ureter-catheterizációt. Az ureter-cathetert rendszerint a kóros vesemedencébe vezetjük fel, míg a másik vese vizeletét a hólyagon át fogjuk fel. A cathetert szükség esetén több napig is fekvő hagyjuk s a vizsgálathoz rendszerint 24 órai vizeletmenyiséget használunk fel. A catheternek fekvése hagyása semmi bajt nem csinál, mert egy esetünkben 44 napig volt az állandóan az ureterben.

A vesefunctiot megállapító vizsgálati módszerek közül megpróbálva az össznitrogen és chloridok meghatározását, a methylenkék kiválasztását s a Korányi-féle fagyasztási eljárást, ez utóbbi az, melyet legpontosabbnak, legegyszerűbben keresztülvihetőnek s legmegbízhatóbbnak találtunk s ezért ezt alkalmazzuk.

Eseteinkben felfogván a két vese vizeletét külön-külön legalább 24 órán keresztül, meghatározzuk azokuak fagypontsülyedését s ugyanekkor a venaesectio útján nyert vér fagypontsülyedését is s csak akkor végezzük a műtétet, ha legalább az egyik vese functionaliter épnek bizonyul s a vér fagypontsülyedése normalis.

Lehet végezni azonban bizonyos indicatiók alapján az ureter catheterizációt ép ureterben is s fel lehet azt használni vesebeli, illetőleg hasúri diagnostikus módszerként másféle alkalmazásban is.

Egyik esetünkben egy fiatal nőnél hosszabb idő óta fennálló daganat volt a hasüreg bal felében, melynél hosszas vizsgálat után sem tudtuk eldönteni, vajjon az vándorlóp vagy vándorvese. Imrédy tanár úr is volt szíves az esetet akkoriban megvizsgálni, de megállapodásra jutni ő sem tudott, mert a vastagbél felfújásánál a daganat befelé elhelyezkedése vese ellen szólt, míg a daganatnak a hypogastriumba való letolása-kor a lép helyén levő tomputat jelenléte lép ellen szólt. Mint a műtét-nél kiderült, a lép helyén levő tomputatot a máj bal lebenye adta.

Ezen esetben úgy jártam el, hogy megcatheterizáltam a bal uretert egy olyan catheterrel, melybe egy ezüstsodrony volt mandrinként bele vezetve; felvezettem az így felszerelt cathetert a vesemedencéig s a mozgékony daganatot letolván a hypogastriumba, a beteget Röntgen-fény alatt lefényképeztük. A Röntgen-fénykép mutatta, hogy az ureter lefutása normalis, a vese helyén van, tehát a daganat a hypogastriumban nem a vese. A műtét be is bizonyította, hogy vándorléppel volt dolgunk, melyet Dollinger tanár úr kiírtott s a beteg gyógyultan távozott.

Egy másik esetben, hol vesekömegbetegedésre volt gyanu, ugyanígy jártam el. A mandrinnal felszerelt catheter feltolás közben megakadt. A Röntgen-fénykép itt azt mutatta, hogy a mandrin a crista ilei magasságán alul megzúdik s ugyanitt, homályosan bár, de egy beékelte kö árnyékát lehet észre venni. Dollinger tanár úr ezen lelet alapján a ferde lumbalis metszéssel hatolt be s a követ a jelzett helyen meg is találta s eltávolította. Ezen esetben tehát az így alkalmazott s Röntgen-nel combinált ureter-catheterizáció nemcsak a kö jelenlétét állapította meg, melyet a fényképen, csakis így figyelmeztetve lévén a helyre, láthatunk, mert a kö uratkó lévén, csak kevés árnyékot ad, de annak fekvését is pontosan lehetett lokalizálni, mi a behatolási hely megválasztása szempontjából volt fontos.

Ajánlhatom tehát ezeknek alapján az ureter-catheterizációt röntgen-ésszel combinálva, mint egy oly vizsgálati módszert, mely vesebeli, de hasúri diagnostikus szempontokból is hasznos lehet.

Áldor Lajos: Előadó felemlítette a modern vesediagnostikai eljárások között a phloridzin diabetest is. Szóló egy más kérdéssel kapcsolatban 24 emberen alkalmazta a phloridzin diabetest és minthogy ezen vizsgálatok eredményét már az élettani szakosztályban előadta, itt csak néhány megjegyzést tesz. 0.005 gm. adag, a mint azt Albarran, illetőleg tanítványa Delamare ajánlotta és nem Casper és Richter, mint az előadó úr állította, teljesen elegendő glykosuria előidézésére. Sem localis, sem általános káros mellékhatás még nagyobb adag után sem észlelhető, eltekintve a muló polyuriától. Szükséges ezt hangsúlyozni annyival is inkább, mert *Kóssa* állatoknál albuminuriát észlelt phloridzin után. Ez embereknél nem észlelhető. A phloridzin diabetes egészséges egyéneknek fellép az injectiót követő első félóra végén és három, legfeljebb négy óráig tart. Ez a regularisan lefolyó phlor. diabetes. Minden eltérés, mely akár a cukor fellépésének idejére, akár a glykosuria tartamára vonatkozik, a vese functionalis elváltozása mellett szól. Ezekon kívül azonban épúgy Albarran, mint kivált Casper és Richter nagy súlyt helyeznek a kiválasztott cukor összmenyiségére, a mennyiben 0.5 gm.-on aluli mennyiséget épúgy kórosnak tartanak, mint 1.0 gm.-on felülit. A phlor. diabetes diagnostikai értéke kétségtelen, de szóló a maga részéről sokkal inkább a glykos. fellépésének idejére és tartamára, mint a kiválasztott cukor összmenyiségére helyezné a főszólyt. Mert ha el is ismeri, hogy a kiválasztott cukor összmenyisége az említett határok között ingadozik, ez az ingadozás csak egész általánosságban létezik. Igaz, hogy szóló észlelte, hogy rosszul functionáló vesékből csak 0.4 gm. cukor lett kiválasztva, de másrészt teljesen egészséges vesékből 2.06 gm. cukrot is látott kiválasztásra kerülni. És

azért azt hiszi, hogy ha ezen az alapon összehasonlítjuk a phlor. diabetest a *Korányi Sándor* módszerével, úgy a mint azt *Casper* és *Richter* teszik, úgy exactság tekintetében az a *Korányi*-féle módszerrel semmi esetre sem állja ki a versenyt. A phlor. diabetes egy processus, a mely kétségkívül a vesékben jön létre, kétségkívül, hogy egy megbízható indiciator a vesefunctioknak, bizonyos, hogy értékes részévé váland diagnosticai eljárásainknak, de épen exactság tekintetében nem helyezhető egy sorba azzal a minden ízében exact, tudományos alapon felépült módszerrel, mely hivatva van a magyar kutató elme dícsőségét örökre hirdetni.

Róth Jenő: Előadónak két állítása közül az egyikkel egyetért, a másikkal nem. Tudniillik osztja azt a nézetét, hogy az ureter-catheterismus manapság eminens fontosságú, de ellenzi azt, hogy előadó csak az Albarran módszeréről beszél, mikor vannak újabb, egyszerűbb, javított formájú eszközök is. Nem akar szólni a Schichta, Nietze műszereiről beszélni, de nem járja, hogy előadó ezeket nem említi. Különb. mellékes, milyen műszerrel dolgozunk, csak jártassággal alkalmazzuk.

Előadónak azon megjegyzését is kifogásolja, hogy minden más cystoskopos eljárás gyerekjáték. A törekvés ma az, hogy egyszerűbb és könnyebb eljárásokat is találjanak. Szólok most folytat ez irányban kísérleteket és be fog róluk számolni.

Kövesi Géza: Azon törekvések, a melyek a vesék functio-képességének megállapítására irányultak, két csoportra oszthatók. Az egyik irányzat a vese permeabilitását határozza meg különböző anyagokkal szemben. Ilyenek: a methylenkék, a jodkali-, az urobilin-próba, sőt ide sorozható a phloridzin glycosuria is. A második irányzat a molecula kiválasztás quantitativ viszonyának ismeretén épült fel és cryoskopos név alatt lón ismeretes. A methylenkékkel végzett vizsgálatok azonban nem tekinthetők olyanoknak, a melyekből a vesék functio-képességére következtetést vonhatnánk; mint ismeretes ezen anilin festékanyagok kiválasztása a vesék bizonyos praedilectionális helyeken megy végbe, ugyanis a glomerulusokban, ennél fogva tisztán ezen veserészletek permeabilitása felől adnak felvilágosítást. És minthogy a kóros folyamat localisatioja és kiterjedésének foka szerint a kiválasztási folyamat nagy változatosságot mutat, ennél fogva igen bizonytalan a methylenkék kiválasztási viszonyai alapján a vese permeabilitási viszonyaira következtetni; hogy csak egy észleletet említek, uraemiánál a methylenkék kiválasztása rendes viszonyokat tüntet fel, már pedig nem tételvezhető fel, hogy a vese permeabilitása uraemiánál intact legyen. A phloridzin-próbát illetőleg nem csatlakozhatunk *Casper* és *Richter* nézetéhez, a kik ezen módszert alkalmasnak vélik a még functio-képes parenchyma nagyságának megítélésére; minthogy v. Mehring vizsgálatai több oldalról megerősítést nyertek, tudniillik, hogy phloridzin glycosuria alkalmával hypoglycaemia forog fenn, ennél fogva a phloridzin hatás alatt a vesék permeabilitása a vér cukorral szemben megváltozik, tehát a phloridzin glycosuria sem egyéb, mint specifikus permeabilitási vizsgálat. *Casper* és *Richter* a diagnostikai alkalmazásban a főszínt a percentualis cukortartalomra helyezik, ismeretes pedig, hogy a két vese külön-külön ugyanazon idő alatt nem választ el ugyanannyi vizeletet és ekként a dilutio különböző foka folytán létrejött különbségek diagnostikai tévedésekre adhatnak alkalmat; továbbá épen *Casper* és *Richter* adatai között, a melyek normalis esetekre vonatkoznak, kétfőben a kétoldali vizelet cukortartalma között lényeges különbségek vannak, ugyanis: 0.4—0.5%.

A cryoskopos vizsgálatok azon felvételből indultak ki: mint-hogy a vese egy higabb oldatból, a vérből, egy töményebb oldatot, a vizeletet készít, ennél fogva a két oldat concentratiojának különbsége volna a vese munkájának mértéke. Azonban ez téves volt, minthogy nem határozható meg, ha szabad így kifejeznem magamat, a vese belső munkája, a mely sematikusan vízfelszívó, vízelválasztó, specifikus selectio működésre osztályozható. Ismeretes, hogy a vese vízelválasztó működése normalis viszonyoknál milyen latitude-ök között ingadozik és épen ezen tulajdonságoknál fogva alkalmasak a vesék első sorban is a szervezet víz oeconomiájának szabályozására. Ellenben a vese-parenchyma megbetegedéseknél a hígító képesség lényegesen csökkent, sőt extrem esetekben teljesen megszűnt. Ki kell emelnem, hogy épen a vese-parenchyma megbetegedéseinek csökken a vesék alkalmazkodó képessége a vízfelvitelhez. Interstitialis folyamatoknál a vesék ebbeli képessége megtartott.

Tehát a vese-parenchyma megbetegedéseinek a vesék secretiois niveauja csökkent és constansabb, azaz a normalis viszonyok között fennálló bizonyos fokú függetlenség, a mely szilárd moleculák kiválasztása és a víz diuresis között fennáll, lényegesen korlátozott. Cél szerűnek vélném az ureter catheterismussal kapcsolatban a vesék hígító képességének vizsgálatát is eszközölni, minthogy ezen módszerrel physiologikus ingert alkalmazunk, nem pedig, mint a phloridzinnél, egy a vesék számára abnormis ingernek hatását figyeljük meg.

Ihrig Lajos emlékeztet egy tavaly január 26-dikán Wein Manó által bemutatott esetre. 22 hónapos leánygyermeknél hasúri daganat volt a bal hypochondriumban. Jobb vese kitapintható volt. Bókay akkor a retroperitonealis mirigyekből kiinduló lymphosarcomának tartotta, szívol pedig vesesarcomának. A próbaparatomia, mely összenövéseket derített ki, szívolnak adott igazat, a daganat a vesével függött össze. A gyermek elhalt, boncolat nem történt.

Kosztka Emil: A vese functio-képességének diagnostikus célból való meghatározása élenken foglalkoztatja az utóbbi időben a szakembereket és a szakirodalom nagyszámú ez irányban tett kísérletekről számol be.

A vesék sebészeti bántalmainak biztos diagnosa s ezzel kap-

csolatban azok functio-képességének meghatározása égető kérdést képez a sebészeti indicatio és prognosis megállapításánál.

De nagyon jól tudjuk, hogy mily nehézségek merülnek fel ezek megállapításánál és ezen homály és bizonytalanság folytán elég gyakran, mint az irodalomból tudjuk és az előadó tagtárs úr is felemlíté, a sebészi beavatkozással a helyett, hogy a beteg életét megmentették vagy meghosszabbították volna: a lethalis kimenetelt szívtették, leggyakrabban azért, mert a visszahagyott s elégséges functiora képesnek hitt vese egymagában nem volt képes a reá hármló feladatot teljesíteni.

Az előadó, valamint az előttem szóló urak a *Korányi Sándor* tanár fagyasztási módszerét vélik legelőnyösebbnek.

En uraim *Korányi* és *Illyés*, *Albarran*, *Kümmel* és legutóbb *Casper* és *Richter* casuistikáját s egyéb erre vonatkozó irodalmat áttanulmányozva, azon tanúsígot merítettem azokból, hogy az eddig alkalmazott módszerek egyike sem feltétlen megbízható, mert látjuk *Casper* és *Richter* némely esetében, hogy a vér és a vizelet fagypon-tjának meghatározása után az egyik vese kórosnak, míg a másik épnek találtatott és csakis phloridzin negativ reactioja engedett az eddig épnek tartott vese kóros voltára következtetni és viszont, midőn a vér és a vizelet molecularis concentratiojának foka vezetett a helyes diagnosira. Korainak tartom még ez idő szerint dönteni a felett, melyik a legjobb módszer s melyik vezet legbiztosabban célhoz. Főlőleges a felett is vitatkozni, melyik módszernek van a másik felett előnye, de használjuk fel az eddig felderített vizsgálati módszereket és segédeszközöket arra, hogy a vesebetegségek gyakorlásában a sebész épen olyan öntudatosan és biztosan járasson el, mint ma a cystoskopia segítségével a hólyag bántalmainál az esetek többségében vagyunk képesek eljárni. A phloridzin reactio és *Korányi* fagyasztási eljárása tényleg leginkább kiemelkedik a methodusok sorából, de eszembe jut Thompsonnak azon újon-gó felkiáltása, melyre akkor fakadt, midőn 1884-ben az általa diagnostikus célból a gáton át végzett húgyhólyag digitalexploratorról szólott: „Nem tudom, vajon a legbátrabb vadász valamely kockázattal vállalkozásnál, vagy egy ismeretlen föld fáradozatlan és elszánt kutatója a hosszú és türelmes munka sikerénél boldogabb pillanatokat él-e, mint az a sebész, ki hosszú fáradozás és kísérletezés után egy a biztos halállal fenyegető bajnak titkos és rejtett okát felfedezi és ez által képes az életet megmenteni.”

Gellért Sándor nem tudja, miért tartják az I. seb. klinikán 24 óráig benn az ureter-cathetert, mert a *Korányi Sándor* methodusára nézve elég a 25—30 perc, legfeljebb 3 óra alatt nyert vizeletmennyiség is. Szólok párisi és angol mestereinél nemcsak egy methodust látott alkalmazni, hanem az összes rendelkezésre álló methodusokat, a histologiai, vegyi, mikroszkopiai vizsgálatokat. Azonban a világ nem látja olyan rózsás színben a vese-catheterismust, mint mi, mert legutóbb is két collega tagadta ennek jogosultságát. És *Israel* is azt mondta, hogy soha nem engedte magát végezni, ezért is nem ajánlatos 24 órára kinyújtani. Therapeutikus szempontból esetleg lehet fekvő hagyni az uretert, de csak addig, míg okvetlenül szükséges. Egy órán túl senki sem hagyja benn.

A mandrinnal való könnyebb photographálást sem érti, bár uratkó lephotographálása esetleg sikerülhet. Radiographia nem sokat ér a kövek diagnosticájában.

Róthtal szemben megjegyzi, hogy nem szándékozott az összes műszereket felsorolni, csak azt, a melylyel dolgozott. Hiszen Amerikában újabb 32-féle szerkesztettek.

Hogy nem cystoskopikus úton is próbálnak valamit tenni, concedálja, így *Kelly* nőnél húgycsőspeculummal térdkönyökhelyzetben vizsgál, de ez csak ép húgycsőnél vihető keresztül és egyéb károk mellett pl. levegőt vihet be a hólyagba. Olyan módszer, mely az ureter-catheterezést pótolná, nincs. A „Harnasecretor” nem mutatja a vesemedencze-beli állapotokat. Hisz újabb azt is ajánlották, hogy a vaginából tapintsuk ki a hólyag alapján, melyik oldalon jön erősebb sugár az ureterből.

Nagyobb horderővel bír az, hogy némelyek az ureter-catheteris-musnak elébe helyezik a próbaparatomiát, pl. *Koppenhágában* *Bloch*, továbbá *Israel*, *Basi*, *Bloch* 36 esetet közöl. Ő pl. egy asszonynál, kinek kis daganata volt, vizeletében kevés fehérség és vér, micrococcus és kerek hámsejtek, régi pyonephrosist állapított meg. Előbb aspirálta a vesedaganat tartalmát és földes folyadék, cholestearin-jegeczek, felhám-sejtek, huyany, húgysav nem volt, csak kevés vér. Tumor renist állapított meg. Lumbalis metszéssel kivette a vesét, nem látott rajta semmit, aspirálta a vesetartalmát, tiszta húgyot kapott, nephrotomiát végzett, szép vese volt, majd részleges nephrectomiát csinált, a microscop egés-séges vesét mutatott. Aseptikus módszerrel bevarrták, az asszony meg-gyógyult.

Ellenben *Israel* egy esetben tumor pelvis renist diagnostizált abból, hogy a bal vese néha megnagyobbodott és megint megkisebbedett, meg-operálta és diónagyságú tumort talált. Az ilyen művészet előtt meg kell hajolni, de általánosságban olyan methodust kell szerkeszteni, melyet mindenki használhat.

Illyés Géza: Előadó téved, ha azt hiszi, hogy az I. sebészi klini-kán megelégszünk a vizelet megfagyasztásával a vesebajok kórisme-zésénél. Természetes, hogy a többi vizsgálati módszerek, mint a tapintási eljárások, vizeletvizsgálat stb. minden esetben végezteknek, itt azonban csak a vese functio vizsgálati módszerekről lévén szó, én is csak erről beszéltem s állítottam, hogy ezen módszerek közül mint a legjobbat a *Korányi*-féle fagyasztási eljárást használjuk.

A cathetert azért hagyjuk benn legalább 24 óráig, hogy 24 órai vizeletmennyiséget kapjunk a vizsgálat céljára, mert így véljük legjobban kizárhatni az evéstől és ivástól függő napi ingadozásokat,

melyek bizonyos esetekben, például kétoldali vesemegbetegedéseknél tévedésre adhatnak alkalmat, épen a fagyasztási eljárás szempontjából; a methylenkék kiválasztás vizsgálatánál pedig, ha a kiválasztás tartamát és jellegét tudni akarjuk, még hosszabb ideig is fekvé kell hagyni a cathetert. Különben is az semmi bajt nem csinál.

Róth Jenő elismeri újból az ureter catheterismus jogosultságát és nem tartja pótolhatónak más methodussal. Vannak törekvések, melyek egyszerűsíteni törekcsenek a vizeletnyerést, de ezek nem helyettesíthetik az ureter-catheterismust. Vannak egyszerűbb műszerek is az Albar-
an-énál.

Gellért Sándor a mandrint illetőleg most is azon nézetben van, mint előbb. Szólv csak azon methodusról referált, melyet maga is kipróbált.

(Folyt. következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(1901. márczius 13-dikán tartott VI. bemutató ülés.)

Elnök: Bradách Antal; jegyző: Terray Pál.

(Vége.)

Intussusceptio ileo-coecalis miatt végzett bélresectio.

Lipscher Mór: M. Mihály 18 éves homonnai napszámos, kinek családjában gümös megbetegedés nem fordult elő, 1900. június hó 17-én öt nappal kórházba való felvétele előtt betegedett meg. Szántás közben hirtelen oly heves hasfájdalmak lepték meg, hogy összeesett és kocsin kellett lakására szállítani. Még aznap hányt, szék- és szélrekedés állott be, melyet sem hashajtókkal, sem beöntésekkel megszüntetni nem lehetett, miért is orvosa dr. Matolay kartárs belső béllezárodás gyanuja miatt Budapestre szállíttatta.

Felvételekor (1900. június 22-dikén) a sovány, korához képest gyengén fejlett férfibeteg kissé elesett, pulsusa 100, respiratio 32, nyelve száraz, sűrűn hány. Az erősen puffadt hasban jobboldalt a köldök fölött egy elmosódott határu, mintegy két ökölnyi, hosszúságú, ruganyos resistentia volt tapintható főleg a sűrűn jelentkező kolikaszzerű fájdalmak alatt, míg a göres szüntével a daganat megpuhult, határai elmosódtak.

Miután többszöri magas beöntés eredménytelen nem járt, Hochhalt főorvos a beteget műtét céljából belső béllezárodás diagnossal Herczel magántanár osztályára tette át, kinek megbízásából Lipscher dr. végezte a műtétet 1900. június 22-dikén, három órával a beteg felvétele után. A hasüregek megnyitására mintegy 2 liternyi tiszta savó ürült. A nagy fokban tágtult vékony bélkaesoknak részleges kigördítése után kitűnt, hogy invaginatio ileo-coecalis az oka a béllezárodásnak. Az ileum legalsó része a coecummal és féregnyúlvánnyal együtt a felhágó vastagbélbe becsúszott. Ez által a colon ascendens 15–17 cm. hosszú hengeres daganattá változott, mely a gerincoszlop jobb oldalán feküdt, teljesen rögzítve a hátsó hasfalhoz. A desinvaginatio mérsékelt húzásra nem sikerült, nagyobb erőt kifejtani pedig nem látszott tanácsosnak, mert a belépés helyén megtört ileum oly halvány volt és annyira elvékonyodottnak látszott, miszerint félni kellett, hogy be fog szakadni, mely incidens ezen esetben okvetlenül a peritoneum fertőzéséhez vezetett volna, mert itt a hasüreg mélyében a puffadt vékonybélkaesokat a bemocskolás ellen kellőképpen megvédeni lehetetlen lett volna.

Egyrészt ez okból, másrészt azon tapasztalati tény által indítva, hogy úgy mint a volvulusok, az invaginatio is elég gyakran recidiválnak, elállt a további desinvagináló kísérletektől, hanem bélresectiot végzett. Nagy nehézséget okozott a bélnek rögzítettsége a hátsó hasfalhoz, miért is a bél leválasztását jóval az invaginatio fölött a colon ascendens közepe táján kellett megkezdni, hogy tért nyerjen a rögzített invaginált bélrészletnek leválasztásához. A haránt vastagbél és a tágtult ileum harántul átvágatott és a két bélesonk Murphy-gombbal egyesítettett. Vastagbélresectioknál, mint azt Herczel már több ízben hangsúlyozta, a gomb lehetőleg kerülendő, de ezen esetben az öt napi obstructio folytán elgyengült betegnél a műtétnek gyorsítása céljából mégis a Murphy-gyűrűt alkalmazta. A hasüreg teljesen elzáratott.

A kiirtott bélrészleten a desinvaginatio elég könnyen sikerült. Ekkor kitűnt, hogy az intussusceptum a flexura hepaticáig ért, a külső és belső bélrészlet fala nagy fokban, helyenként 1 1/4 cm.-nyire is meg volt duzzadva és véresen infiltrálva. A coecumban két ezüstforintnyi elhalás, mely azonban csak a mucosára és submucosára terjedt ki. Az ileum az invaginatio nyakán igen halvány ugyan és elvékonyodott, de elhalást nem mutat. A processus vermiformis mellett hüvelyknyi vastag, 10 cm. hosszú mirigypamat. Eltávolított az egész felhágó vastagbél a coecummal és féregnyúlvánnyal együtt 55 cm.-nyi hosszban és 17 cm. hosszú ileumrészlet, egészben 72 cm. hosszú béldarab.

A beteg a beható műtét után collabált, de a konyhasó-infusiók ez esetben is beváltak, másnap már elég jól érezte magát a beteg. Harmadnap spontán székletét, nyolcadik napon távozott a gyűrű. Teljesen láztalan lefolyás.

Háromnegyed év mult el a műtét óta, a beteg nehéz favágó mesterségét folytatja, panaszai a bélhuzam részéről nincsenek.

Vajjon a műtét alkalmával a hasüregben talált savó az invaginatio okozta stasisnak volt-e a következménye vagy pedig gümös peritonitis volt-e jelen, azt eldönteni nem lehet. A vékonybél-kacsokon elszórtan látszóttak ugyan tuberculumokra gyanus csomók, de jelenleg majdnem egy évvel a műtét után a hasürben sem izzadmányt, sem egyéb megbetegedést kimutatni nem lehet.

Plastikai operatiók.

Fischer Aladár: Bemutató kiterjedt pofarék három operált esetét mutatja be. A pofa kiterjedt rákos elfajulásánál az a feladat, hogy a defectust, mely a kiirtás után támad, úgy tudjuk pótolni, hogy egyrészt az arc külseje olyan legyen, hogy a beteg a társadalomba ismét visszatérhessen, másrészt a száj functioi evésnél, beszédnél ne szenvedjenek. Mindezt pedig lehetőleg egy csapásra kell igyekeznünk elérni, mert ha oly methodust választunk, mely több műtétet egymásután tesz szükségessé, úgy megeshetik, hogy előbb lesz meg a recidiva, mintsem a defectus pótlása sikerül, minthogy a szóban forgó rákok igen malignusak.

Mindezeket szem előtt tartva, bemutató kettejében a bemutatótt eseteknek, mikor azokat Navratil tanár osztályán megoperálta, úgy járt el, hogy a rákot a bucca egész vastagságának megfelelőleg kiirtván, a hiány pótlására egy négyszögű nyaki lebenyt alkalmazott. A lebeny a nyak bőrét, a platysmát és a felületes nyaki pólyát foglalja magában és széles alapja a sterno-cleido-mastoideus mellső széle felső felének felel meg. Ezen lebeny előnye, hogy az széles alapjánál és vastagságánál fogva jól táplálkozik, el nem hal, a vastag pofához jól hozzá varrható és lepraeparálása után a regio submaxillaris fel van tárva és így a Gussenbauer-féle követelményeknek a mirigyek gyökeres kiirtását illetőleg eleget tehetni. Ezen eljárás követése által, mint a bemutatótt esetek igazolják, a fent jelzett célok mindegyikét sikerült bemutatótnak elérni. A bemutatótt harmadik esetben a rákos elfajulás már az alsó állkapocsra is áttért. Bemutató tehát az alsó állkapocs balfelét az első incisívustól az angulusig resecálta és azután a submaxillaris mirigyeket irtotta ki, a defectust pedig a sebszéleknek T-alakban való összevarrásával zárta.

Ritka bacteriologiai lelet meningitis cerebrospinalisnál.

Jassniger Károly: Tudvalevőleg a genyes meningitis cerebrospinalisnak két fajtát különböztetjük meg. Az epidemicust, melynek aetiologiájára nézve a vélemények a Fränkel-féle diplococcus pneumoniae és a Weichselbaum-Jäger-féle meningococcus intracellularis közt oszlanak meg. Nehéz pontos adatokkal egyik vagy másik állítást támogatni, mivel számos epidemiánál bacteriologiai vizsgálat egyáltalán nem történt.

A nem járványos jellegű sporadikus agygerinczagyburoklob kórköri tanában felemlítve található a Fränkel-féle pneumococcus, a streptococcus, a typhus- és influenza-bacillus.

Jelen esetben, melyről előadó főnöke Hochhalt m. tanár szívességből referál, a kórokozó a diplobacillus pneumoniae Friedländer volt. Az eset P. L. 16 éves hentesinast illet, ki f. év február hó 20-dikán rázóhideggel hirtelen megbetegedett és másnap soporosus állapotban szállítottatott Hochhalt osztályára. Nagy tarkó- és hátfájdalmak, tarkómerevség és az egész gerincoszlop érzékenysége, herpes labialis képezték a kimagasló tüneteket, melyeket kiegészített a nagy pupilladiferentia és a betegség harmadik napján egészen kifejezett Kernig-féle tünet. A hőmérsék állandóan a 39° C.-t meghaladta, igen mérsékelt irregularis remissiókkal. Az eszméletlenség a betegség utolsó két napján vált csak teljessé, incontinentia urinae et alvi az egész betegség idején, mely a betegség hetedik napján végződött halálosan, fennállott.

A Feldmann tanársegéd végezte boncolás az agy és gerinczagyburok genyes lobját mutatta ki. Az agy- és gerinczagyburki genyből vett festett fedlemezipreparatumon a genysejtekben és azokon kívül halvány udvarral körülvett, páronként elhelyezett, rövid, legömbölyített végű bacillusok láthatók, melyek hossz tengelyük irányában egymással szemben fekszenek.

A genyből oltottak agarra és bouillonra.

A 24 óra utáni vizsgálat alá került talajok következő külsőt mutattak.

Az agaron élesszélű, buja fehér lepedék, a bouillon egyenletesen megzavarodott, felületén vékony hártácskát mutat. A gelatina-lemez felületén apró csillogó, kiemelkedő coloniák. A gelatina szűrési culturája a szűrési csatorna egész hosszában megeredt és 48 óra múlva a beszűrési helynek megfelelőleg kiemelkedő szögfejalakot mutat. Ezen culturából történt oltás tejbe, mely meg nem alvadt, továbbá szőlőcukros agarba, melyen gázfejlődés indult meg.

A tenyészetekből vett festett fedlemezkészítmények a gerinczagyburok genyből vett és festett készítményen látható diplo-bacillusokkal egészen azonos diplobacillusokat mutattak, azonban tok nélkül. E bacillusok Gram szerint nem festődtek, a függő cseppben nem mozgáltak.

Fennmaradt még a bacillusok pathogenitásának vizsgálata. E végül egy bigított bouillonculturának 1/2 köbcimtimeterét házinyúl hasürébe fecskendeztek. A házinyúl mindaddig egészséges. Az egér az oltás utáni 12. órában elpusztult. A beszűrési hely reactionmentesnek, a hashártya azonban fényvesztettnek, helyenként belőveltnak mutatkozott.

A szív véréből vett praeparatumon ismét csak tisztán a gerinczagy geny praeparatumával és a culturalis lelettel egyező kép találtatott: a tokos diplobacillus.

Kétséget nem szenvedett tehát, hogy úgy a biologiai, valamint a pathogen és tinctios tulajdonságok alapján kimondhattuk, hogy jelen esetben mint kórokozóval a Friedländer-féle pneumobacillus állunk szemben.

A pneumobacillus a különféle táptalajokon már szobahőmérséknel is igen jól nő, ugyanúgy viselkedik a Fränkel-diplococcus, míg a meningococcus intracellularis csak tenyészőnél nő jól és culturái 48 óra után érik el teljes kifejlődésüket.

Ezen körülmény azon kételyt támaszthatná, hogy jelen esetben a pneumobacillus mint kísérő volt jelen egy más jellegű fertőzésnél. Ezen feltevést elejétől fogva megdönti a gerinczagi genyből vett fedlemez-készítményen látható kép, mely tisztán és egyedül csak pneumobacillust mutat.

E lelet ritka és érdekességét nagy mértékben növeli azon körülmény, hogy egyedül találtatott más kísérő bacteriumtól menten.

Egyrészt azon tény, hogy a szóban forgó betegség az emberi szervezetnek a különféle bacteriumok beözönlése ellen egyik legjobban védett helyét foglalja el s így kevert infekciók csak ritkán létesülnek, másrészt azon körülmény, hogy a bacteriumok könnyen tenyésztethetők, okozták a meningitis cerebrospinalis irodalmának nagy fellendülését. Ennek dacára pneumobacillus-fertőzés közlésével csak elvétve találkozni.

Sajnos, megbízható statisztika föl nem állítható, éppen a számos meg nem vizsgált eset miatt. Az irodalomban felhozottakra csak annyiban akar előadói reflectálni, hogy Netter, Weichselbaum és Etienne egyes esetei mellett Wolf statisztikájára hivatkozik, melyben 177 meningitis cerebrospinalis-eset közül 1.13%-ban a pneumobacillus szerepelt mint kórokozó. Majdnem hasonló arányt találtak Councilman, Mallory és Wright, kik 111 esetet tettek vizsgálatuk tárgyává és csak egy esetben találtak a diplobacillussal, a mi 0.9%-nak felel meg. Ezen eset azonban meningococcussal kevert fertőzést volt.

Feldmann Ignác: A bemutatott eset bakteriologiai szempontból az I. számú kórboneztani intézetben is vizsgálat tárgyát képezte és úgy a meningealis genyből festett készítményekben látott, mint a belőle megfelelő talajokon kitenyésztett mikroorganizmusok Friedländer-féle bacillussal identikusoknak bizonyultak. A culturákon fejlődött bacillusok virulenciája oly nagyfokú volt, hogy nemcsak az intraabdominalisan, hanem a subcutan fertőzött fehér egerek is 12 órán belül elpusztultak. A genyes meningitisnél ritkaság számba menő eme bakteriologiai lelet mellett azonban az esetnek más érdekessége is van, a mennyiben a bacteriumok behatolásának kapuja gyanánt oly helyet sikerült felszólalónak megállapítania, melyet a meningitisekről vizsolt kézművekben, mint az infectio kapuját, különösen az adott viszonyok közt, ritkán szerepeltettek.

A gerinczvelőn hátul a nyaki szelvény alsó részétől, mellül a háti szelvény középtől lefelé terjedő, a koponyafürről belül pedig a chiasma, fossa Sylvii, pons, nyúltvelő, a kis agy felső és hátsó szélé táján localizálódó lágyburki genybeszűrődés mellett ugyanis feltűnt, hogy a clivus Blumenbachinak és főleg jobboldalt az ikosont nagy szárnynak megfelelőleg a kemény burok belső felülete sűrű zöldes-sárga genyvel van borítva, melybe az oculomotorius bele volt temetve; a Gasser-dűz duzzadt, fellazult és belövelt volt.

A genyes pechymeningitis interna és sinus phlebitis jelenléte a koponyához tartozó különféle melléküregek, nevezetesen pedig az orr és melléküregei részletes vizsgálatára indították. A dobúr, orr, Highmor-barlang, homloküreg, rostasejtek nyálkahártyáján szembevető elterést nem talált, ellenben a sinus sphenoidalis felvételénél mindjárt sűrű geny nyomult elő s itt a nyálkahártya duzzadt és belöveltnek mutatkozott; a sinus csontos fala kissé vérbő volt, de elhalásnak nyoma sem látszott rajta. E bonczolási lelet alapján már jogosan lehetett következtetni, hogy itt a meningitis az ikéből eredő infectio következménye; az infectio útja pedig olyformán képzelhető el, hogy a mikroorganizmusok az ikéből csontos falának erein át hatoltak a sinus cavernosusba és ott phlebitist létesítve, az idegek (különösen a nerv. oculomotorius) mentén a kemény burok belső felületére, majd pedig a lágy burokra jutottak. A boneztani kép után várható volt, hogy a sinus sphenoidalis genyében ugyancsak Friedländer-féle bacillusokat sikerült kimutatnia.

Erdekes ezen esetben az is, hogy azon esonton, melyen a bacillusok átvándoroltak, csekély vérbőségen kívül más változás nem látszott, holott közönségesen caries vagy necrosis, vagy más perforatio szokott azon esonton jelen lenni, melyen a mikroorganizmusok a koponyafürré hatolnak, mint azt otitis mediánál oly gyakran látjuk.

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(XXVIII. ülés 1900. évi május hó 22-dikén.)

Elnök: Kézmárczky Tivadar; Jegyző: Tóth István.

(Vége.)

IV. Sarcoma lig. rotundi.

Frigyesi József: A ligamentum rotundumból kiinduló primaer dermoid daganatoknak egy klinice és histologic egyaránt érdekes esetét van szerencsém bemutatni Tauffer professor magányakorlatából.

43 éves hajadon, nullipara. Menstruationalis viszonyok 37 éves koráig rendben, ez idő óta menstruatioja elmarad. Jelen baja két és fél év óta, különösen nagyobb mozgás után jobboldali alhasi fájdalmakat okozott, de egyébként egészen az utolsó félévig semmi nagyobb kellemetlenséggel nem járt. Ez utolsó félévben hasa rohamosan növekedett, miért is vidéki kartársak két ízben hasi punctiót végeztek, mindkét-szer néhány liter folyadékot távolítottak el. A második punctio óta betegünk bal alsó végtagja megdagadt; e miatt, valamint ismét fokozódó légzési nehézségei miatt vétette fel magát a sanatoriumba.

Erősen lesoványodott, anaemikus, cachectikus külsejű nőbeteg,

mellkasi szervei épek. Vizeletében idegen alkatelemeket kimutatni nem tudunk. Has nagy fokban tárgult, hasfalzat vékony, feszes, nem redőzhető.

Alhasban jobboldalt egy nem mozgatható, kemény, tömött, gyermekfejnyi képlet tapintható.

Has minden irányban fluctuatiót ad. Hüvelyi vizsgálat: Hymenalis gyűrű ép, portio conikus, vaginalis, magasan, uterus szabadon mozgatható. A fenn említett jobboldali resistenciára kívülről gyakorolt nyomást az uterus nem közvetíti. Az uterusnak e tumorhoz való közelebbi viszonya a nagyfokú ascites és feszes hasfalzat miatt nem állapítható meg. A bal nagy ajk, ezomb, alszár nagy fokban oedemás. A diagnózis ezek után egy, mindenek szerint malignus, jobboldali ovarialis tumor, valamelyik bal medencebéli vena thrombosisával.

A beteg állapota a beavatkozást sürgette s így Tauffer tanár egy exploratív laparotomia végzésére határozta el magát.

A műtétet a nálunk szokásos morphium-chloroform-narcosisban végeztük. A linea alba mentén megejtett bemetszés és 8—10 liter szabad hasvíz kieresztése után látjuk, hogy az uterus magasra felhúzza és kissé balra kihelyezve foglal helyet; jobboldali mellső szélé és a hasfal között egy kis gyermekfejnyi, tömött, kemény, nagyjában ovalis alakú képlet, mely egyrészt egy rövid, vastag, köteges kocsány útján az uterus jobb sarkával, a jobb ligam. rotundum eredésének megfelelő helyen, másrészt egész domború felületével szélesen a hasfallal függ össze. Jobboldali lig. rotund. nincs. Mindkét oldali tuba és ovarium a dislocationnak megfelelő helyen normalis nagyságúnak találtatott. Nyilvánvalóan a jobb lig. rotundumból kiinduló tumorról állunk szemben, a lig. rotundum maga mindenek szerint feloszlik a tumor tokjában. A canalis inguinalis belső nyílása a daganat és hasfal közötti széles, kiterjedt összenövés miatt nem hozzáférhető.

Hozzáfogunk a tumor eltávolításához: az uterusallal való összeköttetését, a rövid, vaskos kocsányt, két részletben való körülvágás után átmetszszük, majd a hasfalról való leválasztást kísértjük meg, ez csak késsel sikerült; az így keletkezett erős vérzést az egész felület paque-linezésével tudjuk szüntetni. Hasfalat zárjuk a szokott módon: a fasciát egyesítve tovaftató cumol catgutvarrattal, az összes rétegeket átjáró ezüst sodronyvarrattal. Nyomókötés, jégtömlő.

A beteg az egész beavatkozást jól viselte el, gyógyulása teljesen zavartalan, a tizenhatszadik napon felkelt s a 25 dik napon távozott az intézetből; sem az ascites, sem a bal alsó végtag oedemája eddig nem jelentkezett, sőt mint egy tudósításból látom, ma, hat hétre, a műtét után sem léptek fel erre valló tünetek. A tumort a histologiai vizsgálat, melyet a II. szül. klinika laboratoriumában végeztünk, fibrosarcomának diagnosztizálta.

A míg a tumornak e malignus volta az ascitest teljesen megmagyarázza, addig a bal alsó végtag oedemája nem egészen tisztázott kérdés, nevezetesen nem az oedema megszűnése és a műtét közötti összefüggés. Az uterus kissé balra volt ugyan áthelyezve, de nem annyira, hogy nyomást gyakorolhatott volna a bal medencezefélre, illetve a bal synchondrosis sacro-iliaca tájára; s így inkább valószínű a másik feltevés, hogy ugyanis ez oedema megszűnésében nem annyira a műtét, mint az utána következett csaknem három heti fekvés játszott a főszerepet. A ligamentum rotundumból kiinduló primaer daganatokkal először Duplay foglalkozik 1882-ben megjelent közleményében „Contribution à l'étude des tumeurs du ligament rond”, de nagyjában az egész mai irodalom a Sanger nevéhez fűződik. Sanger irodalmi adatokra és saját tapasztalataira támaszkodva bebizonyította, hogy úgy a ligam. lata, mint a lig. rot. primaer daganatképződésnek lehetnek kiinduló pontjai, majd az addig szétszórtan ismertettet tizenkét esetet táblázatba gyűjtötte s a lig. rotundum primaer dermoid daganatait mint önálló csoportot behatóan tárgyalta. (Arch. für Gynäkologie XVI. és XXI. kötet.) A ligamentum rotundum topographiáját véve alapul, felosztja e tumorokat intraperitonealis, intracanalicularis és extraperitonealis csoportra, felvéve még egy negyedik csoportot, az extraperitonealis csoportba tartozó, de a ligamentum rotundumtól távolabb fekvő tumorok csoportját. Míg az intracanalicularis csoport főképp a sebészeket foglalkoztatja, hiszen leggyakrabban mint cseplesz- vagy bélsér, vagy mint lymphoma kerül észlelés alá, addig az intraperitonealis csoport a gynaekologusokat érdekli inkább. Még nem tudjuk, vajjon sajátos véletlen-e csak, avagy más körülmény az oka annak, hogy e tumorok, mint esetünkben is, feltűnően gyakrabban indulnak ki a jobb mint a baloldali lig. rotundumból. Szövet-tani szerkezetük azonos az uterus primaer dermoid daganatainak szerkezetével; fibroma, fibromyoma, a lig. rotundum centralis részében bőven található sima izomszövetből kiindult leiomyoma, fibrosarcoma, stb. mind lettek ismertette, sőt már adenomyoma is. A retrograd metamorphosisok minden féléseit átsejtenedhetik (ellágyulás, elzsírosodás, elmeszesedés stb.)

Növekedésük e tumoroknak általában lassú, sőt évekig megállapodnak egy nagyságban, míg hirtelen rohamos növésnek indulnak, a mit jelen esetben a malignus degeneratio, máskor egy közbé jött graviditas, majd gyakran az intracanalicularis csoportnál téves diagnózis folytán rendelt és állandó mechanikus ingerként ható sérvkötő egyaránt okozhat. Az intraperitonealis, helyesebben intrapelvin csoport daganatait műtét előtt diagnosztizálni csak legkritikább esetben lehet, áttapintásra alkalmas hasfalzat, kitapintható adnexumok s az uterusól oldalt, mellül elhelyezett solid képlet felkeltheti bennünk egy ligam. rotund. tumor gyanúját, de legtöbbször e kép összenövésekkel zavarva van egyrészt, másrészt az által, hogy a tumorok a ligam. latum. mellső lemezét fel-emelve, növekedésükben az ovariumokat hátra- és felfelé dislocálják, még nehezebbé teszik az eligazodást, úgy hogy az esetek nagy számában, ha Terrillon-nak ajánlatát elfogadva, térdkönyök fekvésben per

rectum is vizsgálunk, ismételtén fogjuk a diagnoszt tévesen valamely solid ovarialis tumorra vagy subserosus fibromgócra tenni, mint valószínűbb, illetve gyakrabban előforduló elváltozásokra.

Esetünkben, mint említettem, egyáltalán csak valószínűségi diagnossissal kellett beérnünk s a kérdés tisztázását az ascites miatt úgyis indokolt probatorius incisiora bízuk.

A műtét beavatkozása a ligam. rotund. hasi részéből kiinduló daganatoknál rendesen complicált atypikus műtét, mert e tumorok előhaladott stadiumában gyakran találkozzunk erős kötőszöveti összenövesséssel a hasfalakhoz, belekhez, csepleszhez, melyek leválasztásánál olykor a vérzés szüntetése nem kis feladat. Esetünkben az alkalmazott körülöltéseken kívül a hasfali összenövési felületnek megpaquelinezése jó hatással volt s tekintve a tumor malignus voltát, minden esetre üdvösebb, mintha egy másik ajánlatot követve, nem forceirozzuk a leválasztást, hanem a tumornak egy rétegét bennhagyva, a tumor szövetében vezetjük késünket.

A tumor 450 gm. súlyú, 15 cm. hosszú, 11 cm. széles, nagyjában ovalis képlet, domború felületen a széles leválasztási felületnek megfelelő egyenetlenség látható. Átmetszésnél látjuk, hogy tokja van, mely némely helyen ujjnyi vastag, másutt elvékonyodott s helyenként kis ablakszerű területeken a daganat szöve a felület fölé emelkedik. Metszlap sima, rajta a daganatnak egyik haemisphaeráján egy diónyi s egy kis almányi fibromgóc rajzolata látható, a másik haemisphaera sűrűn egymás mellett levő rostokéknak látszó rajzolatot mutat.

Gócsövű lelet: A nagy góczok fibromának bizonyultak, kevés sejttű rostos kötőszövet; a másik puhább rész savós beivódás folytán nagy fokban dissociatált sejtdús kötőszövet; a savó által egyenként vagy csoportokban izolált sejtek részben hosszúmagú, kötőszöveti sejtek, részben azonban számos helyen polymorph és több magú ovalis sejteket is találunk: Fibrosarcoma oedemát beivódással.

V. Violens ruptura miatt per vaginam exstirpált uterus.

Doktor Sándor: H. F. 23 éves II. P. f. évi május 15-dikén délután 9 órakor hozott be az egyetemi I. számú női klinikára, parasztszekéren, Gödöllőről. Első szülése két év előtt volt, szerencsésen, magától ment végbe. Mostani szülésétől csak annyit tudhatnak meg kísérőitől, hogy terhességének még a rendes vége előtt kezdett vajudozni, a magzatvíz felvétele napján délelőtt 10 órakor folyt el s mert a szülés nem haladt, két orvos műtét útján kísérelte meg a magzat világra hozását, de csupán annyi eredménnyel, hogy a kilógó karter kitépték. Beszállítása közben kirázta a hideg s felvételekor a hőmérséke 41° C., pulsa 140. E mellett igen nagy nyugtalanság mutatkozott, mely morphiumpinjecióval lett szükségessé. Vizsgálatnál a medence méreteit így találtuk: Spinae il. 25 cm., Cristae il. 27.5 cm., conjugata externa 18 cm. A méhben kis magzat harántfekvésben, fej balra, hát előre, szívhangok nem hallhatók. A méhszájnak csak hátul van ujjnyi, duzzadt pereme; lumenébe hólyagszerűen belenyomul a magzat hasa; feljebb bordák s a leszakított kar csomója tapinthatók. Vizsgálat közben egy-két véralvadék ürült a méh szájából. A veszedelmes láz miatt sürgősen láttuk a méh kiürítését, mit evisceratio útján végeztünk. 10 perc múlva a lepény expressioja. Köldökzsinór sem a lepényen, sem a magzaton ninc; azt a karral együtt szintén kitépték. A foetus circa 43 cm. hosszú 1490 gm. súlyú, leány, macerált. A méh kiürítése után kiderül, hogy a méhszáj hátulsó széle fölött mintegy három ujjnyira négy ujj széles, csafatos szélű haránt szakadás van, mely a méhnyak falán teljesen áthatol s kissé a jobb széles szalag lemezeit is szétválasztotta: ruptura uteri completa. E mellett a magas láz, rossz pulsus, nagy nyugtalanság súlyos septikus infectio vallottak. Elhelyezésénél fogva a szakadás sebe eléggé kedvező volt ugyan conservatív kezelésre: jodoformgaze-tamponnal elég jól lehetett volna drainezni s a sebvéradék levezetéséről gondoskodni. De a hidegrázás, a magas láz s a nő egész állapota kétségtelenné tették, hogy az infectio nem maradt csupán a seb környékére korlátozva, hanem már tovább terjedt vagy a peritoneumra, vagy a megnyitott széles szalag nyirokereibe. Ugyanazért a halálos veszedelem elhárítását, ha még egyáltalán lehetséges volt, csak úgy remélhettük, ha a sérült méhet eltávolítva, bőséges drainezéssal gondoskodunk. Ezért fogtunk a méh exstirpációjához, még pedig, minthogy a repedés nem terjedt nagyon oldalvást, hanem egész hosszában elérhető volt, alulról, a hüvelyen keresztül. Az operatio nem volt épen könnyű. A parametriumok lekötése után ugyanis a lehúzott nagy méh annyira kitöltötte a medencét, hogy nagyon szűk tér maradt a további manipulációkra; ezért a hólyag leválasztás közben meg is sérült. Majd sikerült lassú húzásnál kigördíteni a méhet s így könnyű volt lezorítani felülről a széles szalagokat. A sebesatortát nyitva hagyva, lazán kitöltött jodoformgaze-zel. Így sem menthettük meg a beteget. Éjjelkor történt az exstirpatio. Utána egész éjjel állandó nyugtalanság, száraz nyelv. Reggel 8 órakor 37.6–140 pulsus; kiterjedt szederjés foltok támadnak a törzs bőrén; a végtagok kihűlnek, a pulsus eltűnik, délután 1/2 1 órakor, tehát 12 óra múlva beáll az exitus. Sectionál másnap délelőtt, 22 órával a halál után, csupán a bomlásnak igen előrehaladt fokát lehetett találni, a minő közönséges hullakban csak napok múlva fejlődik ki. Apró gázbuborékok keletkeztek mindenütt a belső szervekben s leplezték az anatómikus elváltozásokat. Ép ez a szokatlanul gyors bomlás is mutatja, mily virulens természetű volt az infectio. A kiirtott méhen szépen demonstrálhatni a szakadást a méhnyak hátulsó falán, a belső méhszáj táján. Tekintettel arra, hogy kicsiny és macerált, puha testű magzatnál támadt, a ruptura csaknem bizonyosan violens ruptura, melyet a fordítás végett felhatalni igyekvő kéz okozhatott; ennek felel meg a helye is: a hátulsó falon.

VI. Adatok a méh vérereinek pathológiájához, készítmények bemutatásával.

Schwarz Hugó: (Előadott a párisi Société de Biologie 1900 márczius 17-iki ülésén. Lásd Bull. de la Société de Biologie. Séance du 17. Mars 1900.)

Azon vizsgálatok folyamán, melyeket a párisi Collège de France-ban a méh rugalmas szövetéről végeztem, a méh sklerotikus ereinek ruganyos vázát beható tanulmány tárgyává tettem; ezenkívül a méh ereinek egy sajátos elváltozására akadtam, melyet mások már gyakran láttak, de mindeddig rosszul értelmeztek.

A sklerotikus erek intimája tetemesen túltengett; benne a regresszív metamorphosisok különböző neveivel találkozunk, ú. m. necrosis, calcificatioval stb. A mediában kötőszövet-újkepzést és hyalin degenerációt látunk. Az intima hypertrophiáját főleg újonnan képezett vékony rugalmas lemezek tételezik fel, melyek többnyire concentrikus elhelyeződéssel igen gyakran az endothelhártyáig követhetők s a kacsaringós lefutású belső határlemezről jól megkülönböztethetők.

A mediában igen gyakran a belső határlemezhez hasonló, tehát vastagabb s kacsaringós 2–3 új lemez képződik. A media villaszerű elágazódást mutató finom rostjait szintén megszáporodottnak látjuk s azokon ugyanazon alaki elváltozásokat észleljük, mint a fentiekben, úgy hogy ezt a sklerotikus folyamatra jellegzőnek nem tartjuk; ez csupán senilis jelenség.

A media újonnan képződött rugalmas elemei a sklerosisnál észlelhető destructiv folyamatoknak hosszú ideig ellenállnak, végre azonban fragmentálódnak s részben vagy egészen eltűnnek. Legkorábban a media finom rostjai tűnnek el. Így a hyalin plaqueok helyén rugalmas rostokat nem látunk; ott hol a hyalin degeneratio a media egész területére kiterjedt, a finom rostok teljesen hiányoznak. A belső határlemez s az ehhez hasonló új lemezek is igen gyakran fragmentálódnak s részben vagy nagyjára eltűnnek.

Míg azonban a mediában rugalmas lemezek újkepződését, később destructiv folyamatokat s ezekkel kapcsolatban az új rugalmas elemek fragmentációját s kisebb-nagyobb fokú pusztulását látjuk, addig egészen más képeket nyerünk az intima megtekintésénél. Azt látjuk ugyanis, hogy akkor, mikor a media szöve a destructiv folyamatoknak martalékaul esett, midőn annak normalis histologiai tényezőiből már úgy-szólván semmi sem maradt meg, itt az intimában az új concentrikus lemezek még mindig épek, jól festődnek, azokon morphologiai elváltozás nem észlelhető. Az endothel ép, az ér lumenében vér van s élénk-űn áll előttünk a természet compensáló tendenciája, hogy t. i. új lemezek képzésével az ér funkcióját egy időre legalább meg lehetővé tette, a mennyiben az intima a tönkrement mediának szerepét átvette. A folyamat előrehaladtával az intima szöve s új rugalmas lemezei is regresszív metamorphosisnak esnek áldozatul.

A leirt elváltozásokkal szemben előhaladottabb korú nők uterusában az erek sajátos, a fentiekől egészen eltérő elváltozásait is észlelhetjük.

Ez ereken az intima hypertrophiája jelentéktelen. Míg a fent leirt elváltozásnál az ér három rétegét egymástól mindig megkülönböztethetjük, itt az intimát egy az ér lumenével arányban nem levő szélességű, homogennek látszó gyűrű veszi körül, melyben a falzat eredeti rétegeit nem lehet megkülönböztetni. Ha a metszeteket van Gieson-féle folyadékkal festjük, látjuk, hogy a vörösré festődött sklerotikus intimát egy széles, homogennek látszó tömeg veszi körül, melyben egy-egy apró kötőszöveti sejtet, gyéren sorvadott kötőszöveti rostokat s itt-ott néhány egymáshoz simuló izomszejtet látunk csupán. Ez ereken calcificatioval, necrosis, valamint a regresszív metamorphosisok egyéb neveivel sohasem találkozunk. Vannak oly erek, hol tűszúrásnyi lument 2–3 mm. széles ily homogennek látszó tömeg vesz körül.

Az intima megvastagodásának jelentéktelen volta, a regresszív metamorphosisok előbb említett neveinek hiánya már előre kizárja e folyamatot az angiosclerosis keretéből. De minden kételyünk eloszlik, ha a metszeteket csak a rugalmas elemeket festő specifikus eljárásokkal kezeljük, pl. savanyú orceinnel, vagy Weigert új folyadékával. Azt látjuk ugyanis, hogy e tömegek épen úgy festődnek, mint a rugalmas rostok; a tömegek már nem látszanak homogennek egész terjedelmükben, hanem kisebb-nagyobb homogen rögökből, conglomeratumokból összetettek. Az erek nagy része vena, a többi arteria. Erről meggyőződhetünk, ha kevésbé előhaladott folyamatoknak megfelelő képeket vizsgálunk. Azt látjuk ugyanis, hogy e helyeken a belső határlemez igen tetemesen duzzadt; ettől kifelé a mediának megfelelő izomréteg következik; míg legkívül vastag gyűrű tűnik szemünkbe. E gyűrűt vastag duzzadt rugalmas rostok tömegei alkotják és sok ily roston kiterjedt fragmentatio is észlelhető. Előhaladottabb folyamatnál a media szöve fokozottan sorvad, a duzzadt belső határlemez és a külső gyűrű mindinkább közelebb esik egymáshoz, míg végre az egész elastikus homogen conglomeratumokból képezett tömeggé olvad össze. Később az ér lumene ad minimum redukálódik és oly helyeket is találunk, hol vastag cylindrikus tömegek közepén az endothelhártyának néhány még összefüggő sejtcsomóján kívül semmisen árulja már el azt, hogy ott előbb egy ér lumene volt jelen. Nagyon valószínűnek tartom, hogy az endothelhártya a lumennek a conglomeratumoktól képezett tömeg hosszú időn át tartó concentrikus nyomása okozta szűküléséhez alkalmazkodott, a mennyiben a felesleges sejteket eliminálta. Az átmeneti stadiumoknak megfelelő képeket egészen fiatal nők méhéből is megtalálunk oly nők méhéből készített metszeteken, kik már többször szültek. Én igen valószínűnek tartom, hogy e folyamat a méhnek a puerperiumban való visszafejlődésével áll kapcsolatban. Dittrich egy puerperalis méhben, Kahlden öreg nők méhében részben az ereken, részben az

Plasmon

(A tej fehérnyéje és tápsói.)

Könnyen oldó, íz- és szagtalan, olcsó. 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: Evőka: alanként leves, kása, tej, cacao stb.-ben, használati utasítás szerint. **Nagybani árak:** Kórházak és orvosok részére ad. us. propr.

— Plasmon-cacao-, esokoládé-, zabecacao-, bisenit-, kétszersült. —
* * * Minták és irodalom ingyen. * * *

A PLASMON-GESELLSCHAFT m. b. H. Neubrandenburg i. M. főképviseletége:
Wien, IV., Gr. Neugasse 14.

Kapható gyógyszerárak és droguériákban.

GLEICHENBERG

Javallatok: A légzőszervek hurutos betegségei, az emésztő-szatórna hajai, továbbá vérszegénység stb.
Ellenjavallat: Tüdővész.

GYÓGYHELY.

Gyógyeszközök: Alkalikus-muriat, források: Constantin- és Emma-forrás; alkalikus-muriat, vasasforrás: Johannisbrunn; tiszta vasasvíz: Klausenquelle, savó, sterilizált tej (száraz takarmányozás), Kefyr, források-belégzés; fenyűgözkök belehelése (mindkettő külön kabinban), belégző-készülék, pneumatikus kamarák. Édes-ásványvizek és pezsgő calorisor-fürdők, fenyű- és aczélfürdők. Nagy hydro-therapeutikus intézet, terrain-kúra. Enyhe, langy-nedves, pormentes, szélcsendes levegő, erdős-lankás vidék.

Idény május 1-től szeptember végéig.

Felvilágosítás és prospektus ingyen.

Lakásmegrendelések a gyógyhely-igazgatóságnál Gleichenbergben.

Rohitsch-Sauerbrunn

országos gyógyintézet

STÁJERORSZÁGBAN.

Vasuti állomások:

Pöltschach (déli vasút)

és

Krapina (m. kir. államvasút).

Fürdőidény: május 1-től októberig.

228 méter magasan a tenger színe felett, enyhe subalpin klíma, elragadó fekvés, gyönyörű hegyes vidéken, terjedelmes erdők között.

Glaubersós szénsavas források (Styria- és Tempel-forrás) elismert elsőrangú gyógyvizek az emésztő szervek megbetegedései ellen.

Kényelmes, elegáns és igen olcsó tartózkodási hely.

Fürdő-orvosok: Benczenzi Dr. GÁMÁN BÉLA,
Dr. HOISEL JÓZSEF és Dr. SIMONITSCH JÓZSEF.

Lucsivna-fürdőt

klimatikus gyógyhelyet, berendezett hidegvízgyógyintézettel teljesen felszerelve, a hozzátartozó 40 holdas fenyves parkkal, előrehaladt koromnál fogva, jutányos áron

ELADNI

hajlandó vagyok.

A fürdő a Magas-Tátra tövében (Szepesmegye), közvetlen a kassa-oderbergi vasút mellett — vasúti megállóhelyllyel — fekszik.

Erdőkölödknek minden felvilágosítással szívesen szolgál dr. Szász Ágoston volt fürdőorvos (lakik Szepes-Szombaton), vagy alólírt fürdő-tulajdonos, Lucsivná.

V. Szakmáry Donát.

A tisztelt orvos urak, kik üdülést keresnek és hasznosat kellemessé egyéssíteni óhajtják, ezennel figyelmeztetnek, hogy fenntebb megjelölhetik

ÁRVA-POLHORA

jódfürdőben az idény alatt, azaz június 15-től augusztus végéig. Bővebb értesítéssel szolgál a fürdőtulajdonos, **Vigassy János, Budapesten, Felső-erdősor 50** levélbelileg.

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!

Csiramentes!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Salvator-forrás igazgatóságánál Eperjesen.

SZOBRÁNCZ GYÓGYFÜRDŐ

gyomor- és májbetegek magyar Karlsbadja.

Fürdőmegnyitás május 15-ikén.

Ezen — a maga nemében páratlan — gyógyfürdő négy ásványos forrásának hideg, sós-kénese víze biztos segítyt nyújt: mindennemű bőrkülfüvésben; gyomor- és májbajokban, görvélyes betegségekben, csúszos és köszvényes bántalmaknál, daganatok, értódulás, szempingülés, nem hajók és kövérség ellen. A fürdő területén levő forrás a szemekre rendkívül győgyerővel bír.

A legújabb nagymérvű újítások és átalakítások ezen kitűnő s rendkívül előnyös fekvésű fürdőt úgy kényelem szempontjából, valamint egyáltalában minden tekintetben olyannyira emelték, hogy a legválogatottabb igényeket is kifogástalanul kielégíteni képes.

Könyvtárral, zongorával ellátott közös társalgó, valamint külön férfi és női termek. Igen szép étkező-helyiségek, kitűnő konyhával s mérsékelt árakkal. A fürdőt összes vízvezetékek, szivattyúk stb. gőzre rendezettek be.

Vasúti állomások: **Ungvár és Nagy-Mihály**, honnét kényelmes bérkocsik közlekednek: (1³/₄ óra.)

Ezen kitűnő gyógyvíz üvegekben több évig is megtartja gyógyerejét, miért is azt a beteg otthon is sikerrel használhatja. Ár: egy nagy láda 40 üveggel a 1 literes üvegben a fürdőben 7 ft, kisebb láda ugyanolyan 20 üveggel 4 ft. A visszaszállítás is vasúti kedvezményekben részesül. Megrendelések a „Fürdőigazgatósághoz” czímen: dök; Budapesten **EDESKUTY L.**-nél kaphatók.

Fürdőidény: május 15-dikétől szeptember 15-dikéig.

Ideiglenes fürdőorvos **dr. Russay Gábor**
Lajos járásorvos. — Szobráncz 1901.

A fürdőigazgatóság.

MATTONI ERZSÉBET SÓSFÜRDŐJE

Gyógyhely Budapesten (Budán).

Idény április 1-től október 15-ig.

A gyógyhely forrásai ajánlhatók: a **belek bántalmainál, alhasi és általános vérbőségnél, májbajoknál, arany-énnél, 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.**

MISDROY, tengeri fürdő

Wollin-sziget, Pommeránia.

Remek fekvés, nyílt tengerpart, a helységig terjedő szálás erdő. Tengeri-, sós-, lép-, szénsavas és villanyfürdők; nap-fürdő. 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.**

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Antal János: Közlemény a budapesti Irgalmas-kórház fogászati osztályából. (Főorvos: Antal János dr.) Hyperdentitio érdekes esete. 283. l.

Áldor Lajos: A folytonos gyomornedv-elválasztásról (gastroenterorrhoea, Reichmann-féle betegség). 284. l.

Bálint Rezső: Közlemény az I. sz. belgyógyászati kórodról (Igazgató: Korányi Frigyes tanár) és az Erzsébet-szegényház agybonczatani laboratóriumából. (Laboratóriumvezető: Schaffer Károly rendk. tanár.) A térdreflexek viselkedéséről magas haránt myelitiseknél. 286. l.

Tárca. Tauszk Ferenc: Adat Korányi Frigyes irodalmi működéséhez. 288. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Weisz Ede: Újabb mozzanatok a közhvény tanában. 290. l. — Könyvismertetés. Prof. L. Schenk: Lehrbuch der Geschlechtsbestimmung. (Thanhofer.) 290. l. — Lapszemle. Gyógyszertan és méregtan. Cipriani: Chininum cosolicum. — Sternfeld: Urosin. — Általános kör- és gyógytan. Schultz: A pestis-bacillus tiszta tenyészteték élettartama. — Michelazzi: Toxin-visszamaradás. — Czylharz: Az állati szerveknek hatása a mérgekre. — Belgyógyászati. Pites: A fájdalomkeltő inger helyének meghatározása neuralgiákban cocain-befecskendezéssel. (—ts.) — Weber H.: A tüdővész gyógyítása. — Venerás bántalmak. Hügel és Holzhauser: A syphilis átoltása állatokra. (Sellei.) — Müller Magnus: Tüdőembolia oldhatlan higanypraeparátumokkal eszközölt injectiók után. (Sellei.) — Pospelow: Az únoka syphilise. (Sellei.) — Orr-, torok- és gégebetegsége. Plüder: A nyelv mozgékonyasága. (—di.) — Gungenheim: Vesézületett nyakcsipoly. (—di.) — E. Schmidt: A torok és gége leforrá-

zásának egy halálos kimenetelű esete. (Tóvölgyi E.) — Fülgyógyászati. Moll: A Meniere-féle megbetegedés. (Ifj. Klug N.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. — Folyóiratok átnézete. 291—294. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Budapest székes fővárosi kórházai. — Áldor Lajos dr. — Högyes tanár Pasteur-intézete. — Lakásváltoztatások. — Megjelent. — Figyelmeztetés. — Herezel dr. — Szt.-Lukács-fürdő. — Krondorf. 294. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar tudományos akadémia. — Budapesti kir. orvosegyesület. — Szemlények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

ÜNNEPI MELLÉKLET.

Szerkesztő szava. 1. l.

Kétly Károly: Üdvözlő beszéd. 1. l.

Korányi Sándor: Fizikai-chemiai módszerek a functionális diagnostika szolgáltatásában. 2. l.

Kovács József: Az autointoxicatio tanának mai állásához. 9. l.

Benedict Henrik: A bal pitvar-tágulás diagnostikai jelentőségéről. Adatok a bal visszeres szájadek szűkületének tünettanához. 11. l.

Kövesi Géza és Surányi Miklós: Adatok a veseelégtelenség haematológiájához. 15. l.

Bálint Rezső: Az epilepsia diéta gyógyításáról. 17. l.

Deutsch László és Jakab László: A leukocyta és a vérsavó keményítőoldó képessége. 19. l.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti Irgalmas-kórház fogászati osztályából. (Főorvos: Antal János dr.)

Hyperdentitio érdekes esete.

Közlő: Antal János dr.

A hyperdentitio és az úgynevezett dentitio tertia tünetileg néha oly közel állanak egymáshoz, hogy alig lehet őket egymástól megkülönböztetni. Az egyedüli biztos támpont, t. i. a szövettani és fejlődéstani vizsgálatok a dentitio tertiát illetőleg még hiányzanak és így bár újabban a legtöbb e kérdéssel foglalkozó stomatologus, mint Busch, Kollmann, Scheff, Sternfeld, Eichler stb. egyáltalában tagadja a dentitio tertia létezését, e kérdés végleges megoldást még nem nyert. Hisz még az úgynevezett dentitio tertia fogalmát illetőleg sem egyeznek a szerzők nézetei, mert míg egyesek hyperdentitionnak, addig mások, főleg Scheff, a dentitio tertiát elkésett dentitio secundának tartják.

A következőkben van szerencsém osztályomról egy oly esetet közölni, melynél bizonyos állandó fogak a tipikus számban, rendes nagyságban és alakban másodszor fejlődtek ki, a midőn ugyanezen fogak 10—12 évvel előbb, a rendes időben, nagyságban, számban és alakban már egyszer kifejlődésre jutottak és még most is a szájban vannak, mely eset tehát tünetileg dentitio tertia esetéhez közel áll, szövettani és fejlődéstani bizonyítékok híján és egyéb körülmények egybevetésével azonban mégis hyperdentitionnak minősítendő.

H. P.-né, szül. 1875-ben Romhányban (Nógrád m.), középtermetű, jól táplált, egészséges kinézésű. Ezelőtt hét évvel ment férjhez, gyermekei nem voltak. Nyolcz éves korában tüdőgyuladást állott ki, azóta teljesen egészséges. Angolkóros tudomása szerint nem volt.

A száj lágyrészei, továbbá az állsont és állkapocs normalis fejlődésűek. A tejfogakat gyermekkorában vesztette el nehézségek nélkül.

Az alsó fogsorban baloldalt a caninus mögött két normalis külsejű és nagyságú praemolaris van gyermekkorától; 1896-ban, tehát négy évvel ezelőtt, 21 éves korában, a praemolarisok belső oldalán, de ezekkel össze nem függően újabb két praemolaris tört ki, melyek ugyan valamivel kisebbek a külső praemolarisoknál, de azért normalis nagyságúak és külleműek, két bütykűek, egyik bütyök a labialis, a másik a lingualis oldalon. A praemolarisok mögött álló két molarist a beteg eltávolíttatta, fracturák folytán ezeknek gyökerei azonban még részben a szájban találhatók.

Jobboldalt a caninus mögött két rendes nagyságú és külsejű praemolaris van gyermekkorától. E két praemolaris mögött volt két molaris hét év előtt (1893-ban) eltávolíttatott, három évvel rá, 1896-ban, tehát egyidejűleg a bal oldalon kitörő harmadik és negyedik praemolarissal, a meglevő két praemolaris mögött, azokkal egy vonalban, az állandó molarisok helyén fejlődött szintén egy harmadik és negyedik praemolaris. A harmadik praemolaris valamivel kisebb a többi praemolarisnál, a negyedik ismét rendes nagyságú. Az incisivusok és caninusok rendes nagyságúak és alakúak; a bölcseségi fogak még nem jutottak kifejlődésre.

A felső fogsorban fellépő abnormitás, hogy a két centralis incisivus mögött körülbelül a középvonalban egy ötödik incisivus fejlődött, mit a beteg kívánságára eltávolíttattam. A bölcseségi fogak a felső fogsorban sem fejlődtek ki.

A felső fogsorban kifejlődött ötödik incisivus nem tartozik a nagy ritkaságok közé, azért csak az alsó fogsor abnormitásával foglalkozom. (L. az ábrát.)

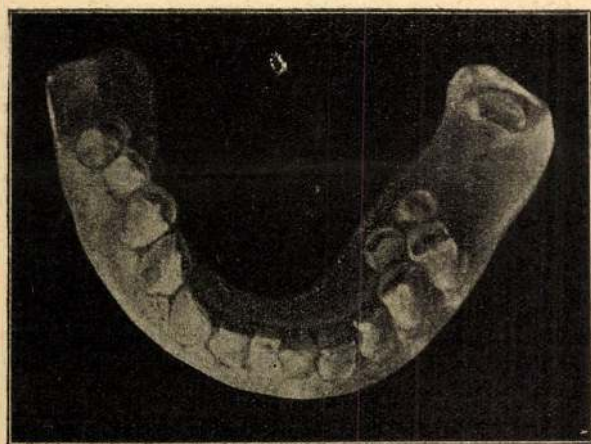
Az alsó fogsor annyiban tér el a normalis fogazattól, hogy úgy jobb-, mint baloldalt, két-két praemolaris helyett négy-négy található; míg azonban baloldalt a harmadik és negyedik prae-

molaris az első és második mellett fejlődött ki, vagyis párosan látható egymás mögött egy-egy pár praemolaris, addig jobboldalt a négy praemolaris egy vonalban egymás mögött áll.

Az eltérés a két oldalt abnormisan fejlődött harmadik és negyedik praemolarisok helyzete között nyilván akként magyarázandó, hogy baloldalt a két állandó molaris, mely csak később távolított el és melynek gyökerei részben még most is a szájban vannak, akadályozták meg, hogy a kitörő harmadik és negyedik praemolaris a már meglevő praemolarisok mögött, azokkal egy vonalban helyezkedjék el és így a már meglevő praemolarisok mellé sorakoztak. Ellenben jobboldalt, ahol a két állandó molaris már 1893-ban távolított el tökéletesen, az 1896-ban kitörő harmadik és negyedik praemolarisok ezek helyére sorakozhattak.

Miután az alsó fogsorról modellt vettem, a jobboldalt levő negyedik praemolarist a beteg beleegyezésével eltávolítottam, hogy a gyökér alakjáról meggyőződést szerezzek; a gyökér alakja és nagysága teljesen egy második praemolaris gyökerének felelt meg.

Busch és Scheff, kik a harmadik fogzás kérdésével behatóan foglalkoztak és annak létezését egyáltalában tagadják, a dentitio tertia alatt egy elkésett második fogzást értenek. Scheff ezen elkésett második fogzás okait is összefoglalja és azokat három körülményre vezeti vissza; t. i. 1. a lágyszövetek absorptioja mellett oly esontútlengések képződhetnek, melyek megakadályozzák az állandó fog kifelé nyomulását; a fog fejletlenül visszamarad az alveolusban és csak később, midőn az alveolus már atrophizálódik, jut napvilágra; 2. mint minden szerv, úgy a fogásra is visszamaradhat fejlődésében elégtelen táplálkozási viszonyok miatt, és 3. az álkapocs akadályozva lehet normalis kifejlődésében, úgy hogy egyik-másik fognak nincs elegendő helye a kitörésre.



Busch és Scheff esetei tényleg elkésett második fogzás esetei, mert a normalis fogzástól csak annyiban térnek el, hogy az állandó fogak később törtek át a gingiván, mint az rendesen történik, de semmi bizonyíték nincs arra, hogy ezen későbbben áttörő fogak helyén állandó fogak azelőtt voltak-e már, sőt ellenkezőleg, a legtöbb esetben nyilvánvaló, hogy a tejfogak maradtak a rendesnél hosszabb ideig a szájban és megakadályozták ez által, hogy az állandó fogak a rendes időben fejlődjenek ki. Az általam leírt esetről azonban, hol a gyermekkorban kifejlődött állandó fogak, a praemolarisok, még most is a szájban vannak, és ezekhez esatlaközött 10–12 évvel utóbb az ugyancsak normalisan fejlődött harmadik és negyedik praemolaris, ez utóbbiak kifejlődését nem lehet elkésett második fogzásnak nevezni, hanem igenis, azon esetekhez hasonlít az általam leírt, a minőket Fauchard, Bourdet, van Swieten, Haller, Serres, Chapin A. Harris, Bisses of Krayton, M. Cum, v. Langsdorff és mások már leírtak és dentitio tertia-nak nevezték el. Ezen elnevezés azonban csak tetszőleges marad, ha csak szövettani és fejlődéstani adatokkal nem fog sikerülni a dentitio tertia létezését megerősíteni.

Kollmann I. (Über Hyperdentition und Dislocation einzelner Zähne. Sitzungsberichte d. math. phys. Cl. d. k. bayer. Akad. d. Wissensch. München, 1869) az úgynevezett dentitio tertia eseteit hyperdentitionnak tartja, és ez utóbbinak két fajtát különbözteti meg, t. i. azon eseteket, midőn a számféletti fogak az állandó

fogakkal egy időben és azokat, midőn azok csak hosszabb idő múlva jutnak kifejlődésre. Az ő véleménye szerint ezen számféletti fogak kifejlődése véletlen túlproductio, mely már a fogásra abnormis fejlődésében leli magyarázatát.

Sternfeld szerint azonban nem minden esetben lehet véletlennek tulajdonítani ily számféletti fogak fellépését, sőt jellemző, hogy az csak bizonyos fognemeknél tapasztalható, így különösen a metszőfogaknál és praemolarisoknál. Pedig tudjuk, hogy bizonyos őskorszakban, így az eocaen-korszakban, melyben az emlős állatok és az ember elődének fogazata is 44 fogból állott $\left(i. \frac{3}{3} c. \frac{1}{1} pm. \frac{4}{4} m. \frac{3}{3} = 44 \right)$, ép az incisivusok és praemolarisok voltak a mostaninál nagyobb számban. A fentebb leírt esetről is ezen fognemekre szorítkozik a hyperdentitio, minek folytán ezen fogazat az eocaen-korszakbeli ősfogazathoz lesz hasonló.

A folytonos gyomornedvelválasztásról (gastrosuccorhoea, Reichmann-féle betegség).

Irta: Áldor Lajos dr., fűrdőorvos Karlsbadban.

(Vége.)

Antoinette K. 18 éves leány Jassyból, előadja, hogy öt év óta naponta ismételtén sokat hány, öt év előttig teljesen egészséges volt, akkor influenzába esett és a gyomorpanaszok ezen influenzától datálódnak. A betegnél különféle hysteriás stygmák (paraesthesiae, globusérzés stb.) állanak fenn és jelen van costa fluctuans decima. Üres gyomorból 270 köbm., kifejezetten hyperacid értékeket (szabad HCl 34%, összaciditás 96%, pepsin 90%) feltűntető folyadék nyerhető. Gyomor nincs megnagyobbodva, motorikus functioja zavartalan.

Max R. 52 éves ev. hitszónok Lembergől, három év óta fennálló heves gyomorfájdalmakból, hányásból, székrekedésből, nagyfokú szomjérzésből álló panaszainak eredetét arra vezeti vissza, hogy három év előtt műtéten esett keresztül (paranephritikus tályog). Ugy ennél, mint egy 30 éves kereskedőnél: Petrus A. Genyicseszkéből (Oroszország), valamint egy ötödik esetben R. Mór 38 éves budapesti nyomdásznál a fentebb ismertetett caetálák mellett ismételtén végzett gyomorvizsgálatok minden complicatiótól ment, folytonos gyomornedvelválasztásra engedték tenni a kórismét.

Mindegyikében ezen eseteknek egy oly súlyos tünetsoport volt jelen, mely egy rosszindulatú megbetegedés gyanúját joggal ébresztette. S ha az étkezéstől egészen függetlenül fellépő nagy gyomortáji fájdalmak, a copiosus, gyakori hányás, a fokozott szomjérzés, többé-kevésbé a makacs székrekedés elég tipikusan foglalnak is helyet ezen betegek panaszai között, a legtapasztaltabb szakember előtt is csak a gyanúját ébreszthetik fel egy Reichmann-féle betegség fennállása lehetőségének.

Ma már régen fel lettek adva azon túl vérmes remények, melyeket a functionalis diagnostikai módszer felépítésének idején ehhez sokan hozzáfűztek és senki sem hiszi, hogy a gyomorsondának diagnostikus célból való alkalmazása egyszerre megsemmisített minden diagnostikai nehézséget és megoldott minden pathologiai rejtélyt. De hogy a gyomor functioinak vizsgálata ma már egy a gyakorló orvos által sem nélkülözhető részét képezi vizsgálati eljárásainknak, hogy Boas találó hasonlatával éljek, épen úgy mint a vizelet vizsgálata a vesebetegségek kórismézésében, erre a sok között alkalmas példa a Reichmann-féle kórkép is.

A gyomorfunctio vizsgálatát itt nélkülözhetetlen, e nélkül a Reichmann-féle kór biztos diagnosisa egyszerűen lehetetlen. Oly módon végezve e vizsgálatokat, mint a hogy azt előbb egy részletesen leírt kórtörténet keretében ismertettem — ez a Reichmann eljárása —, a kórisme a legesekélyebb nehézségbe nem ütközik; és mindazon szempontok, melyek differential-diagnostikai tekintetből számba jöhetnének, így a rosszindulatú neoplasma gyanúja, a mit a nagy lesoványodás, a cachectikus kinézés a betegnek ébreszt diabetes lehetősége, a mire az egyes esetekben óriási mértékben fokozódott szomjérzés figyelmeztet, minden nehézség nélkül meglesznek világítva azon objectiv jelei által a Reichmann-féle betegségnek,

melyek birtokába bennünket kizárólag a gyomorfunctióknak mindenre kiterjedő vizsgálata juttat. Ilyen objectiv jelek gyanánt én a következőket tekintem:

1. nagymennyiségű gyomornedv jelenléte éhgyomorban; 150 köbcentimeternél kevesebb gyomornedvet egy alkalommal sem találtam;

2. a gyomorbennék feltűnő alacsony fajsúlya;

3. úgy az éhgyomorban található, mint próbaétkezések után exprimált gyomornedvnek kifejezetten hyperacid értékei, azaz normalisnál magasabb értékei különösen a szabad sósavnak, csak másodsorban az összaciditásnak és a pepsinnek;

4. az utóbbi elmaradhatatlan következménye: a tökéletlen amyolysis;

5. ellentétben majdnem valamennyi eddigi észlelével én absolut biztos kizárását a gyomor motorikus elégtelenségének a Reichmann-féle betegség diagnózis elengedhetetlen követelményének tekintem.

A mint már kiemeltem, volt alkalmam ezen objectiv tünetek állandó jelenlétét huzamosabb ideig a nélkül észlelni, hogy egyidejűleg jelen lettek volna súlyos subjectiv tünetek is. Semmi esetre sem bizonyíthat ez a körülmény a mellett, hogy folytonos gyomornedvfolyás fennállhat klinikai tünetek nélkül. Egy ilyen lehetőség létezésének a felvételét az egész világirodalomból csak egy esettel lehetne támogatni: Boas ugyanis egy tökéletesen egészséges orvos éhgyomrából 100 köbcentimeter gyomornedvet tudott nyerni. A körülmény, a mi mind az öt esetben jelen volt, hogy huzamosabb ideig minden subjectiv tünet hiányzott, ellenben az objectiv lelet ezen tünetnélküli intervallumokban fennállott változatlanul épen úgy, mint a legsúlyosabb tünetek jelenléte idején, mutatja a bántalom objectiv substratumának szívósságát, a gyógyulásra való csekély hajlamát. De mutatja egyszersmind azt is, a mire eddig egyedül Boas hívta fel a figyelmet, hogy nem kizárólag maga a folytonosan elválasztásra kerülő hyperacid gyomornedv az, a mi a súlyos tüneteket kiváltja, hanem a gyomor nyákhártyájának abnormis irritabilitása a főlölesleges savval szemben.

Számba kell ezt a körülményt venni akkor is, ha azzal a kérdéssel akarunk foglalkozni, hogy helyes-e, jogosult-e a gyomornedvfolyás különféle alakjait mint megannyi önálló kórképet egymástól elkülöníteni? Mint ismeretes, a folytonos gyomornedvfolyással szemben megkülönböztetik annak periodikus alakját. S ez utóbbinak azon fajait, melyeket a roham idején heves fejfájások kísérnek, ismét egy külön névvel illetik és első leírója után Rossbach-féle *gastrodynsis*nek nevezik. Bouveret még mindezeket felül azt kívánja, hogy az idült és periodikus alakok között még egy átmeneti alak létezését is ismerjük el.

A periodikus gyomornedvfolyással jelölik azon eseteket, a melyeknél rohamokban lépnek fel súlyos dyspeptikus zavarok, melyek heves görcszerű fájdalmakban, emésztőképes gyomornedv hányásában nyilvánulnak.

Kétségre nem vonható, hogy mint tünet más önálló kórkép keretében ez előfordulhat. De így is sokkal ritkábban, mint azt általában felveszik. Pl. az, hogy a tabesekes erises gastriques-ja a periodikus gyomornedvfolyással összefüggésben van, mint azt némelyek gondolták, több oldalról meg lett czáfolva; s nekem is alkalmam volt eddig négy olyan tabes-beteget észlelni, a kik engem gyomorpanaszai miatt kerestek fel és a kiknél a roham idejében végzett gyomorzvizsgálat absolut negativ eredményű volt. S ugyanez áll a Leyden-féle periodikus hányásról, melynek, mint ismeretes, sok közös vonása van a tabesekes erises gastriques-jével. Még kevésbé, mondhatnám egyáltalában nincs jogunk a periodikus gyomornedvfolyásról és annak igazán mesterséges válfajairól, mint önálló kórképről beszélni. Egy jelentékeny része az ezen csoportba sorolt eseteknek egyszerű hyperaciditás, a melynek tünetei között a periodikus gyomornedvfolyás nem ritkán észlelhető. És tényleg még azok közül is, a kik a periodikus gyomornedvfolyásról mint önálló kórképről beszélnek, többen hangsúlyozzák, hogy sok esetben a savképződés a tünetnélküli hosszú intervallumokban is fokozódott volt. Be lehetne ezt kétségen kívül bizonyítani az eseteknek túlnyomó részére, ha azon betegeknek, kiknél periodikus gyomornedvfolyásra tettek diagnosist, gyomorzvizsgálatokat végeztek volna a rohammentes időszakban is, és még inkább, ha ezen vizsgálá-

toknál a hyperaciditás eldöntésére nem az összaciditás magassága — a mint az ma általánosan el van terjedve —, hanem a szabad sósav mennyisége lett volna az irányadó.

Nem zárkozhatsz el végül az elől a lehetőség elől sem, hogy több esetben a periodikus gyomornedvfolyás a folytonos és idült lefolyó gyomornedvfolyással, a Reichmann-féle betegséggel lett összetévesztve. Erre felhívja a figyelmet az a körülmény, a mit már fentebb kiemeltem, hogy a subjectiv tünetek a Reichmann-féle betegségnél is rövidebb-hosszabb intervallumok által elválasztva rohamokban lépnek fel és a rohammentes időközökben a beteg teljesen jól érzi magát, holott maga az objectiv lelet változatlan.

Mindezekből látható, hogy egyedül a chronikusan lefolyó gyomornedvelválasztás és ennek is kizárólag azon alakjai, melyek minden egyéb complicatiótól mentesek, érdemlik meg azt, hogy legalább egyelőre önálló kóralaknak tekintsük. Ezen kórkép pathogenesisében egyesek szerepet tulajdonítanak a kerek gyomorfekélynek. Sem az aetiologia, sem a pathogenesis tárgyalásába belemenni ez alkalommal nem óhajtok, mert elegendő számú positiv adatokat az irányban sem a magam, sem a mások tapasztalatai között nem lelek.

Annak daczára, hogy e kórképet nemcsak súlyos természetűnek tartom, de egyetértek ebben a tekintetben Bouveret-vel, hogy a teljes meggyógyulás nagyon kérdéses, a rationalis therapia a betegek valóban nagy szenvedéseinek sok enyhülést nyújthat. Gyógyszereink közül egyedül a belladonna-készítmények alkalmazhatók itt eredménynyel, melyekről Riegel és saját vizsgálataim kétségtelenné tették, hogy a gyomornedvelválasztásra kifejezetten leszállítható hatással vannak. S ha az én vizsgálataim azt is bizonyítják, hogy a szervezet aránylag rövid idő alatt megszokja az atropint és ekkor a hatás csökken, még sem szabad kicsinyelnünk az atropinnak ily irányú értékesíthetőségét, mert hiszen az egyedüli szer, a melylyel a gyomornedvelválasztást befolyásolni tudjuk. A morhium-készítmények alkalmazásával nemcsak ézelt nem értünk, de azok direct károsak is, mert Riegel vizsgálatai szerint a gyomornedvelválasztást fokozzák. De magával az atropinnal sem tudunk kizárólag kijönni, mert a rohamok fennállása idején nem adhatunk annyit e szerből, a mennyi a folytonos elválasztást teljesen megszüntetné s így alkalmaznunk kell naponta ismételt minden étkezés előtt és után égvényes sósavakat olyan meleg állapotban, a mint azt a beteg csak elbírheti. Ezzel nemcsak azt érhetjük el, hogy a gyomornedvet közömbösítjük, hogy egy sedativ hatást fejtünk ki, a mit semmi más módon elérni nem tudunk, hanem legalább részben magát a gyomormosást helyettesítjük. Ilyen eljárással, alkalmazva Riegelnek még azt a helyes ajánlatát, hogy a beteggel naponta 1–2 teáskanálnyi karlsbadi sót is elfogyasztatunk, csak ritkán voltam arra utalva, hogy a betegnek a gyomrát naponta ismételt mossam ki. A legsúlyosabb tünetek fennállása idején is elegendő volt a reggeli gyomormosás.

Mindezeket felül a gyógybeavatkozás eredményessége kiválóan függ azon ténykedésektől, melyeknél diaetotherapeutikus ismereteink vezérelnek, azok az ismereteink, melyekkel nem egyeztethető össze egyes betegségekre vonatkozó diaeta-czéduláknak az összeállítása. Hiszen a kezelésnél nem a beteg szerv, hanem a beteg individuum kell hogy a vezérszerepet játssza. S bizonyos, hogy nem könnyű annak az orvosnak a szerepe, a ki ezt a szempontot folyton figyelemmel akarja tartani, nem könnyű épen a Reichmann-féle betegségnél, a hol nemcsak a direct beteg szerv folytonos izgalmi állapota, ennek következtében a betegnél sokszor jelenlevő étiszony nehezíti meg a helyes diaetotherapeutikus elvek gyakorlati alkalmazását, hanem magának az összanyagcserének sokszor feltűnő bántalmazottsága egyenesen készíti az orvost forcírozott táplálásra. S ez utóbbi annál nehezebben vihető ki, mert a Reichmann-féle betegségben szenvedők asztalától a tápanyagoknak egy nagy csoportját, a keményítőfélekkel teljesen távol kell tartanunk.

Általánosságban annyival is inkább ugyanazok az elvek uralkodnak a Reichmann-féle betegség diaetotherapiájában, mint az egyszerű hyperaciditásnál, mert az előbbieket is, épen úgy mint a hyperacid betegek, nem egyszer jutnak kezelésünkbe a táplálkozási deficitnek kifejezett állapotával.

Három év előtt egy Strauss-szal együtt készített munkában

klinikai észleletek és anyageserevizsgálatok alapján kimutattuk, hogy a zsíroknak *systematikus* és *bőséges* nyújtásával nemcsak képesek vagyunk a szervezet caloria-szükségletét N-mentes tápanyagok alakjában bőségesen fedezni, a szervezetnek más módon alig pótolható égés-anyagot jelentékeny mennyiségben szolgáltatni; hanem hogy a zsírok magát a sósav elválasztást is kedvezően befolyásolják. Azóta ezen vizsgálataink nemcsak több oldalról lettek megerősítve (*Woldemar Backman, Buch* stb.), de a gyakorlatomban szerzett tapasztalataim is meggyőztek arról, hogy semmit sem kell visszavonnunk abból, a mit kísérleteink alapján 3 év előtt mondottunk, hogy egy oly tápanyag, a mely nemcsak magas caloria-értékkel bír, hanem magát a gyomornedvelválasztást a legtöbb esetben le is szállítja, nemcsak akkor van indicálva, ha a beteg általános táplálkozási viszonyainak emelése a főczélunk, hanem minden fokozott elválasztással járó gyomorbetegnél sürgős feladat annak legszélesebb körű alkalmazása. Azt hiszem t. Uraim, hogy az, a ki ezt princípiumnak tekinti, legszebb gyógyszeredményeit fogja ezen eljárással összefüggésbe hozhatni!

Irodalom: Ewald: Klinik der Verdauungskrankheiten. — Reichmann: Berl. klin. Woch. 1882, 1884. — Stiller: Die nerv. Magenkrankheiten. 1884. — Bouveret: Maladies de l'estomac. — Riegel: Die Erkrankungen des Magens. — Idem: Deutsche m. W. 1892, 1893. — Honigmann: Münch. med. Woch. 1887. — Johnson und Behm: Ztschrift f. klin. Medizin. Bd. 22. — Schreiber: Deutsche med. Woch. 1893, 1894. — Martius: Deutsche med. Wochenschrift 1894. — Schüle: Berl. klin. Woch. 1895. — Strauss: Berl. klin. Woch. 1894. — Klug: Magy. Orv. Archivum. 1892. — S. Fränkel: Pflüger's Archiv, Bd. 48. — Contejean: Arch. de physiol. IV. 3. — Jaworski: Deutsche med. Woch. 1887. — Huber: Schweiz. Correspondenzbl. 1884. — Boas: Berl. klin. Woch. 1895. — Idem: Diagn. u. Ther. der Magenkrankheiten. 1897. — Stiller: Boas Archiv, II. 290. — Rossbach: Deutsches Arch. f. klin. Med. 34. — Riegel: Zeitsch. f. klin. Med. 37. — Aldor: Magy. Orv. Arch. 1900. és Zeitschr. f. klin. Med. 1900. — Strauss und Aldor: Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther. — Backmann: Zeitschr. f. klin. Med. XL. 1900.

Közlemény az I. sz. belgyógyászati kórodáról (Igazgató: Korányi Frigyes tanár) és az Erzsébet-szegényház agyboncztoni laboratoriumából. (Laboratoriumvezető: Schaffer Károly rendk. tanár.)

A térdreflexek viselkedéséről magas haránt myelitiseknél.

Irta: Bálint Rezső dr.

(Vége.)

Nézzük már most, mily irányban s mennyit bizonyítanak az állatkísérletek. Mindenekelőtt úgy hiszem, hogy semmivel sincs beigazolva egyes szerzőknek az a felfogása, hogy az állatkísérletek e tétel ellen vagy mellett bizonyítékul fel nem foghatók. E szerzők abból indulnak ki, hogy még a fejlődésileg az emberhez közel álló állatok gerinczvelője is több önállósággal bír, mint az emberé, de úgy hiszem, semmi physiologiai vagy pathologiai tény nem mutat arra, hogy az ember gerinczvelője a fejlődés bizonyos stadiumában meglevő önállóságát a fejlődés további folyamán elveszítene. Azok a tények legalább, melyek az e kérdésre vonatkozó kísérletekből kitűnnek, semmi esetre sem. E kísérletek majdnem mind egyértelműek és pedig egyértelműek minden állatnál. Ugy *Sherrington*, mint *Goltz*, *Sternberg*, *Ferrier*, *Moore* és *Oertel*, *Brauer*, újabban *Margulies* kísérletei azt mutatták, hogy állatoknál a gerinczvelő egyszerű átmetszése után a reflexek kiválthatók, sőt fokozottak voltak. Egyesek azt is találták, hogy a reflexek egy időre kimaradtak s néha csak napok múlva tértek vissza; hogy ennek mi az oka, arra igen szépen adják meg a választ azok a kísérletek, melyeknél a megszakítás nem egyszerű síma átmetszés útján történt, hanem úgy, hogy általa az egész idegrendszer bizonyos rázkódtatást szenvedett. Ilyenek többek közt *Brauer* s még utóbb *Margulies* kísérletei. *Margulies* a csontot s vele együtt a gerinczvelőt összevágta s ekkor azt találta, hogy míg egyszerű átmetszésnél már 18 órával az operatio után fokozottak voltak a reflexek, addig a zúzás után egy hétig kimaradtak. Két esetben nyúlánál egy hét múlva visszatértek, e nyulak t. i. tíz napig éltek, a többi mind előbb pusztult el. Majdnem az állatkísérlet jelentőségével bír *Barbé* kísérletezése egy lefejezett emberen, kinél nyolcz percczel a halál után még fokozottan találta a reflexeket. Az állatkísérletek tehát azt mutatják, hogy maga az

a tény, hogy a gerinczvelői pályák meg vannak szakítva, még nem okozza a reflexek kimaradását, ha ellenben a megszakítás oly módon történik, hogy annak hatása az egész gerinczvelőre s így a reflexutakra is kiterjed, akkor, tehát egy complicatio hatása alatt, a reflexek hosszabb időre kimaradhatnak.

Az összes eddig elmondottakból már most a következő eredményeket emelném ki.

1. Vannak esetek, a melyek egyenesen azt bizonyítják, hogy a gerinczvelő pályáinak teljes megszakítása nem hozza létre a reflexhiányt.

2. Vannak esetek és pedig nagy számmal, a melyek azt bizonyítják, hogy a gerinczvelő magas laesioinál (akár teljes, akár nem) igen gyakori az alsó végtagok petyhüdt hűdése a reflexek kimaradásával és pedig:

a) esetek, a melyeknél a reflexhiány okát a szerzők a reflex-ív laesiojában meg tudják adni,

b) esetek, melyeknél a szerzők a reflex-ívet épnek declarálják. Fejtegetéseink szerint azonban az eseteknek egyike sem kifogástalan.

Ebből pedig az következik, hogy az *embernél*, mint az állatnál is, a gerinczvelő pályák megszakítása maga nem okozza azt, hogy az alsó végtagok hűdése petyhüdt s a reflexek ki nem válthatók, ellenben bizonyos az, hogy a gerinczvelő ilyenmő magas laesioinál gyakran, sőt mondhatjuk a legtöbb esetben jelentkeznek olyan complicatio, melyek a reflex utak befolyásolása által a reflexek kimaradását eredményezik.

Már most csak röviden e complicatioakat akarom megbeszélni, melyek az ily magas laesioknál elő szoktak fordulni s ezekkel együtt azokat a magyarázatokat is, melyek a reflexhiány értelmezésére szóba jöttek és jöhetnek.

Azok, a kik a reflexhiányt magának a pályák megszakításának következményeül fogták fel, többé-kevésbbé mind *Bastian* hypothesiséhez csatlakoztak. E hypothesis abban állott, hogy a teljes megszakítás által megszűnik a kisagynak az izomzatra gyakorolt tonizáló hatása s ezért maradnak ki a reflexek. A kik ezzel szemben a reflexek hiányának okát a reflex-ív direct laesiojában találták meg, azok e secundaer laesioknak okát igyekeztek kutatni. Igy *Egger* azt hiszi, hogy a trauma útján létrejött laesioknál a trauma indirecte az egész idegrendszerre hat s e hatás az idegsejtek functiojában változást idéz elő. Az idegsejtek functiojának ez a változása okozza a környi idegek s izmok degeneratioját. Később azután a functionális elváltozások anatomiailag kimutathatókká válhatnak. *Jendrassik* azon a véleményen van, hogy az ágyéki rész állapotát a laesio által előidézett circulatio zavar idézi elő. *Bischoff* esete alapján a csigolyacaries által előidézett esetekben a tuberculotikus folyamatnak esetleg az agyhártya útján a hátsó gyökökre való tovaterjedését okolja, más esetekben pedig a complicáló megbetegedésekben, cystitis pyelitis, sepsis, marasmus stb. találja a reflex út secundaer megbetegedésének okát; ismét mások független peripher neuritist vesznek fel stb.

Mindenesetre különbséget kell tennünk azon reflexkimaradás közt, mely a megbetegedés elején mulékonyan jelentkezik s a közt, a mely esetleg a megbetegedés elején vagy később, de állandó jelleggel lép fel. A megbetegedés kezdetével egyidejűleg jelentkező reflexhiányt általánosan a *shok*-nak tulajdonítják. Az bizonyos, hogy a *shok* elnevezés alatt itt sok minden van összefoglalva. Mert pl. igen gyakori tünetem az, hogy rendes acute fellépő lobos háti myelitisek petyhüdt hűdással veszik kezdetüket s csak később válik a hűdés spastikussá. Ez esetekben valószínűleg nem az idegrendszer rázkódtatása által létrehozott functiozavar az oka a tüneteknek, hanem inkább talán a lobos gócz által létrehozott circulatio zavar, esetleg a valószínűleg fennálló collateralis oedema, a mely annál erősebb, minél vehemensebben és acutabban kezdődik a folyamat, a mi a klinikai észlelésnek is teljesen megfelel. Hogy már most pl. egy csigolyacaries vagy csigolyatörés alapján létrejött compressio myelitiséknél mennyi szerepe van a functio megzavarásában az idegrendszer rázkódtatásának s nincs-e szerepe a circulatio nevezett elváltozásainak, azt megállapítani nem lehet. Ez esetekben tehát mind e tényezők együtt vannak összefoglalva a *shok* elnevezésben. S ezt főleg azért emelem ki, mert éppen ez esetekben a *shok* neve alatt értett

folymat úgy tartamára, mint következésére nézve különbözik a valódi shoktól, a mit pl. agyvérzéseknél látunk. A mi a tartamát illeti, rendszeren hosszabb ideig tart, így az én esetemben 18 nap után tértek csak vissza a reflexek, Bastian egy esetében csak 20 nap múlva s vannak esetek, a hol még sokkal később. És épen ezért emeltem ki azt, hogy csak azok az esetek jöhetnek számba, akár a Bastian-féle tétel mellett, akár ellene, hol az észlelés meghaladja azt az időt, melyet az úgynevezett shok igénybe vesz. Nincs már most könnyebben elképzelhető dolog, mint hogy azok a functionális változások, melyeket a circulatio e zavara létrehozott, állandókká, anatomikusokká válnak, különösen akkor, ha a circulatio e zavara hosszabb ideig tart. S ez egyik magyarázatát adná azoknak az eseteknek, hol a reflexek nem térnek vissza többé. Másként áll természetesen a dolog azokban az esetekben, hol a reflexek nem a laesio kezdetén hirtelenül, hanem csak később s nem oly hirtelenül vesznek ki. Itt természetesen shokhatásról nem beszélhetünk. S ezekben az esetekben úgy hiszem nem kicsinylendő szerepet játszik a cerebrosinialis folyadék nyomásának növekedése s az agyhártyák állapota. A leírt esetben azt láttuk, hogy a pia venosus pangás székhelye volt, meg volt vastagodva s a rajta keresztülmenő gyököket strangulálta, a mi világos oka e gyökök elfajulásának. Agytumornak igen gyakori lelet az ágyéki hátulsó gyökök elfajulása, a melynek okát majdnem kétségen kívül a nyomás fokozódása tekintendő. Nagyon valószínűnek tetszik nekem, hogy az agyhártyák ily venosus pangásos állapota, a mely valószínűleg a nyomás nagyobbodásának következménye, az esetek nagy részében jelen van s a rajta átmenő gyökök is sokkal több esetben vannak bántalmazva, mint azt leírva találjuk. A pia venosus pangását pl. Birch Hirschfeld igen gyakran mondja s különösen erősen látta kifejezve oly gerincegyi daganatok székhelye alatt, melyek a gerincezsatorna ürét erősen szűkítették. Hogy ily elváltozásokról az e kérdést tárgyaló dolgozatokban oly ritkán találunk említést, annak talán az az oka, hogy általában igen kevés közlésben találunk említést agyhártyák vizsgálatáról, s hogy igen kevés kutató alkalmazta vizsgálatánál a Marchi-féle festőmódszert, a mely a gyököknek esetleg csak kezdeti laesiojára is felhívta volna a figyelmet. A reflexkimaradás ily magyarázata érthetővé tenné azokat az eseteket, melyeknek lefolyása igen lassú volt s a reflexek mindig jelen voltak. Ez esetekben a gerincezvelőnek talán van ideje a változott circulatio viszonyokhoz alkalmazkodnia. Magától értetődik, hogy a cerebrosinialis folyadéknak ez az akár mechanikus, akár lobos úton létrejött nyomásemelkedése nemcsak nevezett úton, hanem a nedvkeringés és táplálkozási viszonyok befolyásolása által, esetleg az egyes idegelemek, pl. idegsejtek közvetlen s ezek útján közvetve az izmok bántalmazottsága által is létrehozhatja a hűdés petyhüdttségét s a reflexek hiányát. Vannak azután esetek, hol a reflex-ív megbetegedése nem függ a primaer laesiotól, hanem azzal párhuzamos s legfeljebb csak aetiologiája közös azzal (tuberculosus neuritis) s talán lehet némi szerepet tulajdonítani a marasmusnak, láznak stb. is, melyek az ilyen megbetegedéseket rendszeren kísérik, bár viszont más septikus s marantikus tünetekkel járó megbetegedéseknél nem igen észlelték még a reflexek kimaradását.

Mint már a szövettani lelet összefoglalásánál említettük, esetünkben az elülső és hátsó gyökök nem igen nagyfokú, sok helyütt csak kezdődő degeneratioja áll fenn. S ezzel egyetemben felvetettük azt a kérdést, vajjon ez a lelet s a klinikai status azon tünete, hogy a reflexek nem voltak kiválthatók, teljesen fedik-e egymást. Én azt hiszem, hogy teljesen nem.

Csak két példával akarom ezt illusztrálni. Tabeseseknél, a hol a hátsó gyök sokkal nagyobb mérvben volt degenerálva, visszatérni látták a reflexeket, ha a betegséghez valamely a reflexgátlást megszüntető complicatio (pyramis degeneratio apoplexia vagy lateralsclerosis folytán) társul. Ugy látszik tehát, hogy ha a reflex útjában levő idegrostoknak csak kis része is ép, úgy a reflexek létrejötte biztosítva van, ha oly momentum is szerepel, mely az izmok működésére tonizálólag s ez által a reflexműködésre elősegítőleg hat. Ezekben az esetekben, melyekkel foglalkozunk, ez utóbbi momentumig a pyramisok működésének kiesése rendszeren jelen van s így a gyökök nem teljes laesioja a reflexhiányt nem magyarázza meg még talán az én esetemben sem, a

hol pedig nemcsak a hátsó, hanem az elülső gyökök is bántalmazva vannak. A másik dolog, a mit fel akarok hozni, épen az, a miről már fennebb említést is tettem, t. i. hátsó gyökdegeneratio agydaganatok kíséretében, a melyek mellett aránylag kevés esetben észlelték a reflexek kimaradását.

E két példa tehát azt mutatná, hogy azok az anatomiai constatalható elváltozások, melyeket a megbeszélte esetekben találunk, nem magyarázzák meg teljesen a hűdés petyhüdt voltát s így valamely más momentumnak is szerepet kell itt játszania, a melyet eddig nem vettünk számba. S ezt úgy hiszem nem lesz nehéz megtalálnunk. Azok között az elemek között, melyekből a reflexpálya alakul, az elülső szarvi idegsejtek állapota igen nagy fontossággal bír. Bizonyos pathologiai jelenségek, mint a tabes és hemiplegiás izomsorvadás, figyelmessé tettek bennünket arra, hogy ezeknek az idegsejteknek a működése hogyan módosul akkor, ha bizonyos ingerek, melyeket a pyramisrostokkal, illetőleg a hátsó gyökök collateralisaival való összefüggés állandóan fentart, megszűnnek. E sejteknek háromféle rosttal van érintkezésük, a pyramisrostokkal, a hátsó gyökök collateralisaival s mint az újabb vizsgálatok (Van Gehuchten, Marchi) minden kétségen felül bebizonyították, a kisagytól jövő centrifugal rostokkal. Hemiplegiánál a pyramisokkal való összeköttetés szűnik meg s a vizsgálatok az idegsejtek degeneratioját kimutatták. Itt azonban a nem degenerált izomzat tonusa fokozott lévén, a reflexek megmaradnak. Tabesnél hasonlóképpen kimutatható az idegsejtek elváltozása, a melytől a sorvadás függ s mely magyarázatát a hátsó gyökök collateralisaitól jövő állandó ingerek megszűnésében leli. A tárgyalt esetekben azonban az idegsejteknek a kisagytól jövő rostokkal való összeköttetése is megszűnik. Nem akarok mindazoknak a régibb és újabb elméleteknek tárgyalásába belebocsátkozni, melyek a kisagynak az izmokra s reflexekre gyakorolt befolyásáról fennállanak. A kisagynak legbehatóbb tanulmányozója, Luciani azt találta, hogy a kisagy kiirtásakor a megfelelő oldali végtag izmai tonusukban veszítenek. E kérdés felderítésére magam is végeztem kísérleteket, melyek czélja a kisagykiirtás által a reflexekre gyakorolt hatásnak tanulmányozása volt.

E kísérleteket s azok eredményét más alkalommal bővebben óhajtom ismertetni s most csak azt akarom kiemelni, hogy egyes angol szerzőkkel szemben s Luciani eredményének megfelelőleg úgy találtam, hogy a féloldali kisagy kiirtása az azonos oldali végtag izmainak tonus csökkenését s a reflexeknek nagyfokú gyöngülését, egyes esetekben egy időre teljes kimaradását hozza létre. Hogy ez így van, ezt a kisagytumorsok elég bő casuistikája is eléggé bizonyítja. Ugy látszik tehát, hogy a kisagy e rostjainak az elülső szarvi idegsejtekre s így az izomzatra határozottan tonizáló hatása van, melynek kimaradása a reflexműködés megítélésénél okvetlen számba veendő. Ily körülmények között azután a reflexútnak közvetlen megbetegedése egészen más megbirálás alá esik s egy kevésbé intensív laesio is elégségesnek ítéltető arra, hogy a reflexműködést teljesen megbénítsa. De hogy e direct laesio jelenlétének felvételére szükség van, azt azok az esetek bizonyítják legeleget, melyeknél a teljes megszakítás dacára is jelen voltak a reflexek, mert hiányzott a reflexútnak secundaer megbetegedése.

Mindezek után oda concludálhatunk, hogy az idegsejteknek az agyi, nevezetesen a kisagyi centrifugal pályáktól való elszakítása az idegsejtek, s így az izmok tonusát csökkenti s ez által oly állapotba hozza, a mely a reflexműködés létrejöttét kedvezőtlenül befolyásolja. Ily körülmények között azután a reflexútnak épen az ily esetekben gyakori kisebb intenzitású secundaer megbetegedése is elég arra, hogy a reflexműködést teljesen felfüggeszsze.

Befejezésül végre nem hagyhatok egy momentumot említés nélkül, a mi ugyan a tárgyaltakkal összefüggésben nem áll, de mint histologiai tény érdekességgel bír. Mint a tárgyalt esetben láttuk, az elülső gyököknek egészen hasonló megbetegedése volt jelen, mint a hátsóknak. Az eddigi gyökvizsgálatok azt mutatták, hogy a hátsó gyök belépési viszonyai mások, mint az elülsőké. A hátsó gyökök t. i. a piának ú. n. Obersteiner-Redlich-féle gyűrűjén keresztül lépnek be, mely gyűrűnek már kiskorú strangulatioja is létrehozza a gyök megbetegedését s mely gyűrűnek megfelelőleg a gyökön egy állandó befűződés látható. És épen ezt tekintették a hátsó gyökök vulneribilitásán kívül egy oly tényezőnek, melynél

fogva bizonyos körülmények közt (pangás, chronikus lob stb.) csak a hátsó gyökök betegednek meg, míg az elülsők épek maradnak. Ez esetben azt láttuk, hogy az elülső gyökök belépésénél ugyanilyen gyűrű van jelen, a melynek strangulatioja folytán lépett fel a gyök megbetegedése. Ugy látszik tehát, hogy az elülső és hátsó gyökök közt tekintetben lényeges különbség nincsen.

TÁRCZA.

Adat Korányi Frigyes irodalmi működéséhez.

Közlő: *Tauszke Ferencz* dr. egyetemi m. tanár.

Most, hogy mesterünk, *Korányi Frigyes* félszázados orvosi működésének évfordulóját ünnepli Magyarország orvosi kara, több helyen történik hivatkozás irodalmi működésére. Nem lehet czélom e téren kifejtett tevékenységét ez alkalommal vázolni. Sokkal ismertebb ez előttünk főbb vonásaiban, semhogy bővebb részletezésre szorulna. Tudományos dolgozatai nevelkedtünk. Búvárkodásainak eredményei voltak az első köztől valók, melyek a külföld munkáiban helyet találtak és az utat egyengették a belgyógyászatban követőinek. *Korányi* nagy gyűjtőmunkáiban találjuk ma is tudásunk támaszeit. Dolgozataival egyaránt szolgálta a tudományt, az ország egészségügyét és orvosi rendünk érdekeit. Czikkeivel közreműködött egyetemünk fejlesztésén és a tanügy rendezésén.

Hogy most mégis megragadom az alkalmat, hogy irodalmi tevékenységéhez adatokkal szolgálhassak, ezzel csak egyik hibámat óhajtom jóvá tenni.

Midőn 1896-ban, az ezredéves kiállítás alkalmával a *Korányi Frigyes* igazgatása alatt álló belgyógyászati klinika személyzetének irodalmi működését összeállítottuk, megkísérlettük egyszersmind a mester irodalmi tevékenységének lehetőleg hű képét adni. A nehézségek nagyok voltak és már akkor éreztük az összeállítás hiányait. Ezen összeállítás szerint *Korányi Frigyes* irodalmi működésének kezdete az ötvenes évekre esik, midőn „Adalék a lép helyzetváltoztatási tanáchoz”, „Úti töredékek”, „Tanulmány a bujasenyvtan köréből” című dolgozatait közölte, melyek mindannyian az „Orvosi Hetilap” hasábjában jelentek meg. Ez azonban tévedés. *Högyes Endre* tanár úr néhány év előtt volt olyan szíves figyelmemet *Korányi Frigyes* tényleges első dolgozatára felhívni, mely az „Orvosi Társ” negyedik folyamata II-dik kötetében, 1848-ban látott napvilágot.

A kicsiny könyv elsárgult leveleinek címlapján mint szerkesztők *Bugát Pál*, a physiologia, közönséges pathologia s therapia és gyógyszer tudomány rendes tanára és *Flór Ferencz*, szab. kir. Pest város első főorvosa és kórházigazgatója szerepelnek. Sajátságos érzéssel lapozgatunk ezen kötetben, melynek hasábjain sűrűn találkozunk *Bugát, Sauer, Reisinger, Pólya, Verebélyi, Stockinger* stb. neveivel. Mint „az orvoskari működések hivatalos közlönyé”-ben pontosan közölve vannak az orvoskari közgyűlések jegyzőkönyvei, melyekből kitűnik, mily óriási átalakuláson megy keresztül az orvosi rend és tanítás és élénk világot vetnek egyszersmind azon küzdelmekre, melyek a reformok keresztülvitelét körül fenforogtak a régi rend hívei és az új szellem képviselői között. A m. orvos-sebész kar 1848. évi július 4-dikén tartott ülésének jegyzőkönyvében, melyet *Kovács Endre* jegyző vezet, egész terjedelmében találjuk közölve az orvos-sebész tanulmányi reform tárgyában a tanári testület által felterjesztett javaslatot, a mely a könyv többi cikkei után ítélve, nem igen talált az országban osztatlan elismerésre, pedig a gyűlésen jelen voltak között *Reisinger, Gebhardt, Schordan, Csász, Sadler, Bugát, Rupp, Arányi, Jakobovics, Nedelko, Stockinger, Lippay, Nendtvich* neveivel találkozunk. Az akkori tudományos világ igen nevezetes képviselői is érezték, hogy az orvosok helyzete nem valami fényes. Mozgalmak indulnak meg az ország több részén az orvosi rend helyzetének javítására és több cikk foglalkozik „orvosügyi bajaink”-kal és „hogyan miképpen segíthetnénk rajtok”. De a mi csodálatos és jellemző, ezen dolgozatok jó részt személyes kérdésben tárgyalják egy egész rendnek közérdekű ügyeit. Így *Pólya* egyik cikkében támadást intéz *Sauer*

ellen, hogy az mint tanár és mint ministeri tanácsos is hűz fizetést és magának feljebb- és alattvalója lett. Vádolja *Stählyt*, hogy a hivatalokat a maga embereivel rakta tele, de vádolja *Balassát* is, hogy az „mint *Eötvösnek*, a volt cultusministernek házi orvosa lett orvossebész tanuló tanácsadója és maradt mint sebész tanára”. Ezen támadás két erőteljes felszólamlásra bírja *Balassát* és nyilatkozatra készíti *Sauert*, ki az ellene felhozott gyanúsításokat alaptalanoknak nyilvánítja. Erre azután *Pólya* válaszol ismét *Sauernek* és pedig nem a legválogatottabb kifejezésekben. Ezen tudományos szakközöny hasábjain egyébként is bőven találkozunk személyes támadásokkal és viszonyválaszokkal, mi mellett egy csomó javaslaton kívül a tudományos dolgozatok csak szerény sorozata köti le figyelmünket.

Itt pihen meg szemünk „Szózat az orvoskar javaslatkészítő választmányához” című dolgozaton, mely független és önálló gondolkodásában szembeáll elfogult személyes nézetekkel és mint közérdekű ügyet fejtegeti az orvoskari reformjavaslatnak egy sérelmes pontját, t. i. azt, mely a sebész tanfolyam eltörléséről szól. Nyíltan és bátran szemébe mondja a javaslatkészítő bizottságnak, hogy „egy tollvonással családapákat és családokat tesz tönkre”, de becsületességükhöz és szívükhez appellálva elvárja tőlük, hogy segíteni fognak a bajon. Nézete szerint szükséges a sebész tanfolyam eltörlése, de úgy, hogy a már ezen pályán levők kenyerüket ne veszítsék. A szónoki lendülettel megírt egész cikkben a minden önérdektől ment, fenkölt, nemesen érző egyéniség képe tükröződik vissza és észszel párosult nemes szív jellemzik a dolgozat íróját: *Korányi Frigyes*. De minden tollnál ékebben ecsetelje maga az itt közölt dolgozat azt a férfit, ki mint 19 éves ifjú, orvosnövendék korában közreműködik az egyetemi tanítás mai rendszerének fejlesztésén és sikra száll azon rend érdekében, mely most örömmel és büszkeséggel ünnepli lelkes tagja félszázados orvosi működésének jubileumát.

„Szózat az orvoskar javaslatkészítő választmányához.”

Midőn a martiusi napok után az állodalom minden rendszereinek szükséges átalakítása megkezdett, az orvoskar is sietett megragadni az alkalmat, hogy a páratlanul elhanyagolt egészségügyi rendszert megvizsgálván, egy okszerű javaslat által megmutassa a ministeriumnak az utat, mellyen azt czélszerűen javíthatják.

Az orvoskar tehát — minden pestbudai orvost tagjának lenni kijelentvén — összeült s kebeléből egy választmányt nevezett ki, mely a javaslatot kidolgozza.

A választmány három szempontból kelle kiindulni, úgy mint:

1. Hogy a nép egészségi ügye tudományosan művelt orvosok, nem pedig kuruzslók által kezeltessék s a legszegényebbek is orvoshoz és gyógyszerhez lehető legkönnyebben jutnia lehessen; mire nézve

2. gondoskodni kellett arról, hogy egyetemünk, mely mind a mellett, hogy Európa leggazdagabbjainak egyike, mindeddig annak legnyomorabbika volt, hogy ez, mondom oly állapotba helyeztessék, mely az orvosnövendékek kellő kimivelésére alkalmas legyen,

3. pedig, hogy a sok fáradozás után végre oklevelet nyert orvos ne legyen kénytelen nyegleség, társai rágalmazása s így az orvosi állás becsületének aláásása által kenyerét keresni, hanem a világba lépén, biztos állást és illedelmes életmódot nyerhessen.

A választmány ezeket akként vélte elérhetőknak, hogy 1. az egészségi ügynek egy külön bureau alakíttassék, mely Magyarországnak állapotát orvosi szempontból a ministeriumnál repraesentálja. 2. Az egyetemre nézve, hogy az illőleg fölszerelttén, benne a szabad tanítás és tanulás által a magokat művelni akaróknak eléggé tág mező nyitassék, a felszeg készütséget ígérő s csak a gyakorlatban nagy szorgalom által kiegészíthető sebész tanfolyam megszüntessék. 3. pedig, hogy a pályavégzett orvosok nagy része, sőt a mennyire lehet, mindannyian az állodalom által fizettetvén s így életmódjuk biztosítottván, kötelességeiket annál lelkiismeretesebben s függetlenebbül teljesíthessék. Szükséges volt tehát számos hivatalok felállítása, melyek egy része a középpontot képezi s ide tartoznak a bureau és az egyetem tagjai; másik

része a környéket s ide a kerületi, megyei, járásbeli főorvosok s a községi orvosok számlálatnak.

Kitetszik tehát, hogy mind a három pontnak a lehető legjobban van megfelelve és mégis mi okozza a javaslat ellenében az orvosok legnagyobb részének ellenszenvét? talán a hivatalt nem nyertek sértett önérdéke? vagy a javaslat céliránytalansága?

Az Orvosi Társaság azóta ezen tárgy gyakran fönforgott; s némelyek kisebb-nagyobb füttykösökkel neki rohantak a javaslatkészítőknek, míg viszont ezek kezöket mosva minden hibát amazok részére igyekeztek tolni; s a vita közt legtöbbet kaptak *Kovács Endre*, mint a választmány tollvivője, és *Sauer Ignác*, mint újan kinevezett ország főorvosa, holott az elsőnek eddigi munkás és fölvilágosodott jelleme, valamint a reformok élénk állása tiszta szándokáról kezeskedik, habár akarata ellen becsüszott is egy kimondhatatlan *ártalmas pont*, melyről szölandunk; a másodiknak pedig egyedüli hibája az, hogy méltóságán alólinak tartja a nyegleség hét országra szóló tárogatójába fújni.

Hol tehát a hiba? fogják önök kérdeni.

Nézetem szerint mindkettőben.

Az első pártról, mint olyanról, mely mindaddig kiirthatlan lesz, míg a macskának természetében fekvendő az egerészet, szölandani fölösleges; ezt ösmeri az egész világ; hanem szölandunk a javaslatnak nem annyira hiányairól, mint inkább annak — egyes a rossz akarataknak tág köpenyt kináló — pontjairól.

E tekintetben különös figyelmet érdemel azon pont, mely a sebészeti tanfolyam eltörléséről szól.

Ki ezen satiráját minden tudománynak ösmeri, hol több évezred tapasztalatának levonatait, a még gymnasialis iskolákat nem végzett, vagy épen borbélyi combinációk színhelyéről jövő növendékek két év alatt akarják beoltani, lehetetlen, hogy föltétlen eltörlésére ne szavazzon. Ezt kívánta a választmány is javaslatában kifejezteni, s ebbeli heveskedésében, midőn a *rendszer* gyilkos mivoltát fölleplezte, minket, kik ezen tudományokat 5 évig hallgatjuk, csaknem csallhatlanoknak; azokat pedig, kik ama tanfolyamból kikerülnek, tehát a *személyeket* gyilkosoknak declarálta.

Ez uraim szomorú dolog!

Mert tekintsünk kissé az életbe, s találni fogjuk, hogy e két következmény, melyet nem akart ugyan a választmány a tételből kivonni, de melyet mind az, ki csak akarja, kivonhat, épen nem áll. Valljon nem a sebészeti tanfolyamból került-e ki a sebészet Herculese *Dieffenbach*? nem-e *Wattmann*? *Velezki*? (kit ugyan nem ideálként hozok elő, hanem mint olyat, ki mégis egyszerű sebészből a tanári székhelyig vergődött. Tempi passati!!!) sőt ne menjünk oly messzire, nézzük megyéinket, nem egyet, nem is kettőt fogunk találni, hol — míg a megyei főorvos diplomájának árnyékába naponként háborítlanul nyugszik, s húzza a fizetést — addig egy sebész legnagyobb erőmegfeszítéssel is alig bír megfelelni tág gyakorlatának, melyet magának kivívott, nem a köznép körében, mint a javaslat említi, hanem a legfelsőbb körökben is. S ilyenkor mi történik? Ha e kettő összező, az orvos minden bosszúságát e szóba foglalja „sebész” s szemébe dobja ennek. A község ezzel, az igaz, nem sokat gondolt eddig; hanem hívta tovább is azt, kihez bizalma volt. Most azonban másként áll a dolog.

Az orvoskar javaslatkészítő választmánya — habár akaratalanul is — kimondotta a gyilkos szót, s az irigység nem kiáltja többé „sebész”, hanem hóhér! s uraim, orvos urak! tekintsük állásunkat, nem föltétlen bizalom-e becsületünk és lelkiösmeretünk iránt az, mire nekünk okvetlenül szükségünk van? s nem épen ezen csiklandós állás-e az, melyben a rossz akaratazt leghamarább megdöntheti? Egy tagjának halála által megszorított család nem hajlandó-e hitelt adni a rágalomnak, ha azt sugja fülebe: „atyádat, testvéredet vagy férjedet azon sebész gyilkolta meg, kire életét oly bátran biztad”, s melyik beteg nem iszonyodnék azon orvostól, kire az orvoskar a legnagyobb capacitások egyeteme mondá ki az ítéletet.

S ezen tény káros következményeit én, ki alig pár hét előtt jöttem Magyarország nagy részeit magában foglaló útról, már láttam is.

Nem azáltal kellett volna a sebészeti tanfolyamot eltörlülni,

hogy a sebészek ellen a községben gyűlöletet gerjesztve a rosszakkal a jókat is fölládozzuk, hanem bedugni kell a forást, melyből jönnek; akkor segítve lesz a bajon.

A szerencsétlenség megtörtént; a választmány egy tollvonással családapákat és családokat tett tönkre, s felelni fog érettek az isten és a világ előtt, ha kezet nem nyújt arra, hogy a hibát helyre hozza. S mind az, ki a javaslatkészítő vagy tagjainak becsületes jellemét ösmeri, ezt bizton várja is tőlük.

Mi által segíthetünk, kérdik önök?

A nagy bajt egy olly szerrel lehet orvosolni, mely az okos ember előtt nem nagy dolog, s melytől csak a hiúság borzad vissza.

Bugát tanár megtette az indítványt, mely egyedül célhozvezető s ez abban áll, hogy a már gyakorlatban lévő sebészeknek bizonyos föltételek mellett orvosi diploma adassék.

Jól tudom, miként sok fölfújt úri ember fogja eldobni e lapot, valamint eldobta az Orvosi Társaság szölandat olvasva: „hanem én még egyszer mondom Önöknek, több száz kenyérvessztett család álka fogja Önöket kísérni, ha nem segítenek”.

S kérdem, mért ne tennők ezt? valami olly borzasztó nagy dolog az az orvosi oklevél? valami mágnes, mely a betegeket ezrenként vonja az ügyetlen orvos mésszárszékére? Erre az orvosok magok legjobban felelhetnek! Ez uraim a község bizodalmat nem bíró sebész kezében semmittevő üres báb, a fáradalmas tanulmányok útján saját erejéből kimívelődött kézben pedig pallási paizs, mely előtt a rágalom kövé vál.

A föltétel, melyhez az oklevél kötve legyen, véleményem szerint nem lehet más, mint egy kísérlet az orvoskar előtt természetesen nem scolasticus, hanem gyakorlati *szempontból*, melynek a magát alája vető sebész, mester vagy nem mester (főre a gyalázatos szűkkeblűséggel) orvosdoctori diplomát nyerjen.

Ez, mintán a sebészeti tanfolyam eltörlése halaszthatatlan, többé nem elv, hanem személyes kérdés.

Erre, valamint a ministerium, úgy az orvoskar figyelmét is fölhívom.

Magyarország sebészeit pedig ezennel fölszólítom, készítsenek egy *petítiót*, és szölsítsák föl az orvostudorokat is aláírására. Az aláírásokból majd kiviláglik, kik készek hiúságokat fölládozni emberek jólétének, s kik a fölfújt hólyagok, melyekről minden visszapatlan.

A kivitelt akként vélném legcélszerűbben: nyitassék minden megyében egy-egy iv, mely mentül több sebész és orvosok aláírásával ellátva küldessék bizonyos határnapig — mely mennél rövidebb legyen — legfőlebb augusztus 1-ig Pestre valamely közbizodalom tanárhoz, vagy más egyénhez (természetesen bérmentes levelekben), ki azokat a fogalmazott *petíció* hoz csatolván, a nemzetgyűlés elébeterjesztéséről gondoskodni fog.

A sebész urakat saját javukért figyelmeztetem, ne táblabíráskodjanak sokat, hanem siessenek magokon segíteni, és én hiszem segítve lesz rajtok.

Korányi Frigyes s. k.

És ha *Korányi Frigyes* ma üli orvosi működésének ötvenedik évfordulóját, irodalmi tevékenységének ez az 53-dik éve. 53 éven keresztül szállt sikra mély tudással, soha nem lankadó lelkesedéssel azon ügyért, melyen lelkenek egész erejével csüggött, melynek egész életét szentelte. A mostan élő orvosgeneratio tudja, milyen eredménnyel. Sikereinek méltatása avatottabb tollra vár az enyémenél. De a fent közölt dolgozaton kívül félszázadot meghaladó irodalmi működés igazolta, hogy a mély tudás nem zárja ki a szív hangjait sem, mert a mit megtett a *fiatal Korányi*, midőn sebészársai érdekében sikra szállva azokat megvédelmezni iparkodott a közjó érdekeinek figyelembe vételével, azt megtette a pályáján fényesen előtörő *Korányi Frigyes* is mindenkoron. Tollával fáradhatatlanul készen állott küzdeni embertársaiért.

Adja a sors, hogy az avatott kézben oly hatalmas fegyvert, a tollat még sokáig forgassa a tudomány, a közjó és orvosi rendünk érdekében és még sokáig működjék áldásdúsan azon a téren, melyen most az elimerés, szeretet és hála virágaiból fonják ünneplő a hír és dícsőség hervadhatlan kőszorúját.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Ujabb mozzanatok a köszvény tanában.

Visszapillantás a lefolyt évré.

Közli: Weisz Ede dr. póstyéni fürdőorvos.

Irodalom. 1. Arthur P. Luff: Die Gicht, ihre Pathologie und Therapie. Übersetzt von Ralf Wichmann. Berlin. — 2. A. P. Luff: The influence on gout of the mineral constituents of various vegetables. Med. chir. Transact. 1900. Vol. 81. — 3. Chalmers Watson: Uric acid and gout, some points in the physiology of uric acid. Brit. med. Journal 1899. január. — 4. E. G. Stumme: Ein Fall von schwerer Gicht mit Amyloiddegeneration. Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 64. — 5. Desnos: Des hématuries chez les gouteux. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XVII. 11. — 6. Folet: Auto-observation de furoncolose. Arthritisme et végétarisme. Bull. méd. 1900. — 7. Hager: Zur Pathogenese der Gicht. Münchener med. Wochenschr. 1900. — 8. W. His: Schicksal und Wirkungen des sauren harnsauren Natrons in Bauch und Gelenkhöhle des Kaninchens. Deutsches Arch. f. klin. Med. 1900. — 9. Max Freudweiler: Experim. Untersuchungen über die Entstehung der Gichtknoten. Deutsches Arch. für klin. Med. 1900. — 10. Ferd. Blumenthal u. Lewin: Über Sidonal. Therapie der Gegenwart. 1900. — 11. Klemperer: Kritisches über Gichtmittel. Therapie der Gegenwart. 1900. — 12. W. Orłowski: Vergleichende Untersuchungen über Urotropin, Piperazin, Lysidin, Uricedin u. Natron bicarbonicum bei der harnsauren Diathese. Zeitschrift für klin. Medizin. 1900.

Mialatt Németországban elméleti s klinikai ténen egyaránt, lépésről lépésre haladva, a köszvény régi, Garrod-féle tanát teljesen romba döntik, az angol szerzők a vérökbe átment, immár téveseknek bizonyult dogmáktól nem tudnak válni. Így Luff¹ a köszvény eredetét még mindig kizárólag a vese functionális bántalmában keresi, noha az új tanok előtt sem zárkozik teljesen el. Így megengedi, hogy a vér alkalascentiájának csökkenése nincs befolyással a húgysavnak a vérben való oldódására. A húgysav szerinte ép embernél a vesében képződik, de — és ebben az új irányhoz közeledik — leukocytosissal járó megbetegedéseknél nem tartja kizártnak, hogy a fehér vérszettek nucleinéből a lépben és esetleg az egész testben is képződhetik.

Érdekes vizsgálatokat tett különben ugyanazon szerző² a főzékek hamujára nézve, mely 0.05-os oldatokban a biurátok oldódását lényegesen elősegíti. Ezen befolyás azonban sem az alkatrészek alkalascentiájával, sem a kálium, natrium, mész, foszfatok, sulphatok vagy chloridok mennyiségével nem mondható arányosnak; sőt mesterséges növényi hamu — a mint az a hús ásványi alkatrészeiről már régebben tudva van — az uratok oldékonyságát alább szállítja. Köszvényeseknek ezen „vegetabilis sók” használatát ajánlja a közönséges sók helyett.

A húgysav keletkezési helyére vonatkozólag Chalmers Watson³ a szervek abszolút s relatív húgysavtartalmából von következtetést. A legtöbb húgysavat abszolút értelemben a máj tartalmazza, de a lép relatív húgysav-tartalma nagyobb mint a májé s egyszersmind nagyobb mint a veséé. Korántsem mondható tehát a vese a húgysavképződés legkiválóbb helyének. Egyébként az eddigi adatokkal ellentétben a madarak vérében is talált húgysavat, szintúgy a kigyó vérében, de emlősöknél csak kivételesen (egy bárány vérében) talált húgysavat.

Stumme⁴ egy ritkább, amyloid degeneratioval járó köszvényesetet ír le.

Desnos⁵ több ízben látott haematuriát köszvényeseknél, a melyet corcrementum vagy congestio okozott.

Folet⁶ önönmagán furunculosisra észlelt a többi között köszvény folytán. A köszvény franciaországbeli gyakorisága mellett szólnak bevezető szavai: „Je suis arthritique. Qui ne l'est pas à l'arthritisme est le père d'une foule d'états morbides très divers”. Vissza-visszatérő súlyos furunculosisától csak növényi étrend életbeléptetése által tudott megszabadulni.

Hogy a köszvény tana utóbbi időben milyen rengeteg változáson ment át, jól tűnik ki Hager⁷ referáló előadásából. Régebben a köszvény közvetlen okának a húgysavat tekintették, annak keletkezését a vesében vették fel. A mennyiben a húgysav a fehérjebomlás végső termékének tekintették, a húgysavat tökéletlenül élelyült húgysavból származtatták. Azóta kitűnt, hogy a húgysav nem oka, hanem tünete a köszvénynek, nem a húgysavból származik s nem egyedül a vesében képződik, hanem a sejtek nucleinéből, mely pedig (Zagari) a test összes szerveiben azok nuclein-tartalmához képest.

Ilyen módon a „köszvényes alkati megbetegedés” fogalma nem fűződik többé egyoldalúlag egyik-másik szervhez, hanem az összes szövetekhez, magához a sejthez, a mi végre is minden anyagcsereének központja. Így válik azután Cantani-nak s azóta számos szerzőnek felvétele érthetővé, mely a tophusok keletkezéséhez az általános viszonyok kívül bizonyos szöveteknek (porcz, periarticularis képletek) egyszersmind helybeli dispositióját tartja szükségesnek.

S valamint bizonyos szerv helyébe a sejt általános fogalma lépett, úgy a húgysav helyébe a légeny, az N elemi fogalma került. A húgysavról ki van mutatva, hogy noha köszvénynél egyes helyeken lerakódhatik, mégis jellegző anyagcserebeli magatartást összességében nem tanusít. (A vizeletnek húgysavas üledéke csak fokozott aciditásnak vagy nagyobb concentrationnak jele.) Ellenben összevágunk a vizsgálatok az irányban, hogy a köszvényes szervezet N-anyagcsereje hibás; roham-kivüli időkben N-retentio, roham alatti s utáni időkben N-hiány van jelen, szóval az N-egyensúly mód felett ingadozó!

Rendkívül érdekes világot vetnek a köszvényes tophus keletkezésére s eltűnésére His⁸ s Freudweiler⁹ kísérletei, a melyekben húgysavas keverékek befecskendése által mesterséges tophusokat állítottak

elő tyúkokon s nyulakon. Ezen lényegökben lobos góczok néhány héten belül teljesen eltűntek, felszívódtak. Míg eddig a húgysavas lerakódások felszívódása körül mindig csak vegyi tényezőkre gondoltak, His kimutatta, hogy a húgysavas lerakódás eltiűntetésében nagy szerep jut a húgysavval megrakott phagocytáknak. Ezen phagocytákat csak a gócz közelében lehetett látni, de már a nyírkmirigyekben nem voltak többé kimutathatók, a mi annyit jelent, hogy a húgysavas rögök magukban a sejtekben — nyilván a sejt anyagcsereje folytán — vegyileg átalakultak.

Ha a húgysav tényleg a sejtek nucleinéből való s ha másfelől His⁸ észleletei helyesek, úgy ebben a magam részéről a cellular-physiologiájának, a sejt biologiájának hatalmas jelét, a köszvényes anyagcsere-nek pedig befejezett körfutását vélel látni.

Kár, hogy a haldokló s holt sejt pathológiájával ellentétben az élő sejt physiologiája vizsgálatainknak, melyek azonnal rendkívüli viszonyokat szűnek, alig vagy sohasem lesz hozzáférhető.

A His-Freudweiler-féle mesterséges húgysavas góczokra visszatekintve, megemlítendő, hogy azok visszafeloldására savaknak vagy lúgoknak per os való adagolása semmiféle késleltető vagy siettető befolyással nem bírt. Ime, kísérleti bizonyítéka annak, a mit ez idő szerint klinikailag is tudunk, hogy a köszvény tanában az alkalascentia s „alkalizálás” therapeutice nem jogosult s túlbecsült fogalmak.

A köszvény tana e szerint negatív irányban óriási haladást tett, leromboltunk mindent, a mi a kezdetleges ismeretek korában egyszerűen s jól magyarázta a bántalom keletkezését s tüneteit. Positív irányban most legjobb esetben a sejt és N elemi képleteihez értünk. S míg a sejt N-anyagcsereje ismerve nem lesz, a köszvény tana homályban marad.

De azért a gyárak szüntelenül gyártják „biztos” gyógyszereiket. Így pl. a sidonal¹⁰ szinte eszményi szemnek volna tekinthető. Sidonal = chinavas piperazin. Utóbbi oldalán a húgysavat, a chinavas pedig alább szállítja a húgysav képződést. Klemperer¹¹ kétségbe vonja ezen elméleti non plus ultra gyakorlati hasznát: „Was soll das Sidonal helfen?” Mozgást, munkát, izzasztó, fürdő, ivókúrákat, diureticumokat ajánl.

Egyik összehasonlító dolgozatában Orłowski¹² kimutatni igyekszik, hogy a húgysav oldó képességét az urotropin nagyobb mérvben képes fokozni, mint a piperazin, lysidin, uricedin és natrium bicarbonicum.

Könyvismertetés.

Prof. L. Schenk: Lehrbuch der Geschlechtsbestimmung. (Documente zu meiner Theorie.) Halle a. S. 1901. Marhold.

Fenti címmel ép most megjelent művében szerző első ily nemű közleményének, a melyet annak idején részletesen ismertettünk, folytatásaként az azóta pro és contra tett vizsgálatok és közlemények erőltetésére és az általa felállított theoria megokolására több érdekes és fontosnak látszó észleletet közöl, másrésztől módszerét részletesen kifejti, valamint újabb 21, összesen 36 esetről teszen jelentést. Bár mindaddig, míg legalább 100 egészen kifogástalan eset nem áll rendelkezésünkre s azonkívül controlvizsgálatokkal a theoria igazsága egészen ki nem lesz mutatva, magunk is némi skepsissel fogadjuk szerző elméletét, mint másokét is mindaddig, míg számos oldalról tett bűvárlatok útján az eredmények is általánosan elfogadtatnak s az elmélet polgárjogot nem nyert: mindazonáltal azt kell mondanunk, hogy szerző mostani közleménye alapján s egynemely eddig is megejtett controlkísérletek folytán nem látszik előttünk valószínűtlennek, hogy csakugyan, és pedig az anya anyagcserejének idején való helyes megváltoztatásával, a fejlődő pete abbéli irányítását befolyásolni lehet, hogy a nemre is hatás gyakoroltassék. Tekintélyes tudósokat hoz fel Schenk, a kik ezt szintén valószínűnek mondják; így Mary Treat-nak (The Journal of Hygiene and Herald of Health, Vol. XLVIII. 1898. 5. sz.) vizsgálatai szerint ugyancsak a táplálék befolyással van a pillangók nemére is. Így kísérletei szerint a papilio asterias lárváitól megvonva az eledelet, az életben maradtak mind hímekké, míg az erősen tápláltak mind nőstényekké fejlődtek. Más fajokon is ugyanilyen eredményt mutatkozt. Flammarion a színes fény behatására észlelt állatokon ilyesmit. Állattenyésztők magasabb rendű állatokon tett észleleteit is felhossa Schenk theoriája védelmére.

Trenkle-nek a „Mittheilungen des Nieder-Österreichischen Jagdschutzvereines [hivatalos organum]” 4. számában 1899-ben közzétett észleletei is idevágók. Kutyák ugyanis Schenk módszere szerint tartattak. Egyik ilyen nőstény megfiadván, hat kant és csak egy nőstényt hozott világra. A másik így kezelt nősténynek hat kan és egy nőstény kölyke lett szintén. Mondhatjuk, az igaz, hogy hát miért nem lett mind a hét kölyök kan?! Még több más fajú kutyán is ily eredményt találtak a kutyatenyésztők.

Fácánosokban észlelték, hogy a táplálék és a vadnál (őz) különösen a só (a cigány példaszó) is befolyásolná a nemet.

De irányadóbb lehet e tekintetben Friedmann-nak Schenk által ismertett dolgozata. Ő ugyanis tengeri malaczkon tett észleleteket és pedig a következő organotherapeutikus módon. Előzetes jó táplálás után a nőstény tengeri malaczkot ovarin-nel kezelte. Ezt egészen a fiadzásig folytatta. Az igaz, hogy a nőstény csak egyet fiadzott, de

* Riehl különben (Zur Anatomie der Gicht. Wien. med. Wochenschrift) már 1897-ben hasonló viszonyokat talált emberi köszvényes csomókban, név szerint a gócz szélén óriási sejteket s kisebb több magvú sejteket, melyek jegeczes képleteket tartalmaztak.

az hím volt. Most ugyanennek a nősténynek későbbben *spermin-injectio-*kat adott; előbb a nőstényt tehát ovarizálta, most pedig spermatiszálta s megfelelő eledellekkel tractálta, s a nőstény nőstényt fiadzott. Mind e hatásokat *Schenk* saját és mások felhozott vizsgálatai alapján csakis a megváltozott anyagcsereének tulajdonítja, a mint tudjuk is, hogy ezen szervi therapiái beavatkozásra az anyagcsere csakugyan nagyon meg szokott változni.

Szerző és mások vizsgálataiból kitűnt az is, hogy ilyen beavatkozásokra a nő terhességi szakasza kitölődik s ez összevág azzal, a mit mindenki tud, hogy a fiú késik, rendszeren 3–8 nappal, a világra megérkezni.

Igen érdekes az a vizsgálat is, a melyet *Read* után felhoz, hogy t. i. a fiúembryonak kevesebb placentamassa kell, mint a nőnek. *Stockton-Hough*, egy amerikai physiolog hasonló eredményre jutott. Ő ugyanis kimutatta, hogy a női placenta a férfét primiparákon saját súlyának $\frac{1}{2}$ -ével mulja felül, míg multiparákon $\frac{1}{4}$ -ével. Vagyis a női embroy tápláltságára a munkaelhasználás nagyobb, mint a hímé.

A munka első részének fejezetei ezen és sok más, szerinte nézetét támogató adatok felsorolásával vannak telve; míg második részében eseteit, eljárásait és a diatétát írja le és a húgyanalysiseket, a melyekről már első, tavalyi ismertetésünkben kiterjeszkedtünk, úgy hogy itt csakis végeredményeit tartjuk szükségesnek egybefoglalni.

Meggyőződve vizsgálat folytán a kezelendő nő egészségéről, mert csak is ilyenek alkalmasak a kezelésre, a nőnek 24 órai húgy-mennyiségéből mintegy 250 grammnyit vesz s ezt analizálja pontosan alkotó részeire. Azután előtte való napi 24 órai táplálékát jegyzi fel, valamint megméri a test súlyát is minden analysiskor reggelenként és ugyanazon ruhában. Kell még neki tudnia: 1. a kezelendő nő anamnesisét pontosan; 2. az utolsó periódus idejét s az előbbieket lefolyását; 3. a 24 órai húgy-mennyiség pontos méretét. A vizeletben meg kell pontosan határozni a reactiót, a fajsúlyt, 24 órai mennyiséget, szint; meg kell tenni a phenylhydrazinpróbát (czukorra); az optikai csavarást, a redukált anyagokat vizsgálni kell, valamint a nitrogent meghatározni s kutatni a fehérjefogyasztást, a szabad húgysavat és mérni kell a test-súlyt; valamint fel kell jegyezni az előtte való napi ételmet (étel-italt), esetleg a különös rendelkezéseket és orvosszereket is fel kell jegyezni.

A phenylhydrazinpróba szerinte igen fontos s itt igen szükségesnek tartja a keletkező phenylglycosazon olvadási pontjának a meghatározását, hogy ekként biztosan megtudhassuk, vajjon igazán czukorral vagy csakis glycuronsav-vegyületekkel van-e dolgunk.

Tudjuk ugyanis, hogy a szőlőcukor által keletkezett glycosazon olvadási pontja 203–205° C. között fekszik. Ha azonban már a *Trommer*-féle czukorreactioval is találunk (tehát nagyobb mennyiségű) czukrot, akkor az ily nő a kísérletre nem alkalmas, mert ekkor már szerinte anyagcsere-betegségben szenved az illető és ilyenkor az orvos beavatkozása nélkül is néha (?) fiú születik úgy is; de máskor ismét beavatkozással sem lehet a női petét ilyen asszonyokban szerinte fiúra átfordítani. A glycuronsavak balra csavarják a fényt s a sacharometer (0.1–0.2% czukor) balra csavarása a vizeletvizsgálatkor szerinte előnyös az ő czéljaira.

A legfontosabb szerinte azonban a *nitrogen* pontos meghatározása, a mi érthető is, ha bizonyos az, hogy az anyagcsere változtatása hozza létre a különböző nemi fordításokat; mert szerinte csak ez dirigál, nem a sperma, nem a házasság kora, ereje stb., mert a pete már ovarial női vagy hím-pete szerinte. A nitrogent az ismert *Kjeldahl*-féle módszerrel határozza meg (l. *Schenk* művét és a physiol. chemiai munkákat). Előnyös, ha túlnyomó fehérjeszétésést találni s vizsgálatai szerint elég, ha 24 órára a fehérjeanyagcsere 110 gramm fehérjének felel meg. A fehérjefogyasztásra elég, ha a nő az előkészítő kúrában 2–3 kgm.-ot veszít súlyából. E fogyás maradjon meg az első terhességi szakban is s ez meg is marad, ha a diéta is ugyanaz marad.

Ezek után a 122. lapon saját eseteit veszi tárgyalása alá. Nézzük meg első esetében (35 éves multipara nő, a kinek már három leánya, de egy fia sem volt), mi volt a nő diatája: 1-ső reggeli: tej czukor nélkül, kétszersülttel; 2-dik reggeli: kevés főtt, sovány sonka, egy zsemle. Ebédje: kevés leves (tészta nélkül), sült hús nagyobb mennyiségben, semmi burgonya, azután borsó-, bab- vagy lencsefőzelék, semmi tészta, semmi déli gyümölcs, kevés sajt, a mely kissé sózva volt; oszonna: tej és egy tojás kétszersülttel; vacsora: frissen sült hús, sajt, kevés kenyér, egy alma. Naponta három pohár víz, kevés fehér borral. Vizsgálata növe a fehérjebomlás, de még annyira nem, mint kellett volna, hogy a nő testsúlya fogyjon. Azért is a fehérjéket még bőségesebben adta s a zsírt és szénhidrátot még jobban megvonta patiensétől s erre 2–3 hónapig a terhesség előtt s 2 hónapig a beállott termékenyítés után is fehérjebomlás mutatkozott nála s elérte azt, hogy már most az embroy fiúvá válhatott. Jel ilyenkor, hogy a mensesek néhány napot késnek. A lesóványítást masszálással és hideg fürdővel is fokozza. Pastillákat is szedett e célra (fehérjepraeparatuma, de nem peptonok, hanem nativ fehérjék; l. 128–129. l.). A két első terhességi hónap után ehetett a nő, a mit akart. A nő egészséges fiúgyermeket szült. Összesen a mult évben közölt 15 esettel most 36 többnyire sikeres esetet ír le. Megjegyzendő azonban, hogy 36 esete közül ötben, illetőleg hatban nem fiú, hanem leány született.

Most már tehát ismerjük pontosan a methodust, úgy állat-, mint emberkísérleteket is tehetnek orvosaink s mindenki meggyőződhetik, helyes-e vagy sem *Schenk* tanár módszere, illetőleg elmélete, s ha igen, akkor gratuláljunk a felfedezéshez, ha pedig nem helyes, akkor térjünk felette napirendre, úgy mint bármely más tévedés felett.

Thanhoffer dr.

Uj könyvek. *Schüller*: Die Parasiten im Krebs und Sarkom des Menschen. Jena, G. Fischer. — *Pilcz*: Die periodischen Geistesstörungen. Jena, G. Fischer. — *Strasser*: Anleitung zur Gehirnpräparation. Jena, G. Fischer. — *Senzia*: Laryngeale Störungen bei den Erkrankungen des centralen Nervensystems mit besonderer Berücksichtigung laryngealer Störungen bei Tabes dorsalis. Jena, G. Fischer. — *Placzek*: Jahresbericht der Unfallheilkunde, gerichtlichen Medicin und öffentlichen Gesundheitspflege für aerztliche Sachverständigenthätigkeit. Leipzig, G. Thieme. — *Buning*: Die Diphtheriekrankheit. Leipzig und Wien, F. Deuticke. — *Hofmeier*: Handbuch der Frauenkrankheiten. Zugleich als 13. Auflage des Handbuchs der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane von Schroeder. Leipzig, F. C. W. Vogel. — *Thomas*: La suggestion, son rôle dans l'éducation. Paris, F. Alcan. — *Bélère*: Les rayons de Röntgen et le diagnostic des affections thoraciques. Paris, Bailliére et fils. — *Claude et Balthazard*: La cryoscopie des urines. Paris, Bailliére et fils. — *Garnier et Cololian*: Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses. Paris, Bailliére et fils. — *Julien*: Hérédosyphilis. Descendance des hérédosyphilitiques. Paris, Bailliére et fils. — *Mercier*: Guide pratique pour l'analyse des urines. Troisième édition. Paris, Bailliére et fils. — *Pouchet*: Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale. Deuxième série: hypnotiques, modificateurs intellectuels. Paris, O. Doin. — *Baudouin*: Femmes médecins d'autrefois. Paris, Institut international de bibliographie. — *T. J. Mays*: Pulmonary consumption, pneumonia and allied diseases of the lungs. New-York, E. B. Treat and Co.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

A chininum eosolicum — a trisulfoacetylkreosot chininsója — *Cipriani* szerint nemcsak a malariát, hanem az ezt követő cachexiát is nagyon jótékonyan befolyásolja. Következésképpen rendelhető: Rp. Chinini eosolici, Ferri reducti aa 5.0; Strychnini sulfurici, Acidi arsenicosi aa 0.1; Extracti gentianae qu. s. ut fiant pil. Nr. 50. Felnőtték háromszor naponként két, fiatalabb egyének pedig egy labdaesot vesznek be evés közben. (Deutsche Medicinal-Zeitung, 1900. 101. szám.)

Az urosin nem más, mint chinasav összeköttetése lithiummal. A chinasavnak az a sajátosága, hogy a húgysav képződését akadályozza, a lithium pedig diuretikus hatásával a már képződött húgysav kiürülését elősegíti. Köszvényroham alkalmával *Sternfeld* 10 urosin-tablettát is ad naponként, azután pedig még néhány hétig 6 tablettát pro die. Az eredmények állítólag nagyon jók. Az urosin tabletták alakjában jön forgalomba, minden tablettá 0.5 gramm urosint tartalmaz. A szer még nagyon drága, 25 tablettát tartalmazó üveg ára 3 1/2 márka. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1901. 7. szám.)

Általános kór- és gyógytan.

A pestis-bacillus tiszta tenyészetének élettartama. *Schultz*-nak alkalma volt egy 20 hónapos pestis-gelatinatenyészetet és néhány pestis-bouillontenyészetet megvizsgálni, melyek közül az egyik négy esztendő volt. A tenyészetek befroasztott kémcsövekben, a napsugaraktól óva, hűvös helyen tartattak. Valamennyi tenyészetből sikerült a pestis-bacillust továbbtenyészteni, még pedig virulens állapotban. A pestis-bacillus tehát alkalmas körülmények között négy évig is megtarthatja életképességét és virulentiáját, noha endogen spórákkal nem bír; úgy látszik, protoplasmájának összezsugorodása, megsűrűsödése e tekintetben szerepet játszik. (Centralblatt für Bakteriologie, 29. kötet, 5. szám.)

Egyes fertőzéseknél (lépfene, diphtheria, typhus) *Michellazzi*-nak sikerült kimutatni, hogy a tulajdonképeni infectio lefolyása után, vagyis a mikor bakteriumok már nem találhatók, egyes szervek dörzsölékével még mindig halálos megbetegedést lehet előidézni kísérleti állatokon, a mennyiben a bakteriumok termelte mérgező anyagok még benne vannak az illető szervekben. A néhány fertőző betegség után későn bekövetkező utóhajok — postdiphtheriás hűdések, különböző zavarok az idegrendszer részéről, myocarditisek — valószínűleg úgy magyarázhatók, hogy a bakteriumtoxinek még sokáig benmaradhatnak az egyes szervekben a bakteriumok elpusztulása vagy a szervezetből kiürülése után is. (Policlinico, 1900. augusztus 1.)

Az állati szervezetnek hatása a mérgekre képezte *Ozyhlarz* és *Donath* vizsgálatainak tárgyát. Kísérleteiket, melyeket strychninnel végeztek, három csoportba osztják. Az első csoportba tartozó kísérletekben oly módon vizsgálták a szervek hatását a mérgekre, hogy a különböző szerveket péppé dörzsölve, összekeverték strychninnel s a keveréket befecskendezték állatokba. Ezen kísérletek eredménye az volt, hogy a keverékek mérgező hatása csökkent, sőt el is tűnt; ezen méregellenes hatás intenzitását illetőleg nagy különbség a vizsgált szervek (máj, lép, vese, agy) között nem igen volt kimutatható; a májnak azonban, melynek az eddigi vizsgálatok a méregtelenítés szempontjából legnagyobb fontosságot tulajdonítottak, semmi esetre sem volt erősebb hatása. A szervek pépes dörzsölése felfőzés után nem mutatott méregellenes hatást. A kísérletek ezen csoportjában azt is vizsgálták szerzők, vajjon a sejt-dúsabb szervdörzsölések nem erősebb hatásúak-e? A kísérletek eredménye alapján e kérdésre igenlőleg válaszolnak. Végül a vért is vizsgálták és azt találták, hogy vérral kevert strychnin hatását elveszti, a vérsavó ellenben még csak nem is gyengíti a strychnin mérgező hatását. A kísérletek második csoportjában az előzetesen vértelenített májon át vezették a strychnin-oldatot és azt találták, hogy ezen strychnin-oldat mérgező hatása csökkent. A kísérletek harmadik csoportjában élő állat

végtagját lekötötték és a lekötött részletbe strychnin-oldatot fecskendezve, a ligatúrát néhány óra múlva eltávolították. Az eredmény az volt, hogy 1–4 óráig hagyva rajta a ligatúrát a strychnin befecskendezése után, az állatok egészségesek maradtak; 1/2 órai lekötés nem volt elegendő a strychnin mérgező hatásának csökkentésére. Hogy nem a lekötés okozta resorptiozavarok miatt marad az állat életben, azt oly módon bizonyították be szerzők, hogy különböző hosszú időre lekötötték az állat végtagját, a mérget azonban csak közvetlenül a ligatura levétele előtt fecskendezték be; ilyenkor szintén meg voltak a resorptio-zavarok, a mérgezés azonban mégis bekövetkezett. (Zeitschrift für Heilkunde 1901. 2. füzet.)

Belgyógyászat.

A fájdalomkeltő inger helyének meghatározása neuralgiákban cocain-befecskendezésekkel Pitres (Bordeaux) közlése szerint jól eszközölhető. Ha a fájdalom az idegvégkészületek izgalmaiból származik, pl. bőralatti neuromák vagy alveolaris megbetegedések következtében, a bőr alá fecskendezett cocain a fájdalmat megszünteti, míg az idegtörzs gyulladásából vagy annak nyomásából származó ilyenkor mitsem változik és csak akkor szűnik meg, ha a befecskendezést az idegtörzs közelében a sérült hely felett alkalmazzuk. Az úgynevezett gyökérfájdalmakra — ilyeneknek tartja Pitres a tabeses fájdalmakat is — az előbb említett módszer hatással nem bír, ilyenkor 1–1 1/2 cm³ 1% cocain-oldatot kell a gerincszaturnába vinni, mire, ha azok a test alsó felében székelenek, sőt a gyomorbél-crisisek vagy herefájdalmak is egy-két pillanat alatt megszűnnek. A fájdalomkeltő inger helye e meghatározásának különösen a sebészek vehetik jó hasznát, ha az idegtörzs reszekálásáról van szó, a műtét helyének meghatározására. Jó e módszer az úgynevezett reflectoros fájdalmak kórismézésére, pl. az orr adenoid képletei miatt támadó trigeminus neuralgia csak ezen képletek érzéstelenítése után szűnik meg. A hysteriás és neurastheniás idegfájdalmak psychés, azaz agykérgi eredetűek, dacára ennek azonban természetesen az eljárás hol nem ad eredményt, hol pedig csak suggestio útján szünteti a fájdalmat. (Revue neurologique 1900. decz. 30.) —ts.

A tüdővész gyógyítására irányult törekvésében Weber H. azon antagonizmusból indult ki, a mely véleménye szerint a gümőkór és a szén-sav között fennáll; ott, a hol sok szén-sav képződik, nem fejlődik gümőkór, és fordítva, a hol a gümöbaciillus tenyészik, ott kevés a szén-sav. A feladat tehát az volna, hogy a szervezetnek bőségesen juttassunk szén-savat. Ezen célból régebben natrium bicarbonicumot adott naponként három kávéskanálnyi mennyiségben tüdővész betegeknek és e mellett a natrium bicarbonicum által megkötött sósav pótlására még sósavat is az étkezések után. Ezen módszer azonban, mely idült lefolyású esetekben jó eredményeket adott, hevenyebb esetekben nem mutatkozott elégségesnek s azért más szén-savforrások után is nézett. Ilyen a laevulose, melyet hónapokon át vehetnek be a betegek nagy mennyiségben minden káros következmény nélkül. Minthogy azonban a kristályos laevulose drága, a Schering-gyár folyékony, mézősszeállású alakban is forgalomba hozza a laevuloset meglehetősen olcsó áron. Ebből a betegek naponta 50–100 grammot vesznek be, akár evés előtt, akár evés után, úgyisintén cukor helyett kávéban, teaiban stb. Egy másik szén-savforrás gyanánt vaselint használt szerző, még pedig bőr alá fecskendezés alakjában; minthogy azonban csak meglehetősen fecskendezhető be a vaselin, olajjal hígítva pedig tályogképződésre ad alkalmat, egy vegyileg teljesen tiszta folyékony paraffint állított elő, melyet a Kutzbach-czég Trierben hoz forgalomba „antiphthisicum“ elnevezéssel. Ebből fecskendez be naponként 1–2-szer 10 köbcentimétert a hátán a bőr alatti zsírszövet alá; a fecskendő tűje kissé vastagabb, hogy a sűrű folyadék könnyen áthatolhasson. Szerző ezután 52 kórtörténetet közöl, bemutatandó az általa használt gyógymód — laevulose belsőleg, antiphthisicum bőr alá — eredményeit. Az 52 beteg közül 32 meggyógyult, 14 javult és 6 meghalt. Az esetek között nagyszámú voltak súlyosak is. Megjegyzendő, hogy a betegek a kezelés alatt régi életviszonyaik között maradtak, táplálkozásuk tekintetében sem történt változás. (Therapeutische Monatshefte, 1901. 3. füzet.)

Venereás bántalmak.

A syphilis átoltása állatokra. Hügel és Holzhauser Wolff tanár strassburgi klinikájáról már 1899-ben referáltak a syphilisnek sertésre való átoltási kísérleteikről. E kísérleteket tovább folytatták, a mennyiben 1900. április havában kb. 10 cm. vért egy a secundaer stadiumban levő egyéntől sertésnek subcutan módon injiciáltak. Augusztus havában papulák syphilidek léptek fel. Juliusban egy másik sertést hasonló módon oltottak és ennél szeptemberben léptek fel az egész testen szét-szórtan papulák. A további fejleményekről később fognak beszámolni. (Archiv f. Derm. u. Syph. 1901. febr.) Sellei dr.

Tüdőembolia, oldhatatlan higanypraeparatummokkal eszközölt injectiók után czimmel Möller Magnustól (Stockholm) e tárggyal foglalkozó dolgozatának folytatásaként jelent meg egy czikk. A mennyiben a bedörzsölési kúra után az injectio methodus a syphilidologusoknál nagy népszerűségnek örvend, czél szerű az e methodus folyamán fellépő sokszor kellemetlen és káros következményekről tudomást szerezni. Az intravenosus higanyinjectiók veszélyes volta már régebbi idők óta ismeretes és újabban Fibinger is közölt egy esetet, a hol higanyolaj subcutan injectio helyett intravenosusan lett befecskendezve és a fellépő tüdő- és agyemboliák halált okoztak.

Möller thymol-higany-paraffin-oldatot fecskendezett be a glutealis tájékon és megfigyeléseit a legminutiosabban, különös tekintettel a hőemelkedésre és a tüdő magatartására végezte. Negyvennyolcz esete

közül 13-szer sem subjectiv, sem objectiv zavarok nem léptek fel, 13-szor hőemelkedés, egyszer a temperatura csökkenése és 15-ször emboliás tünetek léptek fel. A tüdőaffectio azonban csak kétszer volt objectiv constatalható, a többi 13 betegnél csak mély lélegzéskor fellépő fájdalmak a mellben, fáradtság és általános rosszullét volt jelen. Mindezen tünetek azonban nem valamely véletlenül csatlakozott „rheumas-catharrhalis megbetegedéstől“ eredtek, hanem igenis onnan, hogy az injectiók alkalmával 13 esetben valamely vena sérült meg és a fellépő tüdőaffectio tényleg injectio-embolus következménye volt. Mindezeknél fogva Möller következő eredményekre jut: oldhatatlan higanypraeparatummok befecskendezésekor nem lép fel tüdőembolia akkor, a midőn pontosan figyelnek arra, hogy a canuleből vér ne jelentkezze, ellenkezőképen, ha vérnek a canuleből való jelentkezése dacára is végezzük az injectiót, embolia könnyen bekövetkezik. (Az embolia tünetei némelykor oly csekélyek, hogy teljesen elhanyagolhatók). Az intravenosus befecskendezések mindig veszélyesek lehetnek. (Archiv f. Derm. und Syph. 1901. febr.) Sellei dr.

Az unoka syphilise. Annak lehetősége, hogy a syphilis az unokára is átszarmazhatik, a mint Fournier hiszi, a hereditaer syphilisnek nem elég biztos diagnostikus jeleinel fogva mindeddig nem volt bebizonyítható. A syphilis a második generationál vagy a rendes harmadlagos symptomákban, avagy azon tünetekben nyilvánul, melyeket „para-syphiliseknek“ („para-heredosyphilis“, Barthélemy) neveznek, de a melyek a késői syphilissel nem azonosak. Második generatiobeli syphilis megállapítása a legnagyobb nehézségekkel jár. Az ilyen gyermekeknek a legfeltűnőbb tünet az általános atrophia. A második egész ötödik életéig a gyermeknél feltűnő jelenséget nem lehet észrevenni, csakhamar azonban minden „ok nélkül“ lesoványodnak, testileg és szellemileg visszamaradnak, mind sápadtabbak és gyöngébbek lesznek.

Ilyen esetet észlelt Pospelow. A 13 éves leánykánál, a ki egy kilencz-tíz éves leánygyermek benyomását tette, a kemény szájpádon kraterszerű fekély volt jelen. A fogakon a Hutchinson-féle elváltozások. A gyermeknél tehát a hereditaer gummosus syphilisnek képe volt jelen. A gyermek atyja előadta, hogy a leányka rendes időben jött a világra, feleségénél abortus nem fordult elő s mivel az apánál is charakteristikus Hutchinson-féle fogak voltak jelen, szerző tovább kutatott és megtudta, hogy a gyermek nagyapja is syphilisben szenvedett volt s ekként meg volt állapítható az, hogy a nevezett leánykánál, tehát az unokánál második generatiobeli syphilis volt jelen. Pospelow tehát ebből következő tanulságot vonja le: 1. A második generatiónak syphilise létezhetik. 2. Ha a nagyapa syphilise nem lett gyógykezelve, akkor a syphilis az unokára, sőt a dédunokára is átöröklődhetik. 3. Az unokánál fenforgó syphilis nemcsak különböző dystrophiákban, hanem gummosus alakban is nyilvánulhat, a nélkül, hogy ez a betegnek szüleinél megállapítható volna. 4. A hereditaer syphilis diagnózisánál a Hutchinson-féle fogak nagy szerepet játszanak. (Archiv für Derm. u. Syph. 1901. február.) Sellei dr.

Orr-, torok- és gégebetegségek.

A nyelv mozgékonyágának szokatlan két esetét észlelte Phüder. Az egyik férfi a nyelvét az orrgaratba tudta helyezni könnyedén, a másik nyelési nehézségeit akként enyhítette, hogy a nyelve hegyét a garatúr alsó részébe nyújtotta, ha pedig ezen műveletnél egy falat az orrgaratba jutott, akkor a nyelve hegyével onnan kihozta. (Archiv f. Laryngologie, 1900.) —di.

Veleszületett nyaksipoly két esetét írja le J. Gougenheim két fivérnél. A sipoly belső nyílása mindkettőnél a jobb garativ medialis szélén, a külső nyílás az egyiknél a sternocleidomastoideus belső szélén, a másiknál mélyebben a kulcsosont felett 3 cm.-nyire. (Archiv f. Laryngologie, 1900.) —di.

A torok és gége leforrázásának egy halálos kimenetelű esetét közli E. Schmidt. Egy három éves gyermek véletlenül egy forró vízzel telt theás kannából talált inni. A hirtelenében odahívott orvosok, köztük egy gégespecialista, semmiféle elváltozást megállapítani nem tudtak, a gyermek sem panaszkodott, egész nap jól tudott nyelni, az éj folyamán azonban hirtelen légzési nehézségek léptek fel nála, úgy hogy e végből a következő nap kórházba szállították. Ott a következő leletet állapították meg. Nyelés kissé fájdalmas, kisfokú dyspnoé. Ajkak, nyelv, torok teljesen rendesek, még csak valamivel nagyobb fokú pir sem állapítható meg. Gége a gyermek nyugtalansága miatt nem vizsgálható. Tüdők normalisak. A délutáni órákban a jugulumtól kiindulólág az arcra, nyakra és törzsre rapide kiterjedő böremphysema lépett fel. A böremphysema semmit nem használtak és dacára az ezt követő tracheotomia inferiorának a gyermek szivgyengeség és a bal alsó tüdőlebeny gyuladása folytán exitált.

Setio: Epiglottis belső felülete, gégenyákhártya és az alhangszalagok necrotikusak. A toroknak az oesophagusba való átmenetele helyén egy félgöyűrűalakú nyákhártyanecrosis, mely az elülső és oldalsó falakra is kiterjed.

E leletből megállapítható, hogy a gyermek a theás kanna csörét mélyen fogta a szájába és a víz beszívásánál, mint az rendesen szokás, a fejét hátraszegette. Utóbb a hirtelen ijedtség és kiáltási szándék következményeként egy mély belégzés alkalmával a folyadék a gégebe került.

Dacára, hogy hasonló esetekben a tracheotomia után könnyen bronchopneumonia lép fel, mégis a műtét egyes esetekben életmentő lehet és ezért okvetlen indicált. A további eljárás a tüdőgyulladás, szivgyengeség leküzdése, tápcsörék, az utólagosan előálló hegek kezelése. (Deutsch. med. Woch. 1901. 5. szám.) Tóvölgyi Elemér dr.

Fülgyógyászat.

A Ménière-féle megbetegedésről, ennek okairól és kezeléséről értekezett Moll az ezidei orvosi congressuson. A Ménière-féle megbetegedés klinikai képét röviden a következőkben adja: szédüléssel egybekötött fülzúgás, sükettség vagy nagyothallás, émelygés vagy hányás. Ménière előtt, 1861 előtt, hasonló esetek mindig az agyi megbetegedések közé soroztattak. Ma tudjuk már, hogy a szédülés eredete a tömkeleg állandó vagy átmeneti megbetegedésében keresendő; elsődlegesen, ha valamely labirinthon belüli bántalom van jelen, másodlagosan, ha csupán a feszülési viszonyok növekedtek meg a tömkelegben, ha abnormálissá válik a nyomás, a középső, esetleg a külső fül különféle bántalmait következtében.

Az agyi, kisagyi vagy hallószervi bántalmak, a melyekkel szédülés lép fel, annyi más tünettel vannak kísérve, hogy a tüneti kép eltűnik vagy felismerhetetlenné válik. Az úgynevezett reflectorikus szédülések is annyira hozzájárulnak a confusio létrehozásához, hogy azokat szó nélkül szerző nem hagyhatja. Ilyen a gyomorbántalmak kapcsán fellépő szédülés, a mely elfordítja az orvos figyelmét a tömkelegről, ilyenek ama reflectorikus szédülések, melyek az orr- és orrgaratúr megbetegedéseiből származnak, a melyek az orvos figyelmét a labirinth felé fordítják, a miért az észlelő elhanyagolja a szédülés fő okát. A mint a szorosan vett Ménière-féle megbetegedés különféle alakban jelentkezik, a mint nincs mindig ugyanazonos eredete és a mint a tünetek sem mindig pontosan azonosak, ha a hallószerv valamely más részének megbetegedéséről van szó, úgy nem tartja szerző helyesnek a „Ménière-féle megbetegedés“ kifejezést, egy alakra való alkalmazását. Ez a merev álláspont hozzájárul a fennálló félreértések fentartásához. Minthogy a Ménière-tünetek azonosak a tömkeleg okozta tünetekkel, szerző helyesnek vélné megnevezni a szóban forgó megbetegedést, hozzátéve a betegség nevéhez: „tömkelegbeli tünetekkel“. De még ezt sem véli egész szabatosnak, mivel vannak agyi, kisagyi és hallószervi esetek, a hol tömkelegbeli tünetek vannak, a nélkül, hogy ez utóbbi megbetegedését ki lehetne mutatni. Ezért tanácsolja Moll követni Brunnert, V. Frankl-Hochwart-ot és más szerzőket, kik a „Ménière-féle megbetegedés“ elnevezés megváltoztatását ajánlották: „Ménière-tünetekre“, minden egyes esetben végezve osztályozást, melynek megkülönböztetési alapjául a megbetegedés székhelye veendő.

A Ménière-féle tünetek kezelése azonos Moll szerint a különféle fülmebetegedésekével, a melyeknél az ampullaris idegek izgatva vannak, akár directe, akár indirect nyomás folytán, akár reflectorikus úton is. A direct tömkelegszérülések esetén általános kezelés uralkodik, míg a többiekben a hallószervmebetegedések minden terapiája számba jöhet. Rohamkor nyugalmat és lobellenes eljárást ajánl, a test és hallószerv teljes nyugalma, az erős zaj kerülendő, szigorú tartózkodás minden alkoholos italtól igen előnyös. A tömkelegbeli hyperaesthesia csillapítására chininum sulfuricum ajánlatos, továbbá pilocarpin bőr alá fecskendezése. Jó szolgálatokat tesznek a jodkészítmények a resorptio szempontjából, főleg megfelelő aetiológia mellett (syphilis). Neurastheniával kapcsolatosan bromkészítmények hasznosak. Minden egyéb esetben helybeli kezelés, minden műtét, mely a tömkeleget a nyomás alól felszabadítja, javulva van. Ápolni kell az orrot, gégeit és az orrgaratúrt, nemcsak aetiológiai szempontból, de mint reflectorikus szédülések kiindulási pontját is. A villanyozástól sohasem látott eredményt, de minthogy Politzer nagy sikerrel galvanizálta a sympathicust Brunner angioneurotikus alakú esetében, és ez úton való további kísérleteket ajánlja. (Bulletin général de thérapeutique. CXL. kötet, 1900. november 15.)

Ifj. Klug Nándor dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az acoint, melyet eddig majdnem kizárólagosan csak a szemészetben használtak, újabban a sebészek és fogorvosok is kezdik használni, a mennyiben kiittint, hogy az általa létesített érzéstelenység hosszabb tartamú, mint a cocain által létrehozott, másrészt pedig nem is mérgező hatású. A Schleich-féle infiltrations-anaesthesia számára Braun a következő összetételt ajánlja: készítünk 25%-os acoin-oldatot abszolút alkohollal és ebből használat előtt 10 cseppet adunk 100 köbcentiméter 0.1%-os eucalin B-oldathoz. Fogfájásnál 29%-os acoin-oldatba mártott vatta teendő az odvas fogba. Fogműtétknél érzéstelenítésre 1%-os acoin-oldatot vagy az előbb említett Braun-féle összetételt használhatni.

Az acopyrin (acetylsalicylsavas antipyrin), melyet a Heyden-féle vegyészeti gyár állít elő, fehér, kristályos por, mely alkoholban és cüloroformban könnyen, aetherben nehezen oldódik; 30 rész meleg és 400 rész hideg vízben, továbbá 20 rész 2%-os bicarbonat-oldatban, valamint öt rész cognacban szintén oldható. Jó eredménnyel használható heveny ízületi csúsznál, továbbá mint antipyreiticum és mint fájdalomcsillapító szer (fejfájás, ischiás). Az adag 0.5–1.0 gramm 5–6-szor naponta. Adható ostyában vagy cukros vízben.

Újszülöttek fermentatív hasmenése ellen Bailey tejsavat rendel: Rp. Acidi lactici 2.0; Syrupi simpl. 20.0; Aquae destill. ad 100.0. M. D. S. ¼ órával minden étkezés után egy kávékanálnyit. (Correspondenzblatt für Schweiz. Ärzte, 1900. 22. sz.)

A heroin Pagani tapasztalatai szerint bronchitisnél és kezdődő tüdőgümőkórúknál nagyon jól csillapítja a köhögési ingert. Jó eredménnyel használta idült huruttal járó emphysemánál és asthma bronchiale-nál is. Kisfokú melléktünetek (fülzúgás, szédülés) néha jelentkeznek ugyan, de csakhamar elmúlnak. Hosszasabb használat mellett a szer megszokása folytán a hatás gyengül. (Rivista Veneta di scienze mediche, 1900. 3. szám.)

Leukoplakia ellen jó eredménnyel használható a salicylsav a következő összetételben: Rp. Acidi salicylici 1.0; Spir. vini rectificati, Aquae destill. aa 5.0, vagy: Rp. Acidi salicylici 1.0; Spir. vini rectificati 5.0; Glycerini 10.0. A kóros helyek, zsirtalanított wattával leszárítás után, puha ecset segítségével naponta 2–4-szer beecsetelendők. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1900. 47. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1901. 16. szám. Herszky Manó: A Treitz-féle herniák és azok jelentősége. Weinberger Miksa: A hideg víz a gyakori oros közében.

Orvosok lapja, 1901. 15. szám. Bosányi Béla: A syphilis gyógykezelése kénes hévízeinkben. Gellért Sándor: A sebészi vesebajok diagnosticája. 16. szám. Szigeti Gusztáv: Orvosszakértői vélemény erőszakos nemi közösülés esetében. Gellért Sándor: A sebészeti vesebajok diagnosticája.

Wiener klinische Wochenschrift, 1901. 16. szám. Sternberg: Adatok a vesekövek klinikájához, különös tekintettel a gastro-intestinalis tünetekre. Piff: Otitikus agytályog-műtét után gyógyult esete.

Wiener medicinische Presse, 1901. 16. szám. Lister: Legújabb vizsgálatok a malariaparasitákról. Flesch: A biztosítási diagnostika haladása.

Prager medicinische Wochenschrift, 1901. 10. szám. Peucker: Influenza-bacillus okozta meningitis öt hónapos gyermeknél. Hock: Urethrotomia interna húgycsőszűkületnél. Vesely: Klinikai kísérletek puro-húsnedvvel.

Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 16. szám. Dührssen: Genytartalmú adnextumok és következményeik conservatív kezelése vaginalis bemetszési módszerekkel. Korányi: Megjegyzések a vér fagyáspontja diagnostikai értékesítéséhez. Lewy: Szokatlan lefolyású gyomorrák esete. Elsner: Locsesanás és atonia. Westphalen: Az úgynevezett enteritis membranaceáról. Meyer: A rokkantbiztosítás szervezése. Posner: Az orvos működése a rokkant-biztosítás terén.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1901. 16. szám. Schmidt: Adatok a szivneurosisok ismeretéhez. Mayer: Tökéletlen cukor-oxydatio a szervezetben. Roos: A növényi fehérje mint tápszer. Arneht: Hysteria ritka esete. Schwarz: Aceton képződése fehérből. Waldvogel: A vér fagyáspontjának meghatározása typhusnál. Erismann: Pettenkofer.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1901. 7. szám. Bühner: Unverricht-féle myoclonia esete. Seitz: Coli-diphtheria.

Centralblatt für Chirurgie, 1901. 15. szám. Chlumsky: Fél-szívódó bélgomb magnesiumból. Thöle: Goniodiometer, eszköz szögek, átmérők és távolságok mérésére. Payr: A Gigli-féle drótfűrész használata a koponyán végzendő esontműtétknél.

Centralblatt für Gynäkologie, 1901. 16. szám. Pincus: Atmokausis és zestokausis.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1901. 2. füzet. Bonnet: Az embriomák aetiológiájához. Brunner: Casuistikus közlések. 1. Cervixcarcinoma pyometrával és pyocolpossal senilis vaginalis atresiánál. 2. Rendkívüli nagyságú ovarialis daganat.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 59. kötet, 1. és 2. füzet. Perez: Az influenza sebészi szempontból. Merken: A középfülgyulladás intracranialis szövődményei. König: Az anuria történetéhez. Rose: A hasúrt nyílt kezelése appendicitisnél. Seefisch: Pancreascystákról. Sörensen: Stenosis okozó vékonybél-tuberculosis. Franke: Az orbita osteoplastikus feltárási módja. Subbotic: Adat a haemorrhagiás pancreas-cysták ismeretéhez. Saltykoff: Kísérletek viaszkkal bevont selymonfalakkal.

Le bulletin médical, 1901. 29. szám. Raymond: Az öröklés szivbajoknál. Roussel: A kecsketejjel való táplálás. 30. szám. Comte: Vizsgálatok a dysenteria aetiológiájáról.

La presse médicale, 1901. 31. szám. Labbé: „Fièvre ganglionnaire“. Juvara: A méhszalagok megrövidítése inguinalis úton. 32. szám. Laurens: A sükettség sebészete. Az otitis sclerotica sebészi kezelésének kérdése az 1900. évi otológiai congressuson. Bazy: Az uretero- és pyelo-vesicalis reflex, valamint a Bouchard-féle jel a vese kórtanában. Martinet: A jodürök.

Progrès médical, 1901. 16. szám. Cardamatis: Adat a febris pernicioza comatosa klinikájához.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1901. 3. szám. Lenglet: A Ducrey-féle bacillusról és a humanizált tenyésztő talajokról. Dubreuilh: A buccalis nyákhártya lupus erythematosus. Sulzer: A szerzett syphilis korai pupillaris tünetei.

Bulletin général de thérapeutique, 1901. 9. füzet. Robin: A láz kezelése. Cotton: Az oxygenes víz hatása a vérre. Egyszerű mód az embervér megkülönböztetésére az állatok véréből. 10. füzet. Garrigou: A tüdőgümőkór kezelése ásványvizekkel. Bardet: A pyramidon anti-thermikus hatása. A formin gyógyászati előnyei. Fleury: A neurastheniások vérkeringési szervei a táplálás és gyógyítás szempontjából. 11. füzet. Garrigou: A tüdőgümőkór kezelése ásványvizekkel. Robin: A vérboesátás javait és a kalium szerepe uraemiánál. 12. füzet. Bolognesi: Acetopyrin. Duhourcan: A zomotherapia. Mathieu: A typhusos bélvérzések kezelése meleg beöntésekkel és chlorcalciummal. Courtade: A kezdődő heveny otitis media kezelése levegő-befúvásokkal. Robin: Antipyrin okozta fehérvérjelzés. Barbary: Typhusos rhino-pharyngitis.

Revue de chirurgie, 1901. 4. füzet. *Tuffier és Milian*: Adat a haemothorax physiologiai és cytologiai tanulmányozásához. *Végas és Cranwell*: Az echinococcus-tümlők és kezelésük Argentiniában. *Le Fort*: Kísérletes tanulmány a felső állcsont töréséről. *Lapeyre*: Az appendicitis perihepatikus és pleuralis szövödményei. *Lecène*: A parotis elsődleges gümőkórja. *Gorovitz*: A női nemi szervek gümőkórja.

Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1901. 1. szám. *Barnsby*: A recto-vaginalis válaszfal beszakadásával járó complet perineum-repedés kezelése. *Stepkowski*: Adatok a méhen kívüli terhesség aetiologiájához. *Pompe van Meerdevoort*: Urethrocele. *Albarran*: Állandó húgycső-szonda használata nephrostomia után keletkező vesesipolynál. *Pantaloni*: Beavatkozások az epeutakra a duodenumon át.

British medical journal, 1901. április 20. Közlemények délafrikai táborkórházakból, főleg sebészekről (tüdősebészek) és typhusról. *J. W. Washbourn, J. Lynn Thomas, A. Watson, J. W. Smith, G. V. Worthington, A. Ogston, W. H. Harland, D. Melville, H. A. Cummins, F. J. W. Porter, W. Watkins, Pitchford, L. Kirkby-Thomas, A. M. Dodd* tollából.

The lancet, 1901. I. 16. szám. *H. D. Rolleston*: A duodenum rákos szűkülete. *C. H. Hughes*: Autopsychorhythmia. *G. Lamb*: Kommbacillusok a vízben és cholera együttes előfordulása Gujeratban az 1900. évi éhínség idején. *A. C. Roper*: Mikor kell operálni perforatív peritonitist. *W. G. Stone*: Nagyfokú izgatottsággal váltakozó ismétlődő katelepsiás rohamok. *G. Coates*: Nagyfokú orrvérzés oka és kezelése az élet delén túl. *Ch. A. Morton*: Appendix-átfűződés okozta diffúz peritonitis műtét után gyógyult esete. *F. Whinfield Bartlett*: A tüdővész szabad levegőn kezelése otthon. *E. Mc Culloch*: Erythema multiforme és erythema nodosum együttes előfordulása. *D. Wm. Aitken*: Otorrhoea kezelése. *W. Black Jones*: Baryum-víz szivgyengességnél. *Harold L. Barnard*: Az alkar hajlítójának contracturája és kezelése inmeghosszabbítással.

Edinburgh medical journal, 1901. április. *Edridge-Green*: Fény- és szinperceptio. *J. Bell Pettigrew*: Kristályok, dendriték és spirális structurák képződése a mozgással és növéssel kapcsolatban. *V. Dickinson*: Typhus két esetéről. *H. C. Colman*: Anaemia pernicioza. *Hugh Walsham*: Mellíri és szív-aneurysmák diagnózisát Röntgen-fénnyel. *W. E. Fothergill*: Osteomalacia.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1901-dik év 15. hetében (1901. április 7-diktől április 13-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 731,049, katona 16,486, összesen 747,535. Elveszülte 454 gyermek, elhalt 276 egyén, a születések tehát 178-al mutak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 31.6. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 19.3, az egy éven felüli lakosságnál: 15.4, az öt éven felüli lakosságnál: 13.3. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 1, pertussis 2, morbilli 3, scarlatina 10, variola 0, varicella 0, cholera asiatica 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 7, meningitis 13, apoplexia 6, eclampsia 8, szervi szívhiba 16, pneumonia 25, pleuritis 3, pneum. catarrh. 8, bronchitis 10, tuberculosis pulmonum 63, enteritis 9, carcinoma 8, ezek közül méhrák 1, egyéb újképletek 4, morbus Brightii et nebritis 7, veszülte 12, gyengeség 14, paedatrophia 2, marasmus senilis 12, erős szaksos halálozások 8, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 6, bal eset 2, kétséges 0 (—). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi közkórházakban. A múlt hét végén volt 28,45 beteg, szaporodás e héten 874, csökkenés 836, maradt e hét végén 2893 beteg. B) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1901. évi április 9-étől április 15-éig terjedő 15. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera (—), himlő (variola) (—), scarlatina 41 (38), diphtheria, croup 18 (10) hagymáz (typhus) 3 (10), kanyaró (morbilli) 119 (118), trachoma 4 (5), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza (—), hökhurut (pertussis) 28 (34), orbáncz (erysipelas) 11 (13), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1 (0), ezenfelül variella 10 (13).

⊕ **Budapest székes fővárosi közkórházai.** Jurkiny Emil dr. a közegészségi egyesület 1901. április hó 17-dikén tartott felolvasó ülésén érdekes előadásban ismertette a fővárosi közkórházainak fejlődését. 1873. óta az ágyak száma 1501-ről 3155-re emelkedett, a beteglétszám 19,550-ről 44,967-re. A kórházi halálozási arányszám örvendően csökkent, a mennyiben az 1875—1879. terjedő 5 évi időközben az 10.3%-o volt, 1895—1899. már csak 7.3%-o. Még feltűnőbb a heveny fertőző betegségek kórházi halálozási arányainak javulása, a mennyiben 20%-o-ról 14%-o-ra csökkent. A lefolyt 25 év alatt a főváros megnyitotta a dologkórházakat (454 ágy), a budai megfigyelő osztályt (84); felépítette az István- (996), a László- (208), a Margit- (100) és az új János- (423) kórházat. Az István-kórházban egy ágy 2320 frtba, a László-kórházban 2800 frtba, a Margit-kórházban 2400 frtba, az új János-kórházban 3220 frtba került. Előadó számítása szerint a fővárosi kórházainak ágyaszámát saját lakossága számára jelenleg megfelelő. A fejlődéssel számolva azonban újabb kórházak építését s első sorban üdülő házak felállítását tartja kívánatosnak.

A főváros tényleg igen nagy áldozatokat hozott a kórházépítés terén s érthető, hogy most már a meglevők fejlesztését és nem újjak építését tervezi. Ilyen reconstruálásra a megfigyelő osztály s a Rókus-kórház tényleg rászorult. Új kórházak építése most már állami fel-

adat, annál is inkább, mivel a vidékről igen nagy mértékben jönnek fel Budapestre a súlyos betegek. Igaz, hogy a betegápolási alap az ápolási költséget megtéríti, de nem a befektetett tőke kamatját. Pedig a relativ szegények számára égetően szükséges, hogy mennél több ingyen ágy álljon rendelkezésükre. A betegápolási alap kimélete kedvező ugyan a kis existenciák s hozzátartozóin szigorúan behajtják az ápolási költségeket. Egy súlyosabb s hosszadalmasabb betegség 1 frt 28 kr. ápolási költség mellett kis házzal vagy kis földdel bíró falusi embert tönkre tehet. Az állami kórházban gondoskodás történhetne, hogy az ilyen relativ szegények számára bizonyos számú ingyenes ágy álljon rendelkezésre. Az utolsó években a közönség idegenkedése a kórházi kezeléstől megszűnt. A betegápolási alap intézkedései (unoka, nagyszülők felelőssége) alkalmasak arra, hogy éppen a kis existenciákat elidegenítsék. Már pedig éppen ezek védelme fontos socialis feladat!

G. E.

// **Áldor Lajos** dr. karlsbadi fürdőorvos és mint ilyen a magy. kir. államvasutak orvosi tanácsadója, gyakorlatát Karlsbadban ismét megkezdte.

⊗ **Högyes tanár Pasteur-intézetében** f. é. március havában 237 veszett vagy veszettségre gyanús állatmarta egyén (208 magyarországi, 19 horvát és szláv, 6 boszniai és hercegovinai, 3 galicizai és 1 szerbiai) nyert antirabikus védőoltást. 228 egyént kutya, 8-at macska, egyet ember inficizált. Halálozást e hóban nem fordult elő. Évi folyó szám: 657; egyetemes folyó szám: 15,111.

⊕ **Lakásváltoztatások.** **Lázár Alfréd** dr. gége-, orr- és fül- és Váci-utca 34. sz. alá (Clotild-palota), **Schein Már** dr. bőrgyógyász május hó 1-én V., Batory-utca 18. sz. alá, **Friedrich Vilmos** dr. egyetemi magántanár f. é. május hó 1-én Kossuth Lajos-utca 4. sz. alá teszik át lakásukat.

⊕ **Megjelent Matolay Károly** dr. fürdőorvostól: A Félix-fürdő (Nagyvárad mellett) ismertetése. — Nagy képes világtörténet 107. és 108. füzet. Európa főbb államairól szól a XII. és XIII. században.

— **Figyelemztetés.** Az Orvosi Könyvkiadó-Társulat tagsági illetményét képező **Magyar Orvosi Bibliographia**-nak csak rövid idővel ez-előtt való megjelenése és szétküldése óta máris arra a tapasztalatra jöttem, hogy a könyvet sokan csalódottan teszik le kezükből. Irodalmi munkásságukat keresik s nem találják benne. Nehogy az a vád érjen, hogy munkámból a meg nem talált közleményeket mind „kifelejtettem”, félreértések elkerülése végett ez úton kérem fel a bibliographia tisztelt forgatóit, legyenek szivesek a munka használatbavétele előtt annak tartalma felől mindenkép tájékoztató előszót elolvasni. Kivülággik ebből többek közt az is, hogy a bibliographiában csak az önálló könyv alakjában megjelent munkák foglalnak helyet. A különlenyomatok tehát nem tartoznak bele. Pedig éppen ezeknek a hiánya képezi a legáltalánosabb, bár megokolatlan csalódás indítékát. A különlenyomatok csak a bibliographia második részében, a majd ezután kiadandó folyóirati közlemények repertoriumában fognak napvilágot látni, de nem is mint különlenyomatok, hanem eredeti alakjuk szerint mint közlemények, és pedig az azokat közlő folyóiratok pontos megjelölésével.

Ezek tudatában munkám „hiányai” is lényegesen redukálódni fognak a t. olvasó szemében, redukálódni t. i. a tényleges hiányok állományára. Ezekre vonatkozólag is volt egy kérésem, melylyel az előszóban a t. olvasóhoz fordultam; az t. i., hogy ha valamely hiányra akadna, fűződjék az akár a saját maga, akár más nevéhez, legyen szives azt velem közölni, hogy az a „pótlék”-ban majd felvehető legyen. E hiányok azonban, melyek nélkül egy bibliographia úgyszólván el sem képzelhető, merem remélni, hogy minimalisak lesznek, mert minden tölem telót elkövettem, hogy azok legyenek. De viszont nagy örömmel töltene el, mit igaz szívvel óhajtanék: bár a könyvalakú hungaricumaink megírásán 1899-ig fáradozott szerzők száma jóval meghaladná azt a 3520 szerzőt, kiknek neveit munkásságukkal együtt bibliographiában összeállítanom sikerült! Budapest (IV., Zöldfa-utca 21.), 1901. április 25. **Györy Tibor** dr.

„**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. — Kiváratra prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kőnes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencében az ásványvíz naponta négyszer megújul, **localis iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kitűnő szállóház. Vendéglő saját üzemből. 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: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1901. április 22-dikén.) 295. lap. — Budapesti kir. orvosegyesület. (XII. rendes ülés 1901. április hó 13-dikán.) 295. lap. — Személyvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 296. lap.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1901. április 22-dikén.)

Elnök: Szily Kálmán. Titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű tárgy volt:

Szili Adolf egyet. rk. tanár mint vendég értekezett a szemhátter astigmatismusáról.

Ellentétben azzal, hogy a hypermetropiát és a myopiát első sorban a szemtengely különböző hosszúságával hozzuk kapcsolatba, illetőleg a szem képfelfogó felületének hibás beállítására vezetjük vissza: az astigmatismust majdnem kizárólagosan fénytörési hibának tekintjük, a mennyiben alapjául csak a fénytörő felületeknek részarányosan görbülését ismerjük. Tudományos szempontból azonban egészen jogosult a kérdés, vajjon az astigmatismus nem lehet-e szintén beállítási hiba, még pedig az által, hogy vagy a fénytörő rendszer vagy a képfelfogó felület ferdén áll. Tudvalevőleg már Young a hibás beállítás amaz első alakját lehetségesnek tartotta, sőt vele saját szemének astigmatismusát legjobban megmagyarázni vélte. Látáshibájának tanulmányozása ezéjjából viz alá helyezte szemét, hogy ez által a szaruhártyán át történő fénytörést kizárja; és minthogy dacára annak astigmatismus egyenlő fokban megmaradt, alapjául a szemlencsének ferde állását vette fel. Nem is szenved kétséget, hogy a szemlencse physiologikus ferde állása az astigmatismusnak bizonyos fokát előidézheti, de az sohasem olyan lényeges, hogy gyakorlati szempontból fontossággal bírna.

A szemhátter ferde állásából eredő astigmatismusra senki sem gondolt: a szem optikai viszonyainak tanában teljesen új fogalmat képez. Rendszeres szemtükri, skioskopos és ophthalmometeres vizsgálatok azonban bizonyítják, hogy típusos rendhagyóságot képez, mely emberi szemben elég gyakran előforduló alkati eltéréshez van kötve: a conusoz.

Legkönnyebben mutatható ki az „astigmatismus fundi” olyan szemben, melyben a szemtükör a látóideg papillájához csatlakozó lefelé irányított conust derít ki. Ilyen szemben a felső és alsó fundusfél közti symmetria mindig jelentékeny mértékben fel van bontva. Az asymmetria első sorban abban nyilvánul, hogy kivétel nélkül minden esetben a festenyfelhám az alsó félben a felsőhöz képest feltűnően rarefikált. Ezen rarefactio olykor oly nagyfokú, hogy egyes észlelők a jelenség téves felfogásában azt részleges albinismusnak tekintik. Ilyen szemhátter továbbá igen jellegzetes kinézést nyer az által is, hogy a centrális érrendszer ágai az alsó félben inkább nyújtott lefolyásnak, a sárga foltot feltűnően tág ívvel körülölelik; ellenben a felső fundusfélben a véredény-ágak elvonulásában a rövidebb úthoz való illeszkedés félre nem ismerhető. Már magán a látóideg papilláján a centrális véredények eredése is olyan, hogy a conus irányában szenvedett vönagást és nyújtást bizonyítja; és ha ezenfelül élettani excavatio is van jelen, melynek boltozata kivétel nélkül a conus felé néz, a papilla nervi optici, azzal együtt, hogy csavarodottnak lenni látszik, perspektív megrövidülést mutat a conus irányában.

Ezen szemtükri jelenségek a szemhátter alsó felének megnyújtására, ectasiájára engednek következtetni. Ferde állását pontos refractió-mérések bizonyítják: szemtükri és skioskopos meghatározások. Minden lefelé irányított conusnál a szemhátter alsó fele melyekben van beállítva mint a felső fél. A különbség többnyire jelentékeny, olykor tetemes, úgy hogy többnyire hat dioptriára rúgó különbségek még nem képeznek excessív eltérést.

Hogy ilyen viszonyok közt a szemnek képfelfogó felülete ferde állást szenved, mely okvetlenül az éleslátás helyére, a macula luteára is kiterjed, nemesak abból tűnik ki, hogy mindezekben az esetekben a látóképeség tényleg a rendhagyóság fokához képest alá van szállítva, hanem abból az objectív jelenségből is, hogy a szemtükör által a fovea centralisban létrehozott fényképcske tisztós módjára elhúzódottnak. Teljes meggyőződést e fölött is a refractio mérés nyújt, még pedig itt kizárólagosan a skioskopos vizsgálat abban a meridianban, mely a conus irányában a macula luteán keresztül megy.

Az astigmatismus fundi alapjául szolgáló teratologikus zavar nincsen egyedül a conus inferiorhoz kötve. Eddigél semmiféle positiv alap arra nincsen, hogy ez utóbbit eredetere és lényegére nézve minden más irányú conustól elkülönítsük. Maga az irány már azért sem lehet mérvadó, mert minden figyelmes észlelő képes egy kis szorgalommal hézagatlan átmeneti sorozatot összeállítani a conus lateralistól a conus inferiorig és innen tovább a conus medialisig, mely sorozatban az eseteknek száma ugyan csökken, de az eltérésnek foka nem. Az inkább vízszintes irányban a papillához szegődő conus esetében az előbb leírt szemtükri jelenségek kevésbé feltűnők, mert már a rendes szemben is a papillával az orr- és halánték felől szomszédos részek egymástól lényegesen eltérnek és maga a papilla belső és külső fele is asymmetriás. De még itt is akadunk oly szemtükri jelekre, melyek csatlakoztatlanul a szemhártyák tágalására utalnak a conus legnagyobb szélességi átmérőjének irányában. Kivált a conus medialisnál, hol a papilla nervi optici morphographiai elrendeződése majdnem kivétel nélkül teljesen meg van

fordítva, mintegy 180° körül csavarodott. A szemhátter ferde állását itt is az objectív refractió-mérés teszi kétségtelenné.

Ezekre való tekintettel a szemhátter astigmatismus két főiránya szerint egészen jól mint astigmatismus fundi horizontalis és astigmatismus fundi verticalis jelezhető.

A rendszeres vizsgálatok 3685 szemre terjeszkedtek. Ezek közt 244 mutatta az astigmatismus fundi elnevezése alatt leírt hibás optikai beállítást: tehát valamivel több mint hat a 100-ból. Ehhez járul még 137 astigmatismus fundi-lelet, melyet a klinikai anyag szolgáltatott; úgy hogy egészben 381 gondosan leírt és megmért lelet képezi ezen speciális tanulmány tárgyat. A vizsgálatoknak eredménye szilárd, meg nem dönthető alapot képez annak bebizonyítására, hogy a szemhátter astigmatismusát, melynek függetlenségét a szaruhártyának astigmatismusától ophthalmometeres mérések kétségtelenné teszik, mint típusos rendhagyóságot el kell fogadnunk.¹

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XII. rendes ülés 1901. április hó 13-dikán.)

Elnök: Bókay János. Jegyző: Wenhardt János.

(Vége.)

Acquirált bélsyphilis.

Verebély Tibor: A syphilis előidéző kórokanak teljes ismeretlen-sége magyarázza meg azt a bizonytalanságot, melylyel a syphilis okozta szervezeti elváltozások diagnosztikájában ma is küzdünk. Legérezhetőbb ez a visceralis s első sorban a bélsyphilis tanában: a rövid idővel ez-eltől fennállott nézet, hogy a béltractus immun a szerzett syphilis mérge ellen, szembe állíthatjuk Neumann nézetét, ki a gyomor-bélsyphilist már irritatív és productív, acut és chronicus lobokra mint jól körülírt kórképekre osztja. Ha nézete nem is talál általános visszhangra, az kétségtelen, hogy a gyomorban és bélben van syphilitikus elváltozás, habár minden kétséget kizáró esetek igen gyérek az irodalomban. A bemutatott eset egy filia publicitól származik, mi recidív luessel 3 esztendeig volt Havas tanár úr osztályán klinikai megfigyelés tárgya, a honnét lues inveterata s bélsyphilis diagnossal került boncolásra. Ennek folyamán a szervezetben régi anaemia és cachexia tünetei mellett — elzsírosodási csíkok a szívizomzatban, zsíros elváltozás a májban, pulpa túltengés a lépben — a bél mutatott figyelemre méltó elváltozásokat: a vékonybél bizonyos elváltozások által szakaszokra osztott, szűkebb, tömöttebb tapintatú, megvastagodott serosájú területek váltakoznak tágabb, lágy, transparen területekkel; a felvágott bélben a szűkületnek a mucosán élesen körülírt, körkörös anyaghiányok felelnek meg, ezeknek átlagos szélessége 6—8 cm., felhánt, parallel szélekkel élesen elütnek a halvány mucosa egyéb részeitől, alapjuk teljesen síma, egy-nemű, halvány, fellazult kötőszövetes. Átmetszeten látható, hogy az egész anyaghiány tulajdonképpen virágágszerűen kiemelkedő egyenletes beszűrődés, melynek legmélyebb ulceratios szétesése is magasabban fekszik mint a mucosa felszíne; látható, hogy a bélfallal jellegző rétegzése megszűnt az anyaghiányok területén belül, a mennyiben a mucosa megszűnése után a submucosa, muscularis és subserosa összefolynak egy egynemű, transparen, sehol sem sajtos vagy gubós szövetté. Vastagbél és mesenterialis mirigyek épek, a vékonybélben pedig az említett ulceratio a Peyer-tüszök elhelyezkedésének felel meg s kiterjed az ileum 3 meternyi részletére. Az ivarszervekben a chronicus salpingo-oophoritis gonorrhoeától feltételezett perimetritikus összenövés, az introitus vaginae egy kezelt, de egyébként a bélfekélyekkel teljesen analog anyaghiány a kóros elváltozások. A diagnosis egyrészt a tuberculotikus, typhosus, leukaemiás és amyloid fekélyek kizárása útján, másrészt az említett, Rieder munkája óta jellegzőknek ismert tulajdonságok alapján enteritis syphilitica ulcerosa volt. A göresővi vizsgálat az anyaghiányok helyén a bél összes rétegeit átható, első sorban lobos jellegű infiltratumot állapít meg, kísérve az edényeknek — a vénáknak és arteriáknak — endo- és perivascularis elváltozásaitól; az elváltozott bélrétegek közül majd a submucosa, majd a muscularisnak belső vagy külső rétege képezi infiltratumával az anyaghiány alapját a felette levő rétegeknek necrotikus eltávolodása után. Ha így makro- és mikroszkopikus vizsgálat alapján a syphilitikus bélfekély diagnossis kétségtelen, eldöntendő marad az a kérdés, vajjon a syphilitikus productumok melyik csoportjába soroljuk

¹ A legutolsó időben Elschnig terjedelmes munkában, mely részben a bécsi tudományos Akadémia emlékiratai közt (LXX. k. Der normale Sehnerveneintritt des menschlichen Auges), részben Graefe Archivumában (LI. k. 391. l. Das Colobom am Sehnerveneintritt und der Conus nach unten) jelent meg, a szóban forgó alkati eltérésnek tárgyalásánál a Szili-től eredő adatokat előtérbe vonja, az általa leírt szemtükri jelenségeket egész terjedelemben megerősíti és erre nézve, valamint a szemhátter típusos ferde állásából eredő astigmatismus kiderítésére vonatkozólag a prioritást Szili-nek ítéli oda.

a leirt elváltozásokat? vajjon inkább irritatív lobos vagy productiv degenerativ folyamattal van-e dolgunk? A bélsyphilisre vonatkozó irodalomban ugyanis a folyamatnak kétféle pathogenesisét találjuk feljegyezve: a közölt esetek egy része tisztán gummosus eredetű, a midőn vagy élesen körülírt, tehát valóságos gumma (Chiari, Gensersich), vagy diffus kiterjedésű, gummosus infiltratum (Fraenkel, Birch-Hirschfeld, Buday) a fekély eredete; az esetek más részében diffus lobos infiltratumot vesznek fel a szerzők, a mit, azt hiszi előadó, méltán tarthatunk irritatív lobos, tehát papulosus jellegű beszűrődésnek. A bemutatott esetben a kötőszövetes proliferatio háttérbe szorulása a lobos kivándorlással szemben, a sajtos szétesés helyett a réteges felületes nekrobiosis jelenléte a papulosus típusú beszűrődés felvételét teszi jogosulttá.

Havas Adolf: A bemutatott „enteritis syphilitica“-képződmény egy az osztályomon ápolott betegről származik. Az eset értékét nagyban emeli azon körülmény, hogy a szóban forgó eset éveken át észleltem alatt állott, hogy a diagnosis in vivo állított fel és a mi a fő, az a necroscopia által be is igazoltatott.

A 25 éves prostituta ezelőtt 2½ évvel került először az osztályomra; négy év óta bejegyzett prostituta. Az említett két és fél év alatt kilencz alkalommal lett osztályomra beszállítva és összesen 307 napot töltött a kórházban. A megbetegedések, a melyekért a kórházba szállítottatott, urethritis, cervicitis, ulcus molle és lues volt. A beteg kórházi tartózkodása alatt körülbelül 200 bedörzsölést végzett, mercuriolt és jodkalit használt. Legutoljára mult év november havában szállítottatott be és nála ekkor a lues recidivans tünetei találtak, miért is bedörzsölési kúrát használt. Nehány napi kórházi tartózkodás után a beteg nem localizálható hasfájdalmaokról panaszkodott, mihez néhány nap múlva étvágytalanság és hasmenés szegődött, majd a folyamat annyira fokozódott, hogy a betegnél folytonos, alig csillapítható hányási inger és rendkívül erős bélgyörösködés lépett fel. E mellett a has igen mérsékelten volt csak puffadva és tökéletesen láztalan állapot állott fenn. A hányás és hasmenés ellen használt szokásos gyógyszerek mind cserben hagyták. A betegnél az elgyengülés tünetei mindinkább fokozódtak, úgy hogy a mult év december 24-dikén egy belgyógyászati osztályra helyeztem át. Itt azután két nappal utóbb az exitus letális beállott.

A diagnosis per exclusionem et ex concomitantibus et adjuvantibus „enteritis luetica“-ra tettem.

Az enteritis luetica rég ismert dolog, a gyermekgyógyászok a congenitalis alaknál elég gyakran találkoznak vele, de az acquirált luesnél nagyon ritkán észleltetik és miután specialis, jellegzetes tünetekkel nem jár, annak körismézése is nagy nehézséggel jár és csakis kizárás útján állítható az fel. Feltűnő körülmény az, hogy a gyakorolt erőlyes antiluetikus kúra nem birt a folyamaton segíteni. Ez csak úgy magyarázható, hogy a beteg kevés ellentálló képességgel és gyengült szervezettel birt. A kórboneczani elváltozásokra vonatkozólag osztom Verebely kártárs úr nézetét. Én is papulosus alaknak tartom a bélben talált tüneteket, a melynek analogiát itt e photogrammon mutatom be.

Weisz Ferencz: Az ily esetek száma oly ritka, hogy Oberndorfer, ki az irodalomban közölt bélsyphilis-eseteket összeállította, csak 49 esetről tudott beszámolni és Fournier, a nagy tapasztalatú syphilidolog egy tavaly a párisi Acad. de médecineban tartott előadásában körülbelül csak egy tuczt esetre tudott visszaemlékezni. A specifikus bélaffectioknak gyakorisága acquirált és congenital luesnél Oberndorfer szerint oly arányban áll, mint 1:1, vagyis 24 ily esetre esett 25 congenitalis. A syphilitikus bélaffectiokat Fournier szerint in praxi nem ismerik fel, miután symptomái nem jellegzetesek. Állandó a makacs és fájdalmas hasmenés, azonkívül colicák, ritkábbak a véres széketések. Icterus e lue is fel léphet a folyamatnak a duct. choledoch.-ra való áttérjedésénél. Status typhosus is lett már észlelve, sőt ily folyamat már szűkületet okozó bélcarcinomának is nézetelt, melynél operatio is lett megkísérelve. A bélsyphilisre gyanakodjunk Fournier szerint 1. a beteg syphil. antecedentiáinál, 2. a makacs diarrhoea ellenállásánál az összes medicament. kezeléssel szemben, 3. több III. tünet együttes előfordulásánál, mit néha csak hosszas keresés után találhatni, így talált Fournier egy humerus exostosis, egy luetikus arthritist a térdizületben, osteocop fejfájásokat és az arcus superciliorum periostosisát.

A fellépést illetőleg legtöbbször késői lues-esetekben szokott a bélsyphilis fellépni, de korai szakban is lett már észlelve. Ha a diagnosis idejekorán bélsyphilisre teszszük, akkor az antisyphilitikus kúrával még előhaladott esetekben is gyógyulás következhetik be. A lefolyásban a recidivák elég gyakoriak, néha hónapok, sőt évek múlva, egy esetben körülbelül 20 év múlva állott be.

A kezelést illetőleg Fournier szerint a bélsyphilis-eseteknél, még ha a lues késő stadiumában is lépnek fel, hol rendszerint a jod kitűnő szolgálatokat tesz, a Hg. jobb hatású. Az irodalomban egynehány gyógyult bélsyphilis-eset is van leírva, a többek között Schwimmer az Archiv f. Dermat. u. Syph.-ben egy gyermekről emlékezik meg, ki gyakori hasmenés, hányás, colicák és kezdődő athrophiában szenvedve, sublimat-fürdők meg Hg.-pülulák alkalmazása után meggyógyult.

A bemutatott esetben a labilis szervezetben kell keresni az okot, a miért a bélsyphilis meg nem gyógyult, mert a mint a praeparatumban láthatni, egyes fekélyek már in reparationem voltak.

Pneumosis cystoides intestini.

Verebely Tibor. Az Ángyán tanár osztályáról boneczolt második eset praeparatuma mint kórboneczani ritkaság érdemel figyelmet. Egy 30 éves férfi a phthisis florida jellemző anatomikus elváltozásai mellett a béltractusában mutat sajatos elváltozásokat. A gyomorban hatalmas táglulás, feltételezve a duodenum felső harántágának heges — valószínűleg kerek átfúró fekélytől származó — szűkületétől. Az ileum

alsó négy kaesán, a coecum és a környező fali peritoneumon diffus megvastagodás és edényképzés mellett; alig kiemelkedő, ellapuló, egyes vagy csoportos, rövid vagy hosszú kocsányú hólyagok s szabadon libegő vagy letapadt hosszabb vagy rövidebb bolyhok foglalnak helyet, a melyeknek megfelelően a mucosa áthatott kisebb-nagyobb feszes hólyagoktól, melyek mind teltek nem bűzös, nem égő gázzal. A mucosa hólyagjai közt egyesek intransparens, tömötték s felmetszésnél sűrű sárgás bennéket ürítenek, melynek közepéből egyeseknél egy nagy lég-hólyag ürül. Ha a leirt elváltozásnál a peritoneum említett elváltozásai, a hólyagoknak kocsányossága, sőt teljes lefűződése alapján az emphysema cadaverosum-ot kizárhatjuk, akkor egy az emberi pathológiában rendkívül ritka — eddig összesen 5 esetben észlelt —, az állapotpathológiában, nevezetesen disznónál jól ismert, de pathogenesisében ott is teljesen homályos megbetegedéssel van dolgunk: pneumosis cystoides intestini seu emphysema bullosum intestini. Göresövi vizsgálat kimutatja, hogy a kérdéses cysták a bél fal valamennyi rétegében, de legnagyobb számmal a submucosában találhatók, hogy falukat hol endothel, hol óriás sejtek vagy epitheloidsejtek, hol sajtos tömegek képezik; kimutatja továbbá, hogy a bél elváltozott részeiben ac. t. mélyre terjedő, elszajtosodó tuberculosus fekélyek ülnek, melyek egyrészt a bél lumen felé közlekednek sokszor keskeny mucosarepedések útján, másrészt a submucosába messze beágzó productiv tuberculosus lymphangitis képzésére vezetnek, melynek széteséséből valóságos üreges járatok létesülnek a submucosában.

Az elváltozás pathogenesisét illetőleg az irodalmi adatok két csoportra oszthatók: az egyik csoport szerint a hólyagok gáza localisan fejlődik vagy bakteriumok (Eisenlohr) vagy óriássejtek (Bang) hatására; a második csoport szerint a gáz a bél lumenből jut a hólyagokba (Winand, Roth, Schmutzer) eddig ismeretlen módon. Tekintve, hogy a bakteriologikus vizsgálat ez esetben negatívnak mondható; tekintve, hogy a lobosodás teljes hiánya különben is a bakteriumos eredet ellen szól, előadó a gáz hólyagok gázát a bélből származtatja s belépési helyül az említett acut fekélyeket s az azokból kiinduló ürmeneteket tekinti; a gáz belépést elősegítő tényező gyanánt fogja fel a gyomortáglulás folytán, mely sokszoros erőltetett hányásra is ad alkalmat, fennálló igen fokozott bélbeli gázfeszülést. Minden esetre feltűnő, hogy az eddig között emberi esetekben egyrészt tuberculosus, másrészt gyomor vagy bél-analísatis zavar szerepel, a nélkül, hogy ezeket a tényezőket a pathogenesisben kellőleg méltányolták volna. Nem tartja lehetetlennek, hogy a beszorult s a bélperistaltika által tova hajtott lég-hólyagok gázának vegyi összetételét a szomszédos szövetek, fali endothel és óriás sejtek anyagcsereje befolyásolja.

Hutya Ferencz: Azt hiszi, hogy még ritkább a bántalom, mint előadó jelezte, mert az irodalomban ismeretes öt eset közül csak kettő felel meg teljesen ezen esetnek, a többi három rothadásos bélemphysema. Nem ritka azonban a baj sertésekben és juhokban. Érdekes a dolog pathológiája, mely még nincs tisztázva. Pneumosis előfordul állatokban egyéb súlyos elváltozásokkal, de teljesen egészséges állatokban is találják levágás után és ilyen esetekben az infectiosus theoriák elesen. **Schmutzler** hasonló magyarázatot ad a dolognak, mint előadó. Kimutatott a submucosában fág réseket, a muscularis szétrepedezett, a subserosus szövet szintén, feltételezi, hogy bél gázok nyomulnak valamely erősebb nyomás alatt a subserosus szövetbe, eljutnak a serosa alá, kocsány képződik, mely csavarodik, így képződnek a kocsányos hólyagok, megrepednek és másodlagosan jönnek létre az álharthyák. Mások feltételezték, hogy productiv szövetképződés van, csak utólag képződik bele a gáz. Érdekes, hogy olyan esetekben voltak hólyagok, melyekben a hasübeli nyomás nagyobb volt, pl. a gyomor kitágult volt, Bange esetében a nőt meteorismus miatt pungálták, máskor koprostasis volt, úgy hogy a magas nyomás kergette bele a gázt a bél falába. De a gáz analysis O, N és CO₂-t mutatott, egyéb gázt nem. Az óriássejtképződés, melyet előadó a gümőkóros folyamattal hajlandó összefüggésbe hozni, előfordul gümőkórmentes levágott sertések képződményeiben is.

Deutsch László felveti a kérdést, nem származhat-e a gáz magából a bél falból, valószínűleg magukból a sejtekből protoplasma működés folytán. Analógia a növényeknél van, pl. almánál érés alatt gázok fejlődnek a sejtekben, melyek az éretlen gyümölcsben ninesenek benne.

Verebely Tibor: Az óriássejtképződést részben a lég-hólyagok által létrejött izgalom következtében okozottnak képzeli és csak a hol tuberculosus lymphocysta van, tulajdonítja tuberculosisnak. Eisenlohr esetét valószínűen cadaverosus emphysemának tartja. Hahn véletlenül operatio közben élőnél talált ilyen elváltozást, gyomorszűkület, tehát fokozott bél gázfeszülés volt jelen. A lég-hólyagokat szétnyomkodta és a peritoneumot zárta. Székrekedés volt ez esetben jelen. Gyógyult. A sejtekben való légfelgyűlést lehetségesnek tartja, mert vannak egyesjű lények, melyek légfelvételt és légkiadást által mozognak, csak hogy itt intracellularis légképződés nines; talán csak a serumból választják ki a levegőt.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A chloroform-narkosis módosítása ezimen tartott előadást **Wohlgemuth** a „Verein für innere Medizin in Berlin“ január 21-diki ülésén. Kiindulva azon tapasztalatból, hogy a chloroform okozta asphyxia ellen jó eredménnyel használható az oxygenbelegzés: arra a gondolatra jött, hogy a chloroformot oxygenel keverve légeztesse be narkosis céljából. Egy készüléket szerkesztett, melynek lényege az, hogy egy esővön át, melybe könnyen szabályozhatólag chloroformcseppek

V. Szakmáry Donát.

Semmering

Dr. Ballmann-féle
vízgyógyintézet

nyáron Meránban.

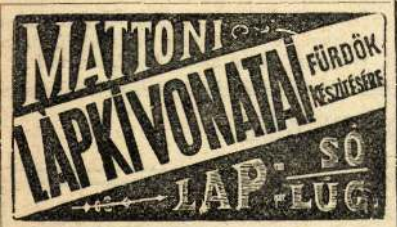
835 méter a t. sz. f. Megnyitás május 5-dikén. Prospektusok küldetnek.

Fekete áfonya gyógybor

Vinum myrtilorum medicinale.

Kitűnő 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.



Lápfürdők a házbán.

Az ásvány-lápfürdőknek egyedül természetes pótéka

LÁP-SO LAP-LUG
száraz kivonat folyékonykivonat
rekeszekben 1 kg., üvegekben 2 kg.

Főraktár:
ÉDESKUTY L.

ásványvíz-nyereskedő,
— cs. és kir. udvari szállító —
BUDAPESTEN.

Teljes ellátás, lakás, fürdő, élelmezés, kiszolgálás naponként 4 kor. 50 fl.-től
feljebb. — Májusban és szeptemberben még olcsóbb.

Gyógyhely

KRAPINA-TÖPLITZ

Horvátországban

Zagorinai vasútállomástól „Zabok-Krapina-Töplitz” egy órai kocsit. Nyílt van április
1-jétől október végéig. A 30–35° R. hőmérsékű meleg forrásoknak kitűnő a
hatásuk köszvény, izom- és ízületi csúsz és azok utóbajai, ischias, neu-
ralgiák, bőrbajok és sebészek, idült Morbus-Brightii, bennütások, idült
méhgyulladások, méhközötti izzadásmányok ellen. Nagy medenceze — teljes
— külön márványkád- és zuhany-fürdők, kitűnően berendezett izzasztó
kamarák (Sudaria), massage, elektromosság, svéd gyógygymnastika,
kényelmes lakások. Jó és olcsó vendéglők, állandó fürdőzene, terjedelmes árnyas
sétányok stb. Május 1-jétől naponként pos-a-omnibusz közlekedés Zabok-kal és
Pöltschach-cal.

Fürdőorvos Dr. Mai Ede. Brochürök minden könyvkereskedésben.
Prospektust és felvilágosítást küld

a fürdő-igazgatóság.

MATTONI ERZSÉBET SÓSFÜRDŐJE

Gyógyhely Budapesten (Budán).

Idény április 1-től október 15-ig.

A gyógyhely forrásai ajánlhatók: a **belek bántalmainál**,
alhasi és általános vérbőségnél, **májbajoknál**, **arany-
énnél**, **túlságos elhízásnál**, **köszvénynél** és **női bajoknál**.

Rendelő fürdőorvos: Dr. Polgár Emil.

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

Tulajdonos: **Mattoni Henrik.**

PARÁD GYÓGYFÜRDŐ

Vastimsós fürdőkkel és hidegvízgyógyintézettel, ég-
vényes-kénés savanyúvíz és természetes arzén vastartalmú
forrásvizekkel.

Lakások újonnan épült 20 olesó szobával kibővítettek, a vendégek élel-
mezéséről Veresghy István jóhírű konyhája gondoskodik. Az évad május 15-
től szeptember végéig tart. Az elő-évad május 15-től június
20-ig, főévad június 21-től augusztus 20-ig, utóévad augusztus
21-től szeptember végéig tart. — Az elő- és utóévadban a lakások 30%-al
olcsóbbak. Ingyen prospektussal és minden felvilágosítással készséggel szolgál
a fürdőigazgatóság.

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

Dr. VAS BERNÁT a laboratórium vezetője.

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

Dr. Batizfalvy Sámuel

Sanatoriuma és vízgyógyintézete

Budapesten, Városligeti fasor és Aréna-út sarkán.

Az intézet egész éven át nyitva. A vízgyógyászati osztály vezető főorvosa:
Dr. TRAJTLER ISTVÁN. Felvétetnek bennlakó és bejáró betegek.

Prospektust kívánatra ingyen küld az igazgatóság. Telefon.

GLEICHENBERG

Javallatok: A légzőszervek hurutos
betegségei, az emésztő-csatorna
bajai, továbbá vérszegénység stb.
Ellenjavallat: Tüdővész.

GYÓGYHELY.

Gyógyeszközök: Alkalikus-muriat, források: Constantin- és Emma-ferrás; alkalikus-
muriat, vasasforrás: Johannisbrunnen; tiszta vasasvíz: Klausenquelle, savó, sterilizált
tej (száraz takarmányozás), Kefyr, forrássó-belégzés; fenyűgözk belehelése (mind-
kettő külön kabinban), belégző-készülék, pneumatikus kamarák. Édes-ásványvizek
és pezsgő calorizátor-fürdők, fenyű- és acélfürdők. Nagy hydro-therapeutikus intézet,
terrain-kúra. Enyhe, langy-nedves, pormentes, szélsőséges levegő, erdős-lankás vidék.

Idény május 1-től szeptember végéig.

Felvilágosítás és prospektus ingyen.

Lakásmegrendelések a gyógyhely-igazgatóságnál Gleichenbergben.

Rohitsch-Sauerbrunn

országos gyógyintézet

STÁJERORSZÁGBAN.

Vasuti állomások:

Pöltschach (déli vasút)

és

Krapina (m. kir. államvasút).

Fürdőidény: május 1-től októberig.

228 méter magasán a tenger színe felett, enyhe subalpin
klíma, elragadó fekvés, gyönyörű hegyes vidéken, ter-
jedelmes erdők között.

Glaubersós szénsavas források (Styria- és Tempel-forrás)
elismert elsőrangú gyógyvizek az emésztő szervek meg-
betegedései ellen.

Kényelmes, elegáns és igen olcsó tartózkodási hely.

Fürdő-orvosok: Benczenczi Dr. GÁMÁN BÉLA,

Dr. HOISEL JÓZSEF és Dr. SIMONITSCH JÓZSEF.

Haemorrhoidák

nők és gyermekeknek is a jó-
resorcin-sulfons vas wismuth

minden neme ellen

Nem narcotica. Minden kellemetlen mel-
lékhatás nélkül. Kapható valamennyi
gyógytárban, dobozonként 12 drb frt 2.50.

Főraktár Ausztria-Magyarország részére:

Adler-Apotheke, Komotau (Böhmen).

Anusol

elnevezés alatt Suppo-
sitoria haemorrhoidalia
Anusoli alakban a tisz-
teft orvos uraknak melegen
ajánlatik.