

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: HÓGYÉS ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Balás Dezső: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából. A nyelv jóindulatú daganatai. 640. lap.
- Sellei József: Közlemény a „Teleia” nyilvános rendelő intézetből. Kísérleti adatok a jodalkáliák és jodipin hatásához syphilisnél. 642. lap.
- Jendrassik Ernő: Adatok az öröklődő bántalmak ismeretéhez. 644. lap.
- Tóvölgyi Elemér: A jodmérgezésről egy érdekes eset kapcsán. 646. lap.
- Tarcsa. A pesti szegénygyermek-kórház multjából. 647. lap. — Kollarits Jenő: A biologia határai. 648. lap.
- Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Dalmady Zoltán: A cytotoxinok. 649. lap. — Könyvismertetés. Antal János: Utmutató a fogházásban. (Bauer.) — Rudolf Steiner: Die Mystik im Aufgange des neuzeitlichen Geisteslebens und

ihr Verhältniss zu modernen Weltanschauungen. (Györy.) — Lapszemle. Sebészet. Quénu és Petit: Heges pylorus szűkületek maró folyadékok következtében. (Dudutz.) — Tavel: A nervus pudendus resectioja vaginismusnál és pruritus vulvaenél. — Kisebb közlemények az orvsgyakorlatra. Mansbach: Unguentum Credé-vel kezelt puerperalis sepsis. — Toff: Puerperalis és általános sepsis. — Bobulescu: A bismutose. — Folyóiratok átnézete. 650–651. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — Fördőink személyforgalma. — Megjelent. — Pályázatok. — Hirdetések. 651. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. A Stomatologusok Országos Egyesülete. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából.

A nyelv jóindulatú daganatai.

Irta: Balás Dezső dr. műtőorvos.

A nyelven előforduló daganatok túlnyomó többségét a rosszindulatú daganatok teszik ki, annyira, hogy a jóindulatú daganatokat észlelők úgy kórtani tekintetben, mint a beavatkozás szempontjából elég fontosnak és érdemeseknek tartják az irodalomban való megörökítésre.

De a nyelv daganatainak gyakoriságát, különösen pedig fellépésüknek helyét illetőleg éles határt kell vonnunk a nyelv törzsének és a nyelv gyökének daganatai között. Míg a nyelv törzsének elsősleges daganatai nem tartoznak a ritkaságok közé, addig a nyelvgyök daganatait határozottan ezek közé kell soroznunk. Különösen áll ez a jóindulatú daganatokra. Ezt élénken illusztrálja Butlin¹ ama tapasztalata, hogy 80 elsősleges nyelvtörzs-carcinoma esetére csak egy elsősleges nyelvgyök-carcinoma esett.

Ezért közlésre érdemesnek tartom a 2. számú sebészeti klinikumon kiirtott nyelvgyök-lipoma esetét, melyhez hasonló — a nyelvgyökön — az irodalomban eddig közölt nyelvlipoma-esetek között csak Martel L.² közleményében található; nagyságánál fogva pedig — tekintve előfordulási helyét — páratlanul áll.

Az eset röviden a következő:

M. B. 38 éves, kocsis 1900. év november hó 19-dikén vétetett fel a Réczey tanár vezetése alatt álló 2. számú sebészeti klinikumra.

Egy év óta veszi észre, hogy torkában lassan, de folyton növekedő daganat képződik, melylyel, miután ez neki fájdalmat sohasem okozott s őt fogalkozásában sem zavarta, sohasem törődött. Utóbbi időben azonban a daganat már oly nagyságot ért el, hogy a beszédben, táplálkozásában és légvételében oly ijesztő tüneteket és nehézségeket okozott, hogy ezek őt orvosi segítség igénybevételére kényszerítették.

Az erőteljes beteg hangja tompa felézetű, dunyogó, szavai néha, különösen gyorsabb beszédnél érthetetlenek, összefolyók. Rendes nagyságú consistens táplálékot lenyelni nem képes, a mi szerinte fokozatosan állt elő s ezért már hosszabb idő óta pépes összeállású és folyékony tápanyagot vesz magához.

Légvétele ébrenlét mellett úgy a szájon, mint az orron át szabad, álm közben azonban hirtelen beálló légszomj miatt többször felébred, de a dyspnoé felülésnél teljesen megszűnik.

Az erősen kitért szájon keresztül, a nyelv hátának lenyomása mellett, különösen erőltetett kilégzés alatt a nyelv mögött ülő, az isthmus fauciumot csaknem egészen kitöltő, kis almányi nagyságú, gömbölyded alakú, halvány rózsaszínű terimenagyobbodás tűnik elő, mely convexitásával a lágy szájpad és orrgaratfűr felé tekint, alapjával pedig a nyelvtörzs és az epiglottis közti tért tölti ki.

A daganatot ép, kissé eltolható nyálkahártya fedi, melyen számos tárgult viszér látható.

A daganat felülete sima, egyenletes, lebenyességet nem mutat, vizsgálatnál rajta hullámzást nem találunk.

Ujjal a nyelv mögé jutva kitűnik, hogy a terimenagyobbodás eléggé mozgatható és hogy széles rövid kocsánnyal indul ki a nyelv gyökéből, kissé jobbra a középvonaltól.

Állalatti mirigyek megnagyobbodása nem észlelhető.

Diagnosis: *Tumor benignus baseos linguae.*

A daganat eltávolítását Réczey tanár két szakaszban végezte.

Figyelembe véve a daganat nagyságát, melynél fogva eltávolítása előreláthatólag csak nagyobb akadályok leküzdésével válhatik lehetségessé, továbbá a hozzáférhetőségét, a mi a szájürben való műtéttel járván, a beteg dyspnoikus légzését csak fokozhatja, de különösen tekintettel a műtét közben várható nagyobb vérzésre, miután a daganat helyzeténél fogva a vérnek a tracheába való jutását nem gátolhatjuk meg, beteg a vért aspirálván, nála hirtelen suffocatio tünetei léphetnek fel, midőn fenti oknál fogva a suffocatio megszüntetésére az O'Dwyer-féle eljárást sem alkalmazhatjuk s e célból megnehezített körülmények között a tracheotomia műtét közben válnék haladéktalanul szükségessé, a kiirtást megelőzőleg tracheotomiát végezzünk.

December hó 10-dikén a műtét tartamára a Trendelenburg-féle gége-tamponade eszközölhetése céljából betegen előleges tracheotomiát végeztet.

A műtét simán folyt le, beteg a bevezetett canule-ön át nyugodtan vett lélegzetet.

December 21-dikén Réczey tanár a Trendelenburg-féle tamponcanulenek a tracheába való előzetes bevezetése után a daganat eltávolításával a műtét második szakaszát hajtotta végre.

A száznak szájtátóval történt kitérése és a százugoknak elvonása után Réczey tanár — mint azt minden nyelv műtéténél tenni szokta — a nyelv alkalmas előhúzóhatása és biztos rögzítése céljából a nyelv septumán vastag selyemfonalat húzott keresztül. A daganatot ezután ollócsapásokkal egészen távolította el.

A vérzés jelentékeny volt, mely azonban hideg bőrvízzel való öblögetésre és a sebnek tamponálására megszünt.

December 22-dikén beteg láztalan, az éjet nyugodtan töltötte. Fájdalmi nincsenek. Utóvérzés nem állt elő. Beteg bőrvízzel gyakori szájöblögetéseket végez. A Trendelenburg-féle tamponcanulet közönséges canule-lel cseréljük fel.

December 23-dikán. Láztalan. A nyelv septumán át húzott és a szájon kilógó fonalat, melyet Réczey tanár a műtét után esetleg bekövetkező complicatiók — utóvérzés, suffocatio stb. — esetén a nyelvnek bármely pillanatban való alkalmas előhúzóhatása céljából egy-két napig még mindig behagy, eltávolítjuk. Légzés úgy a canule-on, mint ennek elzárása után a gégen át is zavartalan. Beteg csak folyékony anyaggal táplálkozik.

December 24-dikén. A nyelvgyök jobb oldalán, az eltávolított daganat kocsányának helyén visszamaradt sebfelület tiszta, alapján élénk granulatiót mutat. Nyelésnél vagy önként betegnek fájdalmi nincsenek.

December 26-dikán. A canulet eltávolítjuk és a tracheotomia nyílását bekötjük. Beteg a gégen át nyugodtan vesz lélegzetet. Hangja kissé rekedt, tompa színezetű. A nyelvgyök sebfelülete szélein hámosodást mutat, az alap élénkpiros sarjszövettel borított.

December 28-dikán. A tracheotomia-nyílás szélein oly élénk granulatio indult meg, hogy a sarjak a nyílást már teljesen elzárták. Beteg hangja tisztább, légzési nehézségei alvás közben simcsenek, szilárd anyaggal táplálkozik. A nyelvgyök sebfelülete körülbelül lencsényi kiterjedésű hámszövetet mutat.

1901. január 1-jén a tracheotomia sebe teljesen behegedt. Beteg rendes hangját visszakapta. Légzési nehézségeiből semmitem maradt vissza. A nyelvgyök jobb oldalán a középvonaltól kiindulólág kissé behúzódott, ferdén futó, alig észrevehető, halvány rózsaszínű hegvonal látható. Beteg teljesen gyógyultan távozott.

A kiirtott daganat többé-kevésbé gömbalakú. Méretei: hosszúsági átmérője 5 cm., szélességi átmérője 3,7 cm., vastagsági átmérője 4,3 cm.

Átmetészetén a daganat makroszkopice tipikus lebenyes lipoma képét mutatja. A kötőszövet-kötegek által csoportokba különített zsírszövetlebenyek jól kivehetők.

Jellemző, hogy az elvékonyodott sima nyákhártya alatt a daganatot mintegy 3 mm. vastag izomréteg borítja, mely a daganat szabad felületén úgyszólván tokot alkot. Szerintem ebből magyarázható, hogy egyrészt a daganat daczára lebenyes voltának az élőben egyenletesen összefolyónak tűnt fel és másrészt, hogy a rendszeren meglévő jellegzetes aranyárga áttűnőség, puhaság és a fluctuatio érzésének keltése jelen esetben hiányzott.

E lelet egyszersmint a lipoma intermuscularis fejlődésére vonatkozólag is kétségtelen felvilágosítással szolgál.

A mikroszkopikus kép teljesen megfelel a makroszkopikusnak. Az osmiumsavval és alkoholos alcana-kivonattal kezelt metszeteken papilla nélküli, elvékonyodott, tágult, vizekben gazdag, egyebekben rendszeres nyákhártyát, ez alatt főleg hosszirányban futó haránteszkolt izomrostokat találunk. A daganatot elég vastag rostos kötőszöveti burok veszi körül, melyből széles, rostos kötőszöveti kötegek indulnak ki, melyek a daganatot lebenyekre osztják. A lebenyeket finom kötőszöveti rostokból álló stromában beágyazott zsírszövetek alkotják.

Mielőtt a nyelv jóindulatú daganatainak rövid jellemzésére és ismertetésére áttérnék, célszerűnek találok, ha anatomiai és pathologiai szempontból a nyelvtörzs és nyelvgyök közötti különbséget néhány szóval előrebocsátom, mintegy indoklásul és magyarázatul annak, hogy az egyes daganatok miért fordulnak elő különös előszeretettel a nyelv bizonyos helyein, és hogy miért oly nehéz egyes esetekben a nyelv jó- és rosszindulatú daganatainak megkülönböztetése a kórismézésnél.

Anatomiailag a nyelven az elülső vízszintes úgynevezett szemölcs és a lehágó úgynevezett tüszős részt különböztetjük meg. A kettő között a határt az árktolt szemölcsök telepe képezi.

A tüszős rész felett a gégefedőig a nyákhártya egészen más szerkezetű mint a nyelvnek az árktolt szemölcsök előtti részletén. Míg a nyákhártya szemölcsös részének felső felületén a papillák szabadon emelkednek ki a hám felszine fölé, addig a nyelv alsó felületén és a tüszős részen csak a hám közepéig terjednek. A szemölcsös rész e kiemelkedő papilláiba vannak az ízlelő szervek elhelyezve, melyek a nyelvgyökön elő nem fordulnak.

Míg a szemölcsös részen a mucosa vékony és szoros összeköttetésben áll az izomzattal, e felett alig tolható el, addig a tüszős részen a mucosát vastag és hatalmas laza kötőszöveti nyalábok

kötik össze a mélylyel, minek következtében a mucosa az izomzat felett könnyen tolható el.

Míg a szemölcsös rész felső felületén csak a nyelvcsúcs és a nyelvcsél submucosájában fordulnak elő elvéteve, az alsó felületen pedig már nagyobb számmal egyes acinosus mirigy-csoportok, addig a tüszős rész submucosájában az acinosus mirigyek csaknem 6 mm. vastagságú, összefüggő, részben az izomzatba is hatoló réteget alkotnak, melyek között nyiroksejtekkel telt, egyedül álló folliculusokat is találunk.

A tüszős rész submucosájában közvetlenül az acinosus mirigyek rétege felett, a szemölcsös részen egyáltalában elő nem forduló nyelvtüszőknél — glandulae folliculares — egy rétegét is találjuk elhelyezve. Ezek különösen a foramen coecum és az epiglottis közötti sagittalis irányú térben már szabad szemmel is láthatók nagyobb számban. Számuk individualis körülményektől és a nyelvgyök felületének nagyságától függ. (Oitmann.³)

Részben a nyelvtüszők, részben az acinosus mirigyek között elszórva található még a nyelvgyökön, submucosus fekvéssel, a szemölcsös részen elő nem forduló úgynevezett nyelvtönsillák is, melyek mintegy a nyelvtüszők conglomeratumának tekinthetők. (Billroth.⁴)

E mellett a nyelvgyökön maga az epithel is csaknem megszakítás nélkül van nyiroktestecsekkel átitatva.

A tüszős rész lymphaticus szöveteinek körülírt és diffus túltengése oly gyakori, hogy Kölliker⁵ ezt rendszernek tartja, míg Birch-Hirschfeld⁶ a nyákhártyának állandó irritatio folytán létrejött chronikus gyuladására vezeti vissza.

Körtani tekintetben is éles az ellentét a nyelvtörzs és nyelvgyök között.

Miután a nyelvgyök a gége- és nyelvcső bemenetelénél van, oly megbetegedése, mely a szemölcsös részen egyáltalában nem jár súlyosabb tünetekkel, a tüszős részen már vitalis indicatiót képezhet a sebészeti beavatkozásra.

A szemölcsös részen a jóindulatú daganatok fekélyesedése természetüknél fogva csak a legkritkább esetek közé tartozik. A tüszős részen ülő daganatok azonban, tekintetbe véve azt, hogy itt a falat egyrészt már anatomiailag is szűkebb részen halad keresztül és másrészt a tüszős rész physiologic mindennyelési műveletnél (a garatzár alkotórészét képezvén) ad maximum szűkül, mechanikai és chemiai ingereknek is inkább vannak kitéve, ezért fekélyesedésük is gyakrabban fordul elő. Ez a megkülönböztető kórisme szempontjából fontos és számbaveendő mozzanatot képez.

A nyelven előforduló jóindulatú daganatok között nem szövettani beosztás alapján, hanem gyakoriság tekintetében első helyen az *angiómákkal* kell foglalkoznunk.

Ezek között leggyakoribb az *angioma cavernosum*, mely ritkán ütérés, rendszeren venosus és veleszületett, bár fejlődik felnőttkorban is. A nyelv parenchymájában, de a nyákhártyában is képződhetnek egyes vagy többes számban (Sandler⁷). Rendszeren a nyelv hát elülső részén, a nyelvcsúchhoz közel fordulnak elő, de előjöhhetnek, bár ritkábban, a nyelvcsélen és az alsó felületen is. (Fayrer.⁸)

Csak kissé emelkednek ki a nyelv felszine fölé, felettük a nyákhártya ép és rajta keresztül sötétkék vagy kékes-vöröses színezéssel tűnnek át. Puha tapintatúak, tartalmuk lassan egyenletes nyomással kiszorítható, de a nyomás megszüntével hirtelen újból megtelnek. Lassan növekednek, rendszeren alig diónagyságúak.

Kivételesek a következő esetek:

Landerer⁹ 51 éves egyénnél a bal nyelvfélre terjedő öklő-nagyságú angioma cavernosumot ír le.

Reverdin J.¹⁰ 8 éves leánynál görcsöileg meghatározott tiszta angioma cavernosumot irtott ki, mely a nyelv elülső részéből indult ki és makroglossiát okozott a nyirokedények részvétele nélkül.

A nyelvgyökön előforduló angiómák igen ritkák. Így Jertin¹¹ e részen fejlődött két mogyorónyi nagyságú angioma cavernosumról, Fischer G.¹² egy a nyelvgyökből kiinduló, a torok képleteire és a nyelv bal felére is kiterjedő angiofibromáról referál.

Érdekes Santesson¹³ közleménye egy angiosarcomáról, mely 3 év alatt fejlődött és a nyelv felét foglalta el. Görcsö alatta a sejtek, vérerek és az intercellularis és vascularis kötőszövet is hyalin átváltozást mutattak.

Előfordulnak a nyelven *aneurysmák* is, melyek pulsálnak és a nyákhártyán vörösen tűnnek át. Így *Gay John*¹⁴ a nyelvcsúcson ülő, mintegy borsónagyságú aneurysmát irtott ki.

Aneurysma cirsoideum két esetét közli *Butlin*.

Lymphangiómák a nyelven csak igen ritkán fordulnak elő. *Fürst L.*¹⁵ 6 éves gyermeknél a nyelv jobb szélén ülő, borsónál valamivel nagyobb, ép nyákhártyával fedett, tömött tapintatú, göresőileg kimutatott tiszta veleszületett lymphangiómát irtott ki.

*Barth*¹⁶ 67 éves férfinál 2 év óta fennálló, a nyelv alsó felületéből kiinduló, mintegy lúdtójszagú, dudoros, csaknem porckemény tapintatú daganatról referál, mely laza kötőszövetből álló tokba volt beágyazva. Göresői vizsgálatra a daganat lymphosarcomának bizonyult, mely a véredények hozzájárulása nélkül tisztán csak a nyirokedényekből indult ki és kötőszöveti kötegeiben és környezetében mikrorotundo- és fusocellularis halmazatok voltak találhatóak.

A papillomák a nyelv gyakoribb jóindulatú daganatai közé tartoznak. Rendesen ott fordulnak elő, hol a nyelv hátsó felületén; ritkák az alsó felületen és különösen a tüszős részen. Az élet minden szakában fejlődhetnek, észleltek már veleszületett papillomákat is.

Difúsz bolyhos és körülírt csomók alakjában fordulnak elő. Utóbbiak nyelesek vagy széles alapon ülők, halvány rózsaszínűek, felületük szemésés, göbös vagy kakastaréjalakú. Egyes vagy többes számban fordulnak elő.

*Albert*¹⁷ a nyelv papillomák 3 alakját különbözteti meg: 1. a nyeles, 2. a lapos és 3. a regio foliata fájdalmas papillomáit. Utóbbiakra jellegző, hogy csak az említett helyen és pedig szimmetrikusan lépnek fel, érintésre fájdalmasak és a nyelv paraesthesiájával, de gyakrabban neuralgiájával járnak. E betegség csaknem kivétel nélkül hysteriás nőknél található. *Albert* csupán egy esetben észlelte férfinál, kinél neurasthenia tünetei voltak jelen. Nyilvánvaló tehát, talán reflectorikus alapon, hogy a betegség az idegrendszer fokozott ingerlékenységével függ össze. Jellegző, hogy e papillomáknak különösen galvanocaustikus úton való elpusztításával a nyelvneuralgia megszüntethető. (*Rosenberg A.*¹⁸)

*Boyron G.*¹⁹ 59 éves férfinál 27 év alatt fejlődött diónagyságú, *Wagstaffe W.*²⁰ 50 éves férfinál 22 év óta fennálló, a nyelv egész jobb felére kiterjedő papillomáról tesz említést.

*Lange F.*²¹ 17 éves leánynál a bal tonsillán, a bal nyelvgyökfelen és az epiglottis hátsó felületén ülő multiplex papilloma kiirtásáról tesz említést. A göresői metszet a papilloma tipikus szövettani képét mutatta, feltűnő volt csupán a leucocyták nagy száma az epithel között.

Rosenberg A. a nyelvgyök jobb oldalán ülő babnyi, s egy másik esetben ugyanott a középvonalban ülő, borsónál valamivel nagyobb solitaer papillát ír le, melyeket galvanocaustikus kaecsal távolított el.

*Wagstaffe W.*²² 3 éves gyermeknél 6 hó óta észrevett, az árkolt szemölcsök táján képződött diónagyságú papillaris növést irtott ki, mely időnkint vértett és utóbbi időben már éjjel heves dyspnoikus rohamokat okozott.

A papillae fungiformes tömlős átalakulásának érdekes esetét közli *Dollinger J.*²³ 21 éves férfinál. Az abnormisan vastag és széles nyelv felső felületén a nyelvcsúcstól a nyelv közepéig terjedő mákszem egészen kölesnyi nyeles papillomák léptek fel, melyekben mikroszkopice mákszem nagyságú cysták voltak láthatók egyes vagy többes számban.

Igen fontos különösen a prognosis és differential-diagnosis szempontjából, hogy a nyelv papilloma fokozott izgatásra, de önként is epitheliomává, illetőleg carcinomává alakulhat át, midőn az egyén korára, a daganat alapjának beszűrődött vagy be nem szűrődött voltára, fekélyesedésre és a regionalis mirigyek kitapintatóságára kell tekintettel lennünk. (*Blank A.*²⁴)

A fibromák rendesen a szemölcsös rész háti felületén vannak, ritkán találhatóak a tüszős részen és csak kivételesen a nyelv alsó felületén. Egyes vagy többes számban és rendesen felnötteknél fordulnak elő. Az intermuscularis kötőszövetből fejlődnek, lassan növekednek és diónál ritkán nagyobbak.

Fibrosus polypusok és submucosus fibromák alakjában észlel-

tetnek. Előbbiek kocsányon lógnak, felettük a nyákhártya sima, halvány rózsaszínű. Puha tapintatúak, csaknem a hullámzás benyomását keltik.

A submucosus vagy intraparenchymás fibromák kerek, helyenkint lebenyesek, éles határúak, színük a környezeténél halványabb és rugalmas, tömött tapintatúak. A betegnek nagyobb functionalis nehézségeket nem okoznak.

*Pooley J. H.*²⁵ nőnél a nyelv gyökén ülő diónagyságú fibromáról tesz említést, mely felületéről élénken vértett s ez csak a daganatnak ércaseurral történt eltávolításával megszüntethető.

A fibromák előfordulhatnak mint tiszta és vegyes fibromák. Leggyakoribb a fibromák szövődménye lipomákkal.

Albert 46 éves férfinál a jobb nyelv szél hátsó harmadából kiinduló polyposus fibrolipomát észlelt.

*Blanc*²⁶ 36 éves egyénnél a nyelv alapjából kiinduló tyúktójs nagyságú fibromát ír le, mely a betegnek fuladási tüneteket okozott.

Fischer G. angiofibroma ritkább esetét ismerteti.

(Folytatása következik.)

Közlemény a „Teleia“ nyilvános rendelő intézetből.

Kísérleti adatok a jodalkaliák és jodipin hatásához syphilisnél.

Irta: *Sellei József* dr. rendelő orvos, v. bőrkórtani klinikai tanársegéd.

Richet-Toulouse, valamint *Bálint R.* kísérletei, melyek szerint a szervezetet fogékonyabbá tehetjük a brom iránt az által, hogy a tápszerektől elvont chlor helyett a szervezetnek chloreszükségletét „brom“-mal helyettesítjük, azon gondolatra vezettek, hogy ezen eljárást egy másik, a halogen csoportba tartozó elemmel, vagyis a joddal próbáljam ki.

Ezen kísérleteim alapján felvilágosítást véltem kapni arra nézve, vajjon a chlor elvonásával nem kerülhetők-e ki egyúttal azon mérgezési tünetek, melyeket jodismus elnevezés alatt foglalunk össze és már azért is érdeklődtem e kérdés iránt, mivel, mint ez különben ismeretes, a jodalkaliák belső adagolásakor a betegek legtöbbször kisebb-nagyobb fokú kellemetlen tünetek lépnek fel, mely mellékhatásokat az összes eddig ajánlott szerekkel és eljárásokkal, mint pl. *sulfanil-savval*, *natr. sulfur.-mal*, *natr. bicarbon.-mal*, *extr. belladonnae-val* stb., vagy a jodalkaliáknak tejből való adagolásával mindeddig nem sikerült elhárítanunk.

E kérdés különben nemcsak a syphilissel foglalkozó szakorvost, hanem a belgyógyászt is érdekli, ki hasonlóképen sokszor jut azon helyzetbe, hogy asthmában, emphysemában, endoarteritis-ben stb. szenvedő betegeinek a jodalkaliákat rendelje s ilyenkor a gyakran fellépő sokszor igen erős jodismus elkerülése felette kívánatos lenne.

Vizsgálataim során arról győződtem meg, hogy a *chlormentes diaeta* daczára a jodismus nem kerülhető ki, vagyis a szervezet chloreszükségletét joddal pótolni nem lehet oly módon, hogy a vele járó kellemetlen melléktünetek elkerültesse.

E vizsgálataim alkalmával ugyancsak fontos kérdés merült fel, tudniillik az, vajjon a chlormentes diaeta mellett adagolt jodpraeparatumok erősebben fejtik-e ki hatásukat vagyis chlormentes diaetával érzékenyebbé tettük-e a szervezetet a jod iránt?

Azon tapasztalatok alapján, melyeket a jodalkaliákkal szereztünk és melyekből megtudtuk, hogy a jod csak rövid ideig marad a szervezetben s ekkép a hatása syphilises productumokra is csak rövid ideig fog eltartani, hacsak, a mi eddig nem is látszott valószínűnek, a jodalkaliáknak bizonyos *cumulativ* tulajdonságát fel nem vesszük, arra indítottak, hogy ebbeli kísérleteimet oly jodkészítménnyel végezzem, melyről a vizsgálók ez idő szerint majdnem egybehangzó véleménye az volt, hogy sokáig marad a szervezetben remanens, és ez a jodipin.

Mielőtt ezen vizsgálataimról röviden beszámolnék, néhány szóval azon ellentétes eredményekről kell megemlékezni, melyek a jodipinnak a *theoriában* supponált és a *gyakorlatban* tényleg észlelt hatása között léteznek.

¹ Magyar Orvosok Lapja. 1901. (december), ugyanaz németül: Monatshefte für pract. Dermatologie, 1902. márczius.

A jodipin felfedezésére — mely tudvalevőleg Winternitztól ered — egyrészt azon eszme vezetett, hogy a jodot oly szerves anyaghoz akarták kötni, melyből a jod csak nehezen válik le és ezt főleg azért célozták, mert a jodalkaliák után fellépő mérgező tüneteket a *szabaddá vált* jodnak tulajdonították és tulajdonítják jelenleg is. Másrészt mivel a jodnak gyors eliminálása folytán a locus morbi-re kevés jod jut, többeket arra serkentett, hogy oly praeparatumot állítsanak elő, melyből a jod leválása csak nehezen történik, vagyis mely a szervezetben soká *kötve marad*.

Winternitz² kimutatta továbbá, hogy a *jodzsírok a szervezetben mindenütt letelepsznek, a hol zsír van*.

Igy jött létre a *fehérjéhez kötött jodkészítmény, a jod-albacid* és a *zsíradékhoz kötött illetve olajjal kombinált jodos készítmény, a jodipin*. Minthogy ez utóbbinak *tartósabb* összeköttetését dícsérték, továbbá mert ennél állítólag a jod leválása nehéz, azonkívül a jodismus fellépését is csak igen kivételesen és enyhén észlelték, kísérleteim főleg ezen szerre terjedtek ki. Ha a jodalkaliák közül pl. a jodkalit belsőleg adjuk, akkor már a gyomor-sav behatására a jod könnyen szabaddá válik és a nyálban, vizeletben stb. könnyen kimutatható. *Semmikép sem tagadható, hogy ezen levált jod fejti ki a tulajdonképeni gyógyhatást (Nobl, Welander)*.

A *jodipin gyógyhatása magától értetődleg szintén a jodon alap-szik*, de e hatását természetesen úgy fejti ki, ha a jod valóban belőle leválni képes.

A *belsőleg* alkalmazott jodipinből a jod épen oly könnyen válik le, mint jodkaliból, a jodzsír ilyenkor *nem* telepszik le ott, a hol egyébiránt zsírszövet van, világos tehát, hogy a jodnak theoreticé feltételezett *nehéz leválása a jodipinnel belső adagolásakor* — in praxi — nem válik be.

A kettős célznak, hogy tudniillik 1. a szervezetben a jodipinnal bevitt jod csak lassan, de állandóan fejtsse ki hatását, e szer *belső* adagolásakor nem felel meg; 2. a jodismus teljes elkerülése szintén nem sikerül. *Subcutan* adva — mint látni fogjuk — a *jod leválása rendkívül minimális*. Végül pedig arra is kell gondolni, hogy ha a gyógyhatást csakis a jod eszközli, miképen történjék ez akkor, ha a jod összeköttetésétől, mint azt az elméletben *supponálták, csak nehezen tud leválni*.

Mindezen gondolatok foglalkoztattak, midőn kísérleteimet ezen irányban kiterjesztettem.

Az első kérdés, melyet megfejtennem kellett, tehát az volt, vajjon érzékenyebbé tettünk valamely luesben szenvedő egyént a jod iránt, ha őt chlormentes *diacta* mellett a) jodkalival, b) jodipinnel kezeltük? Ezen vizsgálataim eredményét következőkben foglalhatom össze:

Jodkalival kezelt recens vagy késői luesben szenvedő betegek-nél chlormentes diacta daczára a lueses productumoknak gyorsabb eltűnését nem lehetett megállapítanom. (Recens syphilis-esetem az első vizsgálati sorozatban (Közölve M. O. L. 1900) 28 eset közül 10 volt. Késői eseteim voltak: 1 eset tertiaer papulák, 2 eset gummás syphilidek.)

Jodipinnel kezelt recens vagy késői luesben szenvedő betegek-nél chlormentes diacta daczára a lueses tünetek nem multak el a rendesnél gyorsabban.

Ennek illusztrálására a következő eseteket említem fel:

1. S. L. 26 éves gépgyári kovács, 1901-ben luest acquirált, mely ellen mindeddig kezelésben nem részesült. A penis bőrén körkörös egymás mellett, helyenként önálló, helyenként egymással összefolyt papulák, ily guirlandszerű plaque a praeputium széléhez közel, hasonló körkörös elrendezésű papulák szét-szórtan a törzsön. Polyadenitis. Az illetőt chlormentes diactára fogtam és annak 3-dik napján (1/9.) a hát bőre alá 10 ccm. 25%-os jodipint fecskendeztem be. I/12. jodismus nem fejlődött, 2. injectio. I/17-dikén és I/19-dikén újból 10 cm.³ jodipin-injectio.

Papulák úgy vannak, mint a kezelés kezdetén. Chlormentes diactára térünk át I/21-dikén. II/7-dikén 9. jodipin-injectio (10%).

Az injectiok a syphilesis tünetekre hatástalanok maradnak. II/11-dikén a 10 jodipin-injectio daczára a tünetek *nem* javultak, azért higany-injectiokra térünk át.

Ezen eset tehát azt bizonyítja, hogy jodipinnél chlormentes diacta daczára a szervezetet nem bírtuk a jod iránt *érzékenyebbé tenni*.

Továbbá világosan mutatta, hogy a *jod hatása recensebb* (ezen esetben a syphilis 6 hó óta állott fenn) *syphilesis termé-nyekre majdnem semmi*, hasonlóképen hatástalan volt az eljárás és a gyógyszer egy a rendesnél súlyosabb esetben.

2. W. J. 21 éves gépgyári lakatos, egy év előtt sankert szerzett, melyhez maculo-papulás syphilidek társultak. 50 drb. 3 gr.-os Hg. bedörzsöléseket végzett.

Néhány hét óta a jobb öregujjon onychia et paronychia luetica.

Ez ellen újra 30 bedörzsölést, több üveggel jodkalit kapott.

I/19.-én kezdtük el a jodipin-injectiokat vegyes diacta mellett. 10 injectio után az állapot nem igen javult. Roborantiák után, a midőn mindenféle antiluetikus szert kerültünk, növényi főze-tekkel rendeltünk.

Azon feltevés, hogy a *chlormentes diacta a szervezetet állí-tólag brom iránt érzékenyebbé teszi, a jodra nézve nem áll, de azon feltevésről, hogy ekkép a jodismus elkerülhetővé válik, úgy a jodipinnel, valamint a jodkalinnal sem tudtunk meggyőződni*. E kísérletek alkalmával arra is kellett gondolnunk, hogy ha a chlor elvonásával a szervezet szükséges chlorját joddal helyet-tesítjük, akkor tulajdonképen erősebben kellene a jodismusk fel-lépni. Ezt nem tapasztalhattam. De, hogy jodipin után mégis jodismus tünetei léptek fel, ezt a következő eset bizonyítja.

3. K. Gy. 25 éves építész. Jodkali után nem volt jodismus. III/5-dikén első jodipin-injectio 1/25 óraker d. u., III/6-dikán dél-után 1/25 óraker vizeletben, nyálban jod nyomai kimutathatók. III/7-dikén vizeletben kevés jod, újból belsőleg kávéskanálnyi 25% jodipin. Másnap fejfájás, láz lép fel, miért is lefeküdt. III/11. vizeletben nincs jod, újból egy kávéskanálnyi jodipint kap. III/12. kiskokú nátha, karczolási érzés a torokban, az arezon és haj-zatos fejbőrön, valamint a törzsön szétszórvá jodacne. *Fájdalmak a n. trigem. táján és mentén*, vizeletben sok jod (sötétkék); kihagy-juk a jodipint. III/14. vizeletben jod nyoma, kiskokú nátha, torok-fájás megszűnt. III/17. vizeletben jod nyoma.

Ezen esetben a jodipin *subcutan adva, jodismust nem okozott, de belsőleg adva az első evőkanál jodipin után erős jodis-mus lépett fel*. A jodismus tünetei nemcsak a nyákhártyán (orr és gége), hanem a bőrön is mutatkoztak. A jodipin kihagyása után 2 nap mulva jodismus megszűnt, midőn azonban a betegnek újból adtam egy kanálnyi jodipint, a jodmérgezés tünetei újból jelentkeztek. *A jodismus jodipin után azonban a legtöbb esetben korántsem oly fokú, mint azt a jodalkaliák után látjuk*.

Kiskokú nátha, karczolási érzés a torokban jodipinnal kezelt 25 esetem közül 6-szor lépett fel. 8 volt alkalmam 2 esetben oly egyének-nél alkalmaznom, kik jodkali iránt *kifejezett idiosyn-erasiát* mutattak, de kik viszont a jodipint kiskokú kellemetlen-ségektől eltekintve igen jól tűrték.

4. O. G. 25 éves, onychia et paronychia luetica. Beteg a jod-kalit mindig igen rosszul tűrte (idiosyncrasia). III/17. jodipint belsőleg kap.

III/10. jodismus nem lépett fel, vizeletben, nyálban sok a jod.

III/12. 2 nap óta fejfájás, kiskokú nátha (kiskokú jodismus), vizeletben sok jod (kékes-fekete); kihagyja a jodipint. III/14. vizeletben jod nyoma, a paronychiás területre jodipin-borogatásokat rendelék. III/21. lobos duzzanat hatalmasan visszaféjldött, beteg már 3 nap óta nem alkalmazza a borogatásokat; vizeletben kevés jod.

5. M. L. 30 éves hivatalnok, jodkalival szemben idiosyn-erasiát mutat.

II/26. 1. jodipin-injectio (25%) 10 cm³-nyi 5 óraker délután.

II/27. d. u. 5 óraker vizeletben, nyálban jod nem mutatható ki, újból kap 10 cm³ jodipint. II/28. d. u. 5 óraker vizeletben, nyálban jod nem mutatkozik, újból kap 10 cm³ 25% jodipint; éjjel 3 órai vizeletben nincs jod. III/1. d. u. 5 óraker vizeletben nincs jod, kihagyjuk a jodipin-injectiokat. III/3. d. u. 5 óraker vizeletben *jod nyomai (!)*; kap egy evőkanál 25% jodipint belsőleg. III/4. vizeletben, nyálban *sok* jod, kis angina, *émelygés*, kiskokú nátha. III/5. jod a vizeletben. 4 nap és 7 nap után újra egy kanál 25% jodipin. III/17. vizeletben elég jod, jodismus nincs.

² Deutsche med. Wochenschrift 1897.

Itt mindkét esetben *jodkalival szemben erősen kifejezett idiosyncrasia* állott fenn, *míg* ugyanazok a *jodipint*, kisebb fokú kellemetlenségektől eltekintve, *jól tűrték*.

Megpróbáltam *jodipint* chlormentes *diatával* adni, majd vegyes étrendre áttérve *jodkalit* rendeltem s ilyenkor a *jodipin* és *jodkali* után keletkezett *jodismusra* voltam tekintettel.

6. B. A. 27 éves hivatalnok, 1900-ban *syphilit* *acquirált*; 50 *bedörzsölés*, 24 *injectio*; *jodkalit* kap, *sómentes diacta*. I/11. *jodipin*. I/12. *jodismusnak* semmi jele, újból 10 cm³ *jodipint* kap. I/13., I/14. 10 cm³ *jodipin*, semmi *jodismus*. Befejezi a chlormentes *diatát*, vegyes étrendre tér át. I/15., I/16., I/17., I/18., I/19., 10 cm³ *jodipin*; IV/2., IV/8., IV/16. *jod* a vizeletben még kimutatható. (!)

7. S. J. 26 éves lakatos, 6 év előtt *syphilit* szerzett. 6 hó előtt jelentkezett *rendlésemen*, *bedörzsöléseket* és *jodkalit* kapott. I/12. chlormentes *diacta* mellett 1 *jodipin-injectio*, azután további 9 (10%) *injectiot* kap. *Jodismus* nem fejlődött.

8. S. M. 21 éves borbély, 1898-ban *sclerosis* és *másodlagos tünetek*, több ízben *higany-* és *jodkali-kezelésben* részesült. *Jodkalit* mindig rosszul tűrte.

I/8. *jodipin*, I/9. semmi *jodismus*, újból 5 cm³ *jodipin*. I/10. 10 cm³-nyi *jodipin*, I/11., I/12. szintén, I/12-dikén befejezi a chlormentes *diatát*.

Eddig *jodismus* nem lépett fel. I/13-dikán *vegyes diatára* tér át. 5 cm³ *jodipin*. I/14., I/15., I/17., I/18., I/19. cm³ *jodipin*. Itt chlormentes, majd vegyes étrend mellett *jodipint* adva, *jodismus* nem lépett fel.

9. W. M. 28 éves géplakatos 1897-ben *syphilit* *acquirált*. Többször *higanykezelésben* részesült, *jodkalit* is szedett, mit mindig rosszul tűrt. XII/17-dikén *sómentes diacta* elrendelése, XII/18-dikán ezt megkezdte. XII/20-dikán első *jodipin-injectio*, XII/21., XII/22. ismét *injectio*, XII/23. *kisfokú nátha*, *torokfájás* van jelen, XII/29. *jodkali* és *vegyes diacta*; *jodkalitól* gyenge *nátha* keletkezett, *karczolás* a szájpadon. 1902. I/3. még egy *üveg jodkalit* kap; *sós diacta* mellett erős *nátha* (*jodismus*).

Itt ugyan azt lehetne felhozni, hogy a szervezet a *jodipin* kihagyása után már mintegy *saturálva* volt *joddal*, s azért az *egyén* a *jodkalit* már rosszul tűrte. Csakhogy a tapasztalatok ellenkezőleg azt is mutatják, hogy bárkit — kivéve *határozott idiosyncrasiánál* — *szoktatni lehet a jodra*. Egyének, kik az első néhány *evőkanálnyi jodot* rosszul tűrik, esetleg a következő *jodmennyiséget* már könnyű szerrel bírják el. A *jodipinnak* azon *hangoztatott tulajdonságára* nézve, hogy a szervezet a *jodot* sokáig *visszatartja*, *pontos vizsgálatokat* végezhettem. Mielőtt ezekre rátérnék, ki kell emelnem azt, hogy a *jod* — a *syphilit* *korai stadiumában* — *bármely formában is adva*, a szervezetben *keringő vírusra* vagy *toxinjára* (mert ennek tulajdonitana *Welander*, *Zuelzer* a *jodnak* jó hatását, sőt azért annak fontos szerepet is vél a *syphilit* még *korai stadiumában* is adni), *nem fejt ki oly hatást*, hogy a *syphilit* *tüneteket* *kifejlődésükben* *meggátolná*; e tapasztalatok is adatot szolgáltatnak a *syphilit* tannak azon ismert tételéhez, hogy a *friss syphilitnek* *gyógyszere ahigany*.

10. K. J. 27 éves katona. 1½ előtt *sclerosis*, utána *általános tünetek*. Többször *végzett kenőkrát*, 20 *sublimat-injectiot* (2%) kapott. *Jodkalit* mindig rosszul tűrte (*jodismus* *tünetek*). *Vegyes diacta* mellett kap *jodipin-injectiot* I/7., I/9., I/11., I/12. I/28. *fejfájásról* *panaszokodik*, *jodkalit* kap. I/31. *fejfájás* fennáll. *Migrainszerű* *fájdalmak* *állandóan állanak* fenn. 3 hét *mulva* az *intézetben* újból *jelentkezvén*, nála *papulás* *syphilit* *ideket* (új *eruptiot*) *constatálunk*.

Ezen esetben egy 1½ év óta *fennálló lueses* *betegnek* *jodipint*, majd *jodkalit* *adtunk*. A *kúra vége felé* *kisfokú* *láz* *mellett* *migrainszerű* *fejfájások* *léptek* *fel*, *felhagytunk* a *jodipinnal* és *jodkalival*, azt *gondolván*, hogy a *tünetek* a *gyógyszertől* (*jodtól*) *származnak*. Csakhogy a *fejfájások* *állandóan fenmaradtak*, miért is azoknak már *nagyobb jelentőséget* *tulajdonítva*, az *illetőt* az *elme- és idegkörtani klinikára* *küldtük*, a *hol* a *fejfájásokat* *ugyancsak* *migrainszerűnek* *minősítették* és *bromot* *rendeltek*. A *fejfájások* *azonban* *annak daczára* *szüntelenül fennállottak* és *csak nagyobb dosisban* *rendelt antipyrinre* *látszóttak elmulni*. A *jó hatást* *már* az *utóbbi orvosságnak* *tudtuk* *be*, a *midőn* a *beteg* *új* *új* *tüzetesen* *megvizsgálva*, nála a *fejbőrön*, a *végtagokon* *elszórtan*, *úgyszintén* a *serotumon* *syphilit* *papulákat* *constatálunk*; *ekkép nyilván-*

való *lett*, hogy a *hőemelkedés*, *fejfájás* *ezen eruptioval* *szoros összefüggésben* *állott*. Sőt *valószínű*, hogy a *fejfájás* *is lueses eredetű* *volt*.

Itt tehát a *felhalmozódott*, *sőt sokáig* a *szervezetben remanens jod* a *syphilit* *tünetek* *kifejlődését* *meggátolni* *nem volt képes*.

(Folytatása következik.)

Adatok az öröklődő bántalmak ismeretéhez.

— Harmadik közlemény. —

Irta: *Jendrássik Ernő* dr. egyetemi ny. rk. tanár.

(Folytatás.)

VII. észlelet (15., 16. eset). *Jelentékeny lábtorzulás, gerincoszlop-görbület, látászavar, dünyögő beszéd, intendált remegés*. N. Sándor 18 éves és N. Pál 8 éves fiúk. A *gyermek* *szülői* *első fokban* *unokatestvérek*.

A *tyjuk* *egészséges*, *anyjuknak* *gyakrabban* *fáj* a *feje*. Ezen *házaspárnak*, a *melynek* *szüleitől* *már* *nem* *lehet* *nagyon* *megbízható* *adatokat* *beszerezni*, *nyolcz* *gyermek* *volt* a *következő* *sorrendben*: I. *jelenleg* 22 éves *asszony*, *egészséges*, II. *Sándor* (az *egyik* *beteg*), III. *leány*, *egy* *éves* *korában* *hirtelen* *meghalt*, IV. *jelenleg* 15 éves *leány*, *egészséges*, V. *jelenleg* 12 éves *fiú*, *egészséges*, VI. 10 éves *leány* (*fejfájós*), VII. *Pál* (a *másik* *beteg*), VIII. 5 éves *leány*, *ép*.



24. ábra.

N. Sándor (24. ábra) *rendes idejű* *terhesség* *után* *könnyen* *született*, *jól* *fejlődött*, s *járni* és *beszélni* *idején* *megtanult*. *Hat* *éves* *korában* *himlőt* *állott* *ki*, de *még* *ezután* *két* *évig* *ép* *maradt*, s *csak* 8 éves *korában* *vették* *szülei* *igazán* *szemügyre* *járásának* *rosszabbodását*, a *mely* *oly* *gyorsan* *fokozódott*, hogy 10 éves *korától* *kezdvé* *már* *egyáltalában* *járni* *többé* *nem* *tudott*. 14 éves *kora* *óta* *beszéde* *is* *gyengült*, és 15 éves *kora* *óta* *emlékeznek* *szülei* *arra*, hogy a *háta* *is* *görcsöl* *kezdt*. *Kis* *gyermek* *korában* *iskolába* *járt*, *akkor* *írni* *s* *olvasni* *megtanult* *volt*, de *ezt* *azóta* *már* *elfelejtette*. *Látóképessége* *is* *lassanként* *gyengült*, bár *erről* *nem* *igen* *panaszokodott*.

A *beteg* *felvételekor* (1901. *májusban*) *középtermű*, *elég* *jól* *táplált* *s* *korának* *megfelelő* *fejlettségű* *egyén*, a *kinek* *belső* *szerveit* *mind* *épeknél* *találtuk*. *Fejalkotása* *elég* *rendes*, a *falcsontok*, *valamint* *nyakszirtesontja* *kissé* *kiemelkednek*. *Fülei* *elállók*. *Felső* *ajka* *igen* *erős*, *jelentékenyen* *előáll*. *Nyaka* *vastag*. *Mellkasa* *meglehetősen* *eltorzult*: a *szegycsont* *homorú* *ívet* *alkot*, *manubrium* *és* *proc. xyph.* *részlete* *előáll*, a *mellkas* *alsó* *része* *kiszélesedett*; a *vállak* *erősen* *előre* *húzódtak*, a *gerincoszlop* *nagy* *mértékben* *meggörcsült*, a *hát* *gömbölyű* *kyphosisban* *tünik* *elő*, a *midőn* *a* *beteg* *ül*. *Ha* a *beteg* *lefektetjük*, *úgy* a *gerincoszlop* *ezen* *görcsület* *jelentékenyen*, *bár* *nem* *teljesen* *kiegyenesedik*. *A* *hason*, *ülő* *helyzetben*, a *köldökön* *átvonuló* *ráncképződés* *megfelel* a *hajlott* *testtartásnak*. *A* *felső* *végtagok* *rendes* *alkotásúak*; a *czombok* *szintén*, de a *térdizületben* a *csontvégek* *körrajzai* *erősebben* *kidomborodnak*, az *alszár* *aránytalanul* *vékonyabb*, a *lábikraizomzat* *körvonala*

lelapult. A legnagyobb eltorzulást a lábakon látni, a melyek igen nagy fokban a pes varo-equinus (arcuatus)-nak felelnek meg.

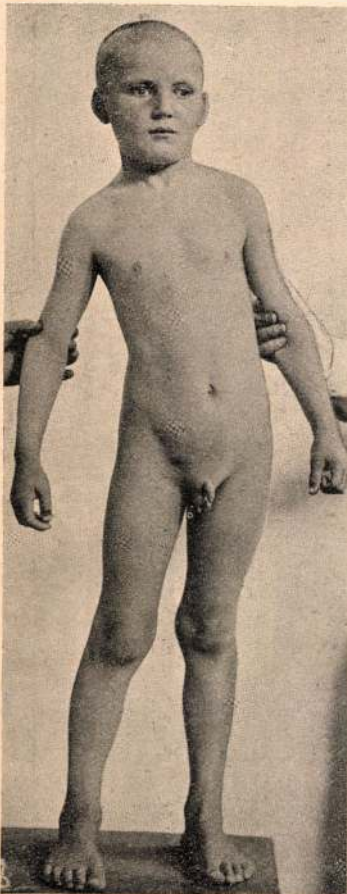
A mozgás az arczon csaknem teljesen ép, csupán a bal szájjug látszik visszamaradni nevetés közben.

A rágás, a nyelés, a nyelv mozgásai jól mennek végbe, az inyvitórlák is elég élénken emelkednek. A beteg beszéde azonban gyenge s orrhangú. Sokat nyálzik.

A fejmozgások jól történnek.

A felső végtagok minden irányban mozognak, de gyengültek. A jobb kar erősebb, mint a bal. A mozgások bizonytalanok, intendált mozgásokhoz erős remegés csatlakozik, e miatt a beteg meglehetősen ügyefogyottan használja kezeit.

Törzsök-izmai is gyengültek, hanyattfekvő helyzetéből segítség nélkül felülni nem tud; ülő helyzetében pedig hátát kiegyenesíteni nem bírja.



25. ábra.

N. Pál (25. ábra) szintén rendes idejű terhesség után, aránylag könnyű módon jött épen a világra, s járni és beszélni is a rendes időben tanult meg. Öt éves korában bárányhimlője volt.

1899. karácsony táján vették észre szülei, hogy látása romlik (figyelmüket másik fiuknak ekkor már erősen megfogyott látóképessége hívta fel), az akkor már két éve iskolába járó gyermek mind rosszabbul látta meg a betűket s az olvasás mind nagyobb fáradságába került. E mellett azonban elmebeli képessége nem csökkent, fejben jól számolt, verseket könnyen megtanult. Egy év múlva kezdődött járási gyengesége s ez azóta annyira fokozódott, hogy 1901. nyár óta járóképessége teljesen elveszett.

Jelenleg a rendszeren fejlett s jól táplált csinos fueska csontrendszere, bőre és belső szervei épek. Fejalkotása jó, koponyája harántátmérőjében kissé nagyobbak látszik. Kissé elálló satyr-fülek. Arz izmai jól működnek, jól rág és nyel. Mandolái kissé nagyobbak. Lélegzése szuszogó, lassú, ritka (percenként 14) és mély, mint az alvó emberé; ha az ember nem néz rá, azt hiszi, hogy elaludt. Beszédje kissé dunnyogó, orrhangú.

Nyakizmai elég jók, hasizmai gyengék, hátizmai is gyengültek. Felső végtagjai rendszeren fejlődtek, de mozgásuk nehézkes, főleg a jobbé; kezei intendált mozgások végzése közben remegnek, úgy hogy csak bizonytalanul tudja végezni a szándékolt mozgást. Jobb karját nem tudja egészen felemelni. Alsó végtagjai nyújtott helyzetet foglalnak el, a jobbat nem tudja felhúzni, a balt nagy nehézséggel. Az alszár behajlítása passiven is csak némi ellenállás legyőzése mellett sikerül. Lábai pes equino-varus tartásban vannak, a felhajlítás nem sikerül eléggé; a lábak eltorzulása még nem haladt annyira előre, mint a bátyjé. Járnai, sőt megállni sem tud; volt alkalmunk azonban ezen fiut 1901. május havában észlelni, a midőn még járt, de már nagy nehézséggel, a merevgöresös alakban vonszolta lábait s e mellett törzsökével jobbra-balra ingadozott.

Az alsó végtagokon a passiv mozgathatóság is csökkent, nevezetesen a térdizületek 100°-on túl nem egyesíthetők s ezen szöglet az activ mozgás egyik határa is; ezzel ellentétben azonban a behajlítás a térdizületben fokozott mértékben lehetséges, úgyannyira, hogy az alszár a czombcsonttal párvonalos elhelyezésbe hozható. A térdhajlásban, ha az alszárát kinyújtani megkíséreljük, a semi-tendinosus és semi-membranosus inait, továbbá a biceps inát mint erősen megfeszülő köteleket lehet kiérezni.

A lábak mozgása a lábtőizületben is a legnagyobb mértékben korlátozott, ellenben a lábujjak meglehetősen mozognak.

Ilyen körülmények között persze a beteg járni nem tud, csak térden csuszka, s ennek nyomát a térdeken meg is lehet látni.

A patella inának megütésére a quadricepsben élénk rágás áll elő, de az alszárát a kilengésben a megrövidült hajlító izomzat megakadályozza.

A talpreflex az öregujjon feszítő irányú mozgást vált ki (Babinski-tűnet), a has- és cremaster-reflexek mindkét oldalt egyenlők.

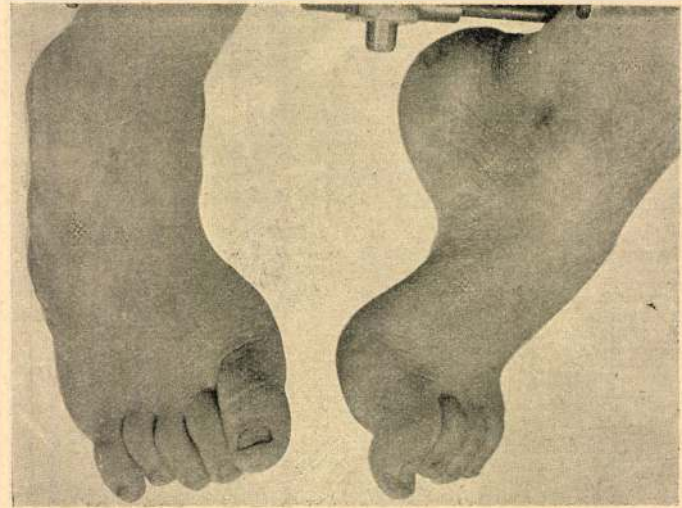
Az érzés minden alakjában az egész testen jó.

A szemmozgások szabadok, a látás tetemesen csökkent, de sajnálatomra pontosabb adatokkal e tekintetben nem bírok.

Patella-reflexe élénk, mindkét oldalt lábtűnet és Babinski-reflex váltható ki. Bőrreflexei a két oldalon egyenlők.

Szemmozgásai annyiból hibásak, hogy szemgolyói szétérnek, de egyébként külön-külön minden irányban szabadon mozognak.

Látása: bal szemén pár méterről ujjakat olvas, jobb szemén még hiányosabb; a színeket nem ismeri meg. A szemfenéken előhaladt atrophia nervi optici mindkét szemén.



26. ábra.

Állapota elég gyorsan rosszabbodott, a kísérletképen alkalmazott gipszkötés a lábnak erősebb felhajlításával nem vezetett eredményre, mert az alsó végtagokon az izomsugorodás haladt előre, s most (1902. június) már térdei sem nyújthatók ki, csak jelentékeny ellenállás legyőzésével. Lábai ellenben teljesen felhajlíthatók. Az intendált remegés jelentékenyen fokozódott felső végtagjain, patella-reflexei igen élénkek. Vizelete néha önkéntelenül kiürül. Látása romlott, nystagmus nincsen.

E két kórosat némi tekintetben eltérő egymástól, mindazonáltal nem lehet kételkedni a fölött, hogy a 10 évvel fiatalabb fiú az idősebb multját, emez pedig amannak jövőjét tükrözi élénk. Ugy látszik, hogy az izomrövidülés előtt az izmokban kontraktura volt jelen fokozott in-reflexekkel, a hozzátartozók kimondásából pedig kiviláglik, hogy a lábak eltorzulása már akkor következett be, a midőn a járóképesség teljesen elveszett volt. Habár az idősebb beteg szemeinek állapotáról egészen pontos adatokkal nem is rendelkezem, mégis úgy tudom, hogy az jobban lát, mint öccse, a beteg és szülei úgy állítják azonban, hogy ez a fiú is régebben rosszabbul látott, mint mostan.



27. ábra.

VIII. észlelet (17. eset). 12 éves korban kifejlődött pes varus az alszárizmok sorvadásával. S. I. (26., 27. ábra) 18 éves (1899), földműves, Atyjának egy öccse szintén hasonló lábferdüléssel bír; a beteg úgy tudja, hogy az azzal jött a világra, egyébként egészséges, 50 éves férfi. Egyéb hereditásra vonatkozó adat nem mutatható ki, beteg szülei nincsenek rokonságban. Négy nőtestvére és egy férfitestvére épek, hat nála idősebb testvére meghalt, de nem tudja, milyen bajban.

A beteg rendszeren időben, elég könnyen jött a világra, egy éves korában kezdett járni és beszélni, rendszeren fejlődött, iskoláit jó sikerrel végezte, szépen és helyesen ír, számol, igen értelmes. Kis gyermekkorában himlős volt, 10 éves korában 8 napig hideglelős. Egyébként semmi baja nem volt, de 42 éves korában kezdte észrevenni, hogy lábai gyengülnek, egy évre rá feltűnt alszárainak soványodása és lábai.

nak lassanként végbemenő eltorzulása, a mi három évig haladt előre, azóta állítólag alig változik. Az eltorulás fájdalom nélkül ment végbe, később azonban, valószínűleg a czélszerűtlen cipő nyomása feltörte itt-ott lábát, sőt egyik lábujja olyan gyuladásba jött, hogy azt egyik vidéki kórházban leamputálták. A beteg járásának megnehezített volta, továbbá erőltető járás után támadó fájdalmas fáradtság miatt jelentkezett a klinikán.

Az alsó végtagjaitól eltekintve rendes fejlődésű és jó izomzattal bíró betegnek os coccygis-e felett a középvonalban, mintegy három centimeter átmérőjű helyen a bőrfelület egyenetlen, sötétbarna, hosszú szőrökkel fedett. Kisokú oldalgörnyedés. A czombok izomzata teljesen ép, a térdtől lefelé az alszárak jelentékenyen soványabbak s szétterők (genu valgum). A lábak erős pes varus tartásban vannak, sajátságos módon megrövidültek — kínai lábak — a lábtöcsontok igen erős iveltsége folytán (pes arcuatus). Az eltorulásokat az ábra 27., 27. tünteti fel. Az alszár mozgásai elég jók, behajlítani, kifeszíteni alszárát a beteg igen jól tudja, bár a behajlítás kissé gyengébb, mint várható volna. A láb 90°-ig nem hajlítható fel, egyébként is mozgása igen korlátolt, a lábujjak ellenben elég élénken mozgathatók. A beteg erős oldalingadozásokkal jár, a midőn lábai befelé fordulnak s leginkább azok külső szélére támaszkodik, de azért elég fürgén halad. Patella-reflexei igen élénkek, egyéb reflexei rendesek. Az izmok villamos ingerlékenysége rendes maradt.

Bal végtagjai valamivel erősebbek a jobbnál.

Tenotomia végeztetett az Achilles-inon, s megfelelő cipőt kapott a beteg, a ki tetemesen javult állapotban távozott. Később Achilles-inának rövidülése ismét bekövetkezett s 1902. február havában a műtétet meg kellett ismételni.

Állapodjunk meg ezen nyolcz észleletben leirt 17 esetről. Öt észleletben testvérek és unokatestvérek teljesen analog megbetegedéséről van szó, ezen esetekben a bántalom öröklési természetét illetőleg nem lehet kétség. Három észleletben ellenben csak egy-egy beteg volt a családban, ezek közül kettő azonban annyira határozottan a *dystrophia*-csoportba tartozik, hogy öröklési eredetében szintén nem kételkedhetünk, marad az utolsó észlelet, a melyben sajátságos módon csak nagyon kifejezett pes valgus támadott a beteg 12 éves korán túl, e mellett alszárizmai is sorvadtak, de czombizomzata s egész szervezete különben teljesen ép maradt. Tekintve a csaknem kézzel fogható analogiát az előbbi esetek s ezen utóbbi között, tekintve minden egyéb felismerhető oknak hiányát: a sajátságosan fejlődött s még némileg előhaladásban levő pes varus kórokat öröklési degenerálásban lehet megtalálnunk. A csontoknak hasonló elváltozásai közé tartoznak *Portal*, *Marie* és *Astié* esetei a gerincoszlopra vonatkozólag; hogy a genu valgum alakjában is támadhat a már teljesen kifejlesztett korban öröklési csontelváltozás: arra példát két testvéren nem régen láttam klinikai rendelésünkön; sőt az ilyen módon fejlődő pes varus legalább annak a lehetőségét sugalja, hogy az eddig inkább mechanikai eltorulásnak vett világra hozott pes varust is hereditásos degenerálásnak tekintsük.

Ezen kérdésben érdekes felfogást tanúsított *Dollinger Gyula* egy dolgozatában,¹ néhány olyan észleletet ismertetve, a melyekben dongalábas apa vagy anya gyermeke örökölte ugyanezen bajt. *Dollinger* eme munkájában a pathológiában divó felfogás szerint ezen lábeltorzulás eredetét a szülőknél mechanikai módon magyarázta (a magzatvíz kevés voltát véve okul) s úgy vélte, hogy ezen szerzett deformálás vált átöröklődővé. Véleményem szerint ma ezt úgy kell magyaráznunk, hogy a felhozott esetekben már a szülők egyike is öröklési deformálás útján s nem mechanikai módon kapta dongalábasát. Ha a magzatvíz kevés képződése öröklődne át s így közvetve volna oka a dongalábasnak: akkor csakis anyai részről volna átöröklhető ezen eltorulás.

Az ízületek mozgathatóságának korlátozottsága ezen esetek nagyobb részében azonban nem a csontok eltorulásából, hanem az izmok és szalagok elváltozásából eredett. A *dystrophiás* betegek egy részében (ehhez tartoznak az itt leirtak) egyes izmok jelentékenyen megrövidülteknek látszanak, úgy hogy a megfelelő irányban az ízület nem mozdítható teljesen, az izmok tömött tapintatúak, az inak kemények, kiállóak. A passív mozgathatóság ezen esetekben elég sajátságos: a lehetőség határán belül igen könnyű, s azután hirtelen, átmenet nélkül teljes ellenállásra találunk. Az izom rövidebb lett, a nélkül, hogy — a mint ez a hemiplegiás kontrakturában észlelhető — rugalmassága általában fokozódott volna s minden mozgatásnak bizonyos mértékben ellen-szegülne. A *dystrophiás* kóralaknak azonban van egy másik alakja

is, a mint azt alább a XIV. észleletben példával mutathatom be, a mikor az izom meghosszabbodottnak látszik, teljesen petyhüdtlen lötyög még félig hajlítot izületi állásban is két tapadási vége között. A mi ezen két különböző állapotot még feltünőbbé teszi, az az ín-reflexek sajátságos alakulása: az izomrövidülés első szakában ugyan élénk reflex is észlelhető, de ez később mind gyengébbé válik, vagy már elejétől fogva hiányzik az inreflex, a meghosszabbodott izomzat mellett is éppen a legpetyhüdttebbnek látszó izmon élénk reflex váltható ki.

Az izomzsugorodás mellett azonban kétségtelenül a szalagos képletek is zsugorodnak; bizonyítja ezt egyrészt a gerincoszlop elgörbüléseinek nem teljes kiegyenlítődése fekvő helyzetben, továbbá a végtagok elég jól megfigyelhető magatartása. Egy idevágó észleletben, a melyet *Kollarits Jenő* dr. osztályomról közölt,¹ a szalagos képletek zsugorodott voltát a halál után való vizsgálat is kimutatta. Klinikailag bizonyító erővel bír az a körülmény is, hogy látszólag hasonló mértékű és kiterjedésű izomsorvadás dacára egyes esetekben nagyfokú elferdülések és mozgási korlátozások észlelhetők, míg másokban ez teljesen elmarad vagy csak kis mértékben fejlődik ki. Még bizonyítóbbá válik ezen körülmény azon megfigyeléseink alapján, hogy ezen elgörbülések lényegükben hozzátartoznak a kórtünethez, s ha a beteg testvérén ugyancsak fejlődik az izomsorvadás: az elgörbülések is beállanak.

Mindezek alapján a test külső formáinak már a bántalom kezdetén jelentkező s nagyfokúvá váló eltorulásait mint a *dystrophiák* különálló tünetét kell tekintenünk, mindenesetre ezen „*typus*“, ha akarjuk ezen kifejezést használni, jelentékenyebb fontosságú annál, hogy a test melyik végén kezdődött a bántalom észre-vehető lenni.

Ha már az itt felsorolt esetek sem illenek nagyon jól belé az eddig szigorúan megalkotott keretekbe, úgy még sokkal kevésbé a következő észlelet, a mely figyelmünket nagyon nagy mértékben megérdemli.

Mielőtt azonban ezen esetre áttérnék, emlékezetbe idézem, hogy az eddig felsorolt észleletekből csak a VII-dikben (2 gyermek) voltak a szülők rokonok, a többiben a rokon viszony nem volt kimutatható. Az itt következő 7 észleletben (10 egyén) a szülők közeli rokonsága ellenben állandóan jelen volt.

(Folytatása következik.)

A jodmérgezésről egy érdekes eset kapcsán.

Közli: *Tóvölgyi Elemér* dr.

Hogy a jodismust a szervezetbe bevitt és különböző összetételeiből, még pedig a leggyakrabban adagolt jodkaliumból, felszabaduló és a szervezetben hosszabb időn át visszatartott jód okozza, ma már semmi kétséget nem szenved és Köhler ama nézetével, a mely szerint a jodismus néven ismert legtöbb tünet kalium-hatás, teljesen elszigetelten áll.

A második kérdéssel azonban, nevezetesen, hogy a jodfelszabadulás minő vegyi folyamatnak a következménye, még mindig nem vagyunk tisztában, sőt a felszabadult jodnak a szervezetre gyakorolt hatását sem ismerjük teljesen. A felső légutakra nézve, a hol a jodintoxicatio a leggyakrabban és egyszersmind a legelső tünetként szokott jelentkezni, felvették, hogy az étellel a szervezetbe kerülő nitrátok reductiojából keletkező nitritek savanyú kémhatás mellett a jodot felszabadítják. (Sartissow.) Oppenheimer e theoria ellenében felhozta, miszerint a tisztán csak tejjel, tehát nitrátmentes eledellel táplált csecsemőknél a jodismus szintén előállhat, másrészt e nézet azt sem képes megmagyarázni, hogy a jod felszabadításához szükséges sav honnan és hogyan kerül az alkalikus orrváladékba. Az azon theoria ugyanezen kifogások alá esik és ezek szerint szintén nem fogadható el.

Böhm szerint a kiválasztásra kerülő jodsók a vesehámnak gyuladását hoznak sok esetben létre és így a gégében és szemhéjakon jelentkező oedema nem volna egyéb, mint a vesegyuladás egy tünete. E theoria ellen szól első ízben ama körülmény, hogy jodoedema fellépésének igen sok esetében, így az általam észleltben is, a vizeletben sem fehérje, sem cylinderek nem voltak találhatóak, azaz a nephritisnek semmi tünete fenn nem állott, másodsorban, ha

¹ *Dollinger*: Orvosi Hetilap. 1887. 35. sz.

¹ *Kollarits Jenő*: Orvosi Hetilap. 1901. 12. sz.

nephritis az oedema oka, miért fejlődik az igen sok esetben a gégeben egyoldalúan avagy körülírtan (Stankowski, Groenow) és az én esetemben miért fejlődött ott és csupán csak ott, a hol előzőleg egy gummosus folyamat székelt? A szemhéjak oedemája is rendszerint egy és még pedig azon oldalon szokott kifejlődni, a hol az orrnyákhártya és az orr melléküregeinek, nevezetesen a homloküregnek és a rostaesontsejteknek a lobosodása nagyfokú és a mint különben is tudjuk, a szemhéjoedema az említett részek gyuladása mellett fel szokott lépni akkor is, ha sem vese-gyuladás, sem a jodintoxicatio a gyanuja fenn nem foroghat.

A nephritis és jodismus közötti összefüggés mindössze annyi, hogy egy vesebajos egyénnél a jod sokkal hamarabb és e mellett igen súlyos intoxicatiokat hozhat létre. (Gerson.)

Még a legtetszetősebb és talán legelfogadhatóbb nézet volna az Oppenheimeré, a mely szerint a jodnak a felszabadítását a felső légutakban jelenlévő pangó váladékban fennálló rohadási folyamat okozná. Ama kérdést azonban, hogy a jod felszabadulásánál a nitrátok avagy más anyagok működnek-e közre, eldönteni ő sem képes.

Az Oppenheimer teoriáját az a körülmény teszi viszont kétséssé, hogy igen sok oly esetben, a hol az orr és orrgarat-üreg telisded-tele volt széteső büzös váladékkal, az adagolt jod intoxicatiót egyáltalán nem hozott létre, de még a váladék gyors eltávolodását sem segítette elő. Jelenleg is észlelésem alatt van két olyan beteg, a kiknél orrmosás közben és ezt követően nagy tömeg széteső, részben beszáradt, büzös váladék távozik már néhány hó óta, jodismus azonban, bár hosszabb idő óta élnek jodkalival, eddig soha nem mutatkozott náluk.

Oppenheimer a teoriájának védelmére azt is felhossa, hogy sok esetben a jodkali adagolás kezdeti stadiumában jelentkező jodismus utóbb, a nélkül, hogy a jod elhagyatott volna, magától megszűnik, épen azon okból, mert a jod hatásaképpen beálló erős secretio a szétesésnek induló váladékot gyorsan eltávolítja. Nagyobb számmal fordulnak elő azonban oly esetek is, hol a jodkali-adagolás folyamán a jodismus tünetei folyton fennállanak, sőt fokozódnak, a jod kihagyására eltűnnek, ismételt adagolására újból előállnak (l. alábbi kórtörténetet).

A gümőkóros infiltratumoknak a jod szedése alatt előálló gyors szétesését, idült tüdőgyuladásnál és asthmánál a secretio emelkedését Oppenheimer szintén a pangó váladék hatása folytán felszabaduló jod izgató hatásából magyarázza.

A secretio emelkedése valószínűleg a jodnak a véredény-rendszerre gyakorolt befolyása következtében áll elő, még pedig Zeissl szerint az erős transsudatio hihetőleg a véredényfalnak a megváltozásával függ össze, a mely alapon inkább meg volna magyarázható, miért előnyös a jod adagolása arteriosclerosisnál és syphillismnél. Rose egy általa észlelt esetben, a jodkali adagolásra fellépő gyors szív működést, kicsiny kemény ütér lökést, cyanosist, hideg, halvány bőrt stb. a jod által létrehozott arteria-göresből magyarázza, a míg Berg e tüneteket inkább a kalium hatásának tulajdonítja.

A Jannin nézete, a melyhez utóbb Gautier is csatlakozott, hogy a jod hatásának tulajdonított tünetes csoport egy része nem egyéb thyroïdismusnál, a mely hova-tovább egy tipikus Basedow-kórba mehet át, több oknál fogva nem fogadható el (Kunkel), de egyebektől el is tekintve, a thyroïdismus és jodismus tünetei az időbeli fellépésben és a symptomatikus viselkedésben is különböznek egymástól. (Oppenheimer.)

Végül még a Kämmerer nézetéről kell megemlékezni, a mely szerint a vér szénsavának az összehatása alatt jodhydrogen képződik, a melyből a jelenlévő oxygen szabadítaná fel a jodot. E nézet szintén nem bír szilárd alappal, miután először is a vér alkalikus reactioval bír, másrészt aktiv oxygent nem is tartalmaz. (Kunkel.)

A jodismus keretében fellépő bizonyos tünetekről, mint a minő a könyezés, fejfájás, oedema stb. Oppenheimer azt mondja, hogy a trigeminus-kötegek izgalmanak a következményei, nem egyebek reflex neurosisnál, és így a jodismus elnevezést nem is érdemlik meg.

A jodnak az idegrendszerre gyakorolt nagymérvű befolyását eltagadni nem lehet, erre vallanak a jodismusnál észlelt különféle paraesthesiák (Malachowski), lancináló fájdalmak (Négre, Rilliet),

de hogy az Oppenheimer által leírt tünetes csoport minden esetben reflex neurosis volna, szerintem épen nem valószínű. A jodintoxicatio épen a leggyakoribb és egyik legelső tünetét képezik az orr melléküregeinek a megbetegedései (Lewin stb.) és az említett tünetek a homloküreg és esetleg a rostaesontsejtek gyuladásának közvetlen jelenségei, de meg egy egyszerű supraorbitalis neuralgia nem is tarja magát oly pontosan a homloküreg határaihoz, hanem azt fel- és kifelé túlhaladja. (Killian.)

A mint tehát ezekből látható, a jodintoxicatio mikénti előállításának a kérdése máig sincs eldöntve és tekintetbe véve a tünetek sokféleségét, a menyiben hol az ideg-, hol a véredény-rendszerben, légutakban, tüdőben avagy a bőrön mutatkoznak külön-külön vagy együttesen a jelenségek, nem is tartozik a könnyebben megfejthetők közé.

Egészen különleges, a rendestől eltérő hatást látott a jod-adagolás folyamán néhány észlelő, így Danlos az állalatti, Topp az axillaris és könyökmirigyek kifejezett duzzadását, Fenwick a nyelv nagyfokú dagadtságát, Négre tenesmus vesicaet, C. Kopp pedig egy esetben a metatarsalis csontok periostitisét figyelte meg. Az utóbbi észlelő esetére azonban Rice ama megjegyzést tette, hogy a jodadagolás abbahagyása után már hét órával, tehát aránylag rövid idő alatt megszűnő fájdalmak ellene szólnak annak, hogy tényleg egy periostitis állott volna fenn.

Egy további még mindig nyílt kérdés ama különös körülmény, hogy miért jelentkezik a jodintoxicatio többnyire az oly esetekben, a melyekben a beteg aránylag igen kis adagokban kapta a jodot. Az esetek igen nagy számában az intoxicatio súlyos tüneteit alig egy-két evőkanálnyi jod hozta létre (Avellis, K. Frank, Hampel, Groenow, Fenwick, Fonssagrives, Nélaton, Melachowski stb.), míg ezzel ellentétben a tévedésből avagy szándékosan bevett horribilis nagyságú jodadagok a mérgezés legesekélyebb tünetét sem hozták létre.

Tudomásom szerint a legnagyobb mennyiség, mit egy nap alatt egy beteg elfogyasztott, ötvenhét gramm jod volt; sem ennél, sem a Schuster betegénél, ki tévedésből egyszerre huszonöt gramm jodkalit vett be, intoxicatio nem jelentkezett. Haslund egy psoriasisban szenvedőnek naponta negyven gramm jodkalit adagolt, Moncorgé egy astmatikus beteget pedig öt éven át minden este három gramm jodkalit fogyasztott el, minden kellemetlen mellékhatás nélkül.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

A pesti szegénygyermek-kórház multjából.

(1848—1852.)

A budapesti „Stefánia” gyermek-kórház falai között ma leplezik le idős Bókai János dr. emléksobrát. Ez alkalomból a pesti szegénygyermek-kórház történelmének legmozgalmasabb korából, az 1848—1852. időszakból idézünk fel néhány érdekes adatot az egyesület porlepte régi levéltárából azért, hogy azokkal néhai Bókai János kórházi működésének kezdetét megvilágosítsuk.

* * *

A pesti szegénygyermek-kórház, mely az ötpacsirtautcai bérház-ból 19 betegágyával 1845-ben az őszutcai, saját tulajdonát képező épületbe átköltözködött, az új kórház felépítése által úgyszólván az egész vagyonát a kórházépületbe fektette. Miután az egyesület, dacára herczeg Graszalkovich-né 1000 forintos ágyalapítványának, valamint V. Ferdinánd 3000 forintos adományának, a kórházat fentartani nem lett volna képes, 1846-ban február 14-dikén közgyűlésileg elhatározta Fáy András másodelnök vezetése alatt, hogy a pesti takarékpénztárnál 10,000 forintnyi kölcsönösszeget vesz fel. Ezzel a szerény keretben működő kórház fennállása a jövőben biztosítottnak látszott, az 1846—1848 években azonban az érdekltség az intézet iránt Pest város polgársága és a főrangúak részéről nemesak hogy nem fokozódott, hanem még inkább esőkent. Ily körülmények között, a nyomasztó vagyoni helyzet javítása céljából az 1847. évi júniusi közgyűlés egy nagyobb szerű sors-játék rendezését határozta el, melynek kivételét azonban, a nemsokára bekövetkezett politikai mozgalmak folytán, a választmány nem is kísérelte meg. Ily mostoha viszonyok közt érte meg az intézet az 1848. évet, mely év a reá bekövetkező 1849. évvel az egyület történetében a legszomorúbb emlékü, a mennyiben a kórház további fennállhatását felette kétségessé tette.

Az 1848. évi június 9-dikén tartott választmányi gyűlésen az egyet pénzügyi helyzete oly szomorú benyomást tett a jelenlévőkre, hogy a választmány elhatározta, hogy a legközelebbi közgyűlésnek azon ajánlatot teszi, hogy a kórház s az egyesület egész vagyona a hazának ajándékoztassék, azon kikötéssel, hogy ha a ház, illetőleg telek a létesítendő országos lelencház céljaira felhasználtnék, a kisdokórház az alapítvány értelmében a lelencház keretében azontúl is fenntartassék.

Igy vélte az 1848. évi július 23-dikán tartott közgyűlés is a kórházat a végenyészettől megmenteni s ezen közgyűlés jegyzőkönyvét, mint érdekes emléket azon időknek, szószerint ide iktatjuk:

„2-ik szám: Máhr Antal választmányi Elnök az utolsó választmányi ülés alkalmával tett indítványát, ennek határozata következtében előterjeszti: hogy miután köztudomás szerint a Kormány Pest Várossától egy alakítandó Lelencházra szükséges telket kívánt, sőt illyest készpénzért-is venni szándékozik, az Egyesületnek intézeti háztelke pedig akkora, hogy azon a Magyar kormány ebbeli szándékát foganatba vétethetné, sőt az ottan lévő, és most lakosokkal telt épületben működését előlegesen meg-is kezdhetné: de különben-is a lelencház gyermekkórházzal igen czélszerűen volna kapcsolatban, és így ezen Egyesület kettős jótékony célját, még egy harmadikra-is kiterjeszthetné, azt indítványozza, hogy az Egyesületnek nem csak háza, hanem egész vagyona a Hazának oda ajándékoztassék oly nyilvános kikötéssel azonban, miszerint a Lelencház mellett az Intézet az alapítók értelme szerint ezentúl-is folyvást fenntartassék.”

„Határozottat: Tekintetbe vévén az egybegyűlt részvényes tagok, miszerint a Lelencház gyermekkórházzal kapcsolatban igen czélszerűen működhetik, és hogy a hazának mostani állapotjában az egyesületi Vagyonnak felajánlásával hasznos szolgálatot tehetnek a nélkül, hogy az alapítók céljától eltérnének, egy akarattal elhatározzák, az egész egyesületi Vagyont a haza oltására letenni, és azt a hazának örökre odaajándékozni oly nyilvános kikötéssel azonban, hogy miután az alapítók az volt célja, miszerint az ujjonc orvosok, a gyermekgyógyászatban ezen Intézet által gyakorlatilag kiképzettessenek — miután azok az Egyetemnek szűk Clinicája végett a gyógyászatnak ezen ágában kellő gyakorlati kiképezést nem nyerhettek, és egy úttal szegény gyermekek benne ingyen ápolást nyerjenek; — ezen kettős cél a lelencház mellett ezentúl-is folyvást fenntartassék. Ennél fogva oda utasítatik a Választmány, hogy az Egyesületnek jelen határozatát, az egyesületi Elnök által szokott módon készített levele mellett a Kormányának jelentse-be, és az egész Vagyont terheivel együtt, mely ezeknek levonása után tisztán mintegy Negyvenkétezer pengő ftokra megyen, a készített Mérleg, és leltár nyomán, az Intézetet illető minden jegyzőkönyveivel, és Irományaival oly köréssel adja át, miszerint ezen okiratokat örök emlékeztül az országos levéltárba letétetni, és megtartani sziveskedjen; és hogy minden részvényes tagnak az átadásról kellő tudomása legyen, a végzeteket hírlapok útján adja tudtukra. Hogy pedig a Kormány időközben, méglen az átadás megtörténhetik, pénzen telket ne vegyen, a Választmányi Elnök maga mellé veendő néhány választmányi tagokkal ezen közgyűlési határozatot azonnal szóval az illető Ministernek bejelenteni fogja. Appiano és Eckstein Urak pedig oda utasítatnak, hogy az 1-ső pont alatti kiküldetésük eljárásáról jelentésüket a Választmányának adják-be, a ki-is az illetőknek abszolutórialissukat kiadni fogja.”

„Végre, a Választmánynak, és jelesül Elnökének Máhr Antal Úrnak abbéli buzgó, és fáradhatlan eljárása, mely szerint ezen Intézetet helyessen, és az alapítók szándékához képest czélszerűen vezette, sőt noha a mostani Választmánynak működési időszaka alatt oly nagy-szerű sorsjáték mint az öt megelőzőé alatt nem eszközölthetett, még-is az egyesületnek Vagyont a rendes kiadások fedezésén kívül, majd húszezer pengő ftokkal szaporította, ezennel határozatilag méltányoltatik, és mind ő mind örökössei minden további feleletnek terhe alól, felmentetik. Ha a Haza a pesti házat a nevére telekkönyvileg átíratni kívánna, annak eszközölésére Választmányi Elnök Máhr Antal Úr maga mellé veendő két választmányi tagokkal ezel megbízatik. . . .”

A kórház fekvő betegeinek száma, tekintettel a mostoha viszonyokra, 30-ról 12-re szállítottatott alá s az intézet csak a legszerűnyebben keretben folytatta működését. A mozgalmal idők csakhamar az igazgató főorvost, Schöpf-Merey-t is elvonták az intézettől s a kórházat a fiatal segédorvos, Bókai János dr. vezette, a legnagyobb válságok közepette. Igy 1849. május havában, midőn Görgey hadteste Budavára alá megérkezett s Hentzi a békés és védetlen Pestet bombáztatni kezdte s a lakosság egy részét menekülésre is kényszerítette, Bókai dr. betegeit az őszutczai házból, mely szintén szenvedett a bombázástól a Városligetben az akkori Lövölde-tér egy szerény kis házacskájában volt kénytelen elhelyezni, hol a gyermekek teljes biztonságban voltak.

Küzdelem és nélkülözések közt folyt le négy hosszú év s Bókai dr. teljesen magára hagyatva, úgyszólván önszántából vezette tovább az intézetet. 1852. február 2-dikán tartott négy év után ismét egyesületi közgyűlés, mely Pest város legelőkelőbb polgárainak részvétele mellett a már megszűnni akaró intézetnek újjászervezését, úgyszólván második megalapítását eszközölte. Ezen közgyűlés jelölte ki néhai Bókai János-t az intézet igazgató főorvosává s ezen közgyűlés jegyzőkönyvének ide vonatkozó pontjait, mint érdekes adatokat a hazai gyermekgyógyászat történetében, szószerint idézzük:

„A pesti szegény Gyermekkórház Egyesület 1852-ik évi Február 15-én Felsőbbségi engedelem mellett Ürményi Ferencz úr ó nagy Méltósága Elnöklete alatt Máhr Antal vál. Elnök, b. Podmaniczky László vál. tag, Dr. Bókai János hely. igazgató fő-orvos, Weisz Bernát pénztárnok, Merényi Henrik gondnok, Muraközi László id. titoknok, Várady

Károly, Dr. Fromhold Károly, Ürményi József, b. Pronai Gábor, Kovács Gusztáv, Hartman Rudolf, Jókai Mór, Váradi Antal, Giczey Sámuel, Simoncsics János, Kozmowszky Antal, Dr. Edl Kálmán, Lenkey Ede, Ilkey Sándor, Romlaci Ede, Csengeri Antal s több részvényes tag urak jelenlétében Pesten tartott közgyűlésének Jegyzőkönyve.”

„7. Az igazgató Fő orvosi állomás betöltése kerülvén szőnyegre, javaslatba tétetett, miszerint azon módok közül, melyek annak betöltésére alapszabályilag fenhagyva vannak, tekintettel a jelenlegi körülményekre, legezlszerűbbnek mutatkozik a jelen közgyűlésben végrehajtandó szavazás utjáni megválasztás, minél fogva a fő orvosra való szavazás azonnal elrendelendő volna.”

„A közgyűlési nagy többség, az igazgató fő orvosi helynek, szavazati választás által való betöltését, s ennek jelen közgyűlésbeni eszközölését elhatározván, s a szavazást azonnal foganatba vévén; miután a szavazati nagy többség intézeti igazgató fő orvosul Dr. Bókai János ez ideig helyettes igazgató fő orvos urat jelölte ki; annál fogva Dr. Bókai János úr az intézet elválasztott igazgató Fő orvosának lenni kijelentetik.”

„8. Dr. Bókai János úr elválasztását s a közgyűlésnek benne helyezett bizalmát köszönettel fogadván, kijelenti: hogy ha elődének Dr. Schöpf Ágoston úrnak a visszatérhetés ő Felsőge kegyelméből sikerülne, ő kész leend ezen állásáról lelépni, s ezt neki az Egyesület megegyezésével által engedni.”

„Dr. Bókai János elválasztott igazgató fő orvos úrnak azon közméltánylást érdemlő nyilatkozata, miszerint ha elődének, Dr. Schöpf Ágoston úrnak ő Felsőge kegyelméből a visszatérhetés sikerülne, állását az Egyesület megegyezésével annak átengedni késznek nyilatkozik, — jegyzőkönyvbe iktatni határozatik. . . .”

* * *

1852. február 15-dikén kezdődött tehát néhai Bókai János tulajdonképeni működése a pesti szegénygyermek-kórházban s majdnem 40 éven át folytatott kitaró munkálkodása eredményezte azt, hogy az 1839-ben alapított, és eredetileg 12 betegágyból álló szerény kisdokórházból kifejlődött a mai nagyméretű Stefánia-gyermekkórház.

A biologia határai.

Megjegyzések J. Grasset „Les limites de la biologie” című könyvére.

(Vége.)

III. A biologia oldalsó határa a psychologia. A tudományos psychologia — mondja Haeckel — az élettan egy része. Valóban alig képzelhető, hogy valaki ez ellen felszólaljon. Grasset erőszakos szétosztása sehol sem oly élesen szembeötöl, mint e fejezetben. Ha az ember emésztését a biologia tanulmányozza, ha az ember járását, azaz az agyvelő mozgóató kérgének működését a biologia figyeli meg, akkor az agyvelőkéreg azon részét, mely a szellemnek nevezett functiokat végezi, a szerves egészről elszakítva a biologia tanából kivonni legalább is logikátlan. Itt Grasset segíteni akarva magán még jobban belezavarodik a kérdésbe, a mennyiben külön helyre állítja a psychophysiológiát, „une science des zones neutres entre la physiologie et la psychologie.” Később ezzel némi ellentétben folytatja: „Cette science, qui est, elle, une partie de la biologie, existe.” A psychophysiológia a psychikai tüneteket méri; méri pl. a psychikai működések időtartamát, „a psychophysika tárgya a perceptio quantitatív analyse”, módszere az, hogy „tanulmányozza a psychologiai tünetenyeket a physikai tüneteken keresztül, a psychologiai mennyiségeket physikai mennyiségekkel fejezi ki.”

Ha ez áll, akkor az, a ki a gondolkodás vagy emlékezés sebességét méri, biológiai kérdéssel foglalkozik, a ki pedig a gondolkodás egyéb törvényeit, pl. az emlékezés megbízhatóságát vizsgálja, a biológiából kilép. A gondolat gyorsasága biológiai fogalom, a gondolat maga azonban nem az.

Az állat gondolkodása biológiai fogalom, az emberé nem az. A felindulásokról azt írja Grasset „... el kell ismerni, hogy a felindulásban két elem van: egy élettani közös, melynek középpontja az encephalon alapján van, melyet a biologus tanulmányoz . . . ; a másik psychologiai sajátos, melynek középpontja az agykéregben van, melyet a psychologia elemelhet és belső észleléssel tanulmányozhat.” E szerint az emberi agykéreg egy része kívül esik a biológián, nyúltvelője, továbbá az állat agykérge a biologia határan belül van.

Ezen biológiától független psychológiának valami külön vizsgálati módszere is volna az úgynevezett belső megfigyelésben. Ez ellen már Spencer kifogást emelt, a mennyiben a megfigyelő és megfigyelt tárgy egyugyanaz nem lehet.

IV. A biologia oldalsó határa az irodalom, művészet és aesthetika. Ha a költő a mese országában szőtt ábrándokkal, képzelte történetekkel, vagy ha a művész alkotásával megindít, élvezettel fogadjuk a szépet, alig jut eszünkbe azon gondolkozni, hogy a költő és a művész biológiai tudományt végez-e. A költészet és művészet alkotása bizonyára nem biológiai tudományos munka, mert egyáltalában nem tudományos munka. De a költő és művész munkája az agyvelő terméke és így szintén a biologia törvénye alatt áll, biologiai tümenény, mint az agyvelő többi munkája, a mozgás és gondolkodás. Az aesthetikai érzés pedig, melylyel e munkákat élvezük, szintén csak élettani érzés, bár összetettebb, mint a többi érzés, tapintás, hallás, stb. Némelyik ember fogékonyabb vele szemben, mint a másik, a mi első sorban az agyvelő szerkezetétől függ, a tanulás tökéletesíti, a környezet suggestioja irányítja ezen érzésünket.

Megtanulunk járni, írni, költői vagy művészi munkát alkotni (mozgató sphaera működése), ha ezen dolgokra alkalmas agyvelőnk van. Az édes íz jól esik nekem, az esztetikai élvezet szintén.

Azon ellentétet állították fel az esztetikai érzés és biológiai tünemények között, hogy az utóbbiak hasznosak. Kiváló emberek állítják, hogy az esztetikai érzésből haszon nem folyik.

Ezen felfogásban két hiba van. Egyik az, hogy a biológiában határozottan vannak tünetek, amelyek sem az egyén, sem a faj fentartására nem hasznosak, pl. a betegségek. A másik hiba az, hogy az esztetikai élvezeteket nem lehet nem hasznosnak mondani. Megemlíthető, hogy az esztetikai élvezetek kitünő alkotórészei gyógyszerkincsünknek, ép úgy rendeljük azokat orvosságként pl. a neurasthenia egyes eseteiben, mint bármely más gyógyszert, pl. hypophosphit-szörpöt. A kellemes testi érzések ép úgy előmozdítják az egyéni jóllétet, mint a szintén kellemes esztetikai érzések.

Az esztetikai élvezetek és azon szellemi műveletek, melyek azokat előidézik, e szerint ugyancsak biológiai tünemények, tehát a biológia körén kívül nem eshetnek.

V. *A biológia oldalsó határa a történelem, sociologia és jogtudomány.* E pontra érve a vita lényegében megszűnik, mert ismétlésekből állhat csupán. A ki nem fogadja el, hogy az emberi agyvelő minden működése a biológia körébe esnek, az nem fogadhatja el azt, hogy az emberi agyvelő működésének fejlődése, tettei, a történelem ugyancsak oda tartozandó; a ki azt állítja, hogy az embert egy a biológián kívül eső erkölcsi jó és az arra való kötelezettség vezeti, az nem fogadhatja el azt sem, hogy a jogi és társadalmi szabályok a létért való küzdelemben fejlődött védelmi eszközök és ezek tudománya, a jog és társadalom tudománya is a biológia alkotórészei. A ki ellenben az említett előzményeket elismeri, kénytelen lesz elfogadni, hogy a történelem, sociologia és jogtudomány is csak a biológia alkotórésze. Az ellenkező nézet védelmezője itt ugyanazon ellentmondásba keveredik, mint az előbbi fejezetekben, mert a növényi és állati fajok történetét az időkön keresztül, az állatok családi és egyéb csoportosulásainak fejlődését a biológiára kell bízni, csak épen az emberre vonatkozó ugyanazon ismereteket ragadja ki belőle. „Az emberi társaságok nem csordák. Az állati szövetkezetek vezetőjüket a természettől kapják, vagy az embertől, míg az emberi társaságok, ha vezetni engedik magukat, maguk választják pástörüket.” Senki sem állította, hogy nincs különbség az emberi és állati társaságok között, ugyanoly fokú különbség áll fenn, mint az emberi és állati agyvelő szerkezete közt.

VI. *A biológia felső határa a számtan, geometria és a logika (sciences de l'esprit).* A számtan a biológia segédtudománya. A test kiterjedését, nagyságát számokban, az élet vegyi folyamatát egyenletekben fejezzük ki. A számtan tapasztalati tudomány, mert azt, hogy $2 \times 2 = 4$, nem elvont okoskodás, hanem tapasztalatból vonjuk le. Ugyanezt mondjuk a geometriáról is. Sajátságos állítás az, hogy „a geometria eredményei abszolútak, általánosak és szükségesek, míg a biológiai eredmények és általában a kísérleti eredmények nincsenek e jellegek közül egynek sem birtokában. A geometria igaz minden planetán, minden létező és lehetséges világokon.” A Marson a négyszög szintén négyszög, de vajjon az élet egyéb törvényei nem épen ily abszolútak és a chemiafizikai törvények, melyeknek minden életjelenség következménye, lehetnek-e mások a Marson, mint a földön.

Hiszen épen ezen alapszik a logika. A logika alapja az, hogy a természettudományi törvények nem változnak. Ugyanazon körülmények között mindig ugyanazon eredménynek kell beállni. Ezen tényt mindenki tapasztalatilag megállapította, e szerint cselekszik és úgy tud csak következtetéseket vonni, hogy ma ugyanazon körülmények állottak fenn, mint tegnap, tehát ugyanazon következmények fognak előállni.

Minden ember halandó; Pál ember, Pál halandó. Ezen logikai következtetésben alap azon tapasztalati tény, hogy minden ember halandó. Ugyancsak tapasztalati tény az, hogy a természettudományi törvények nem változnak meg. Pál ugyanazon körülmények között van, mint minden ember. Ugyanazon viszonyok között ugyanazon eredmény jön létre, tehát Pál halandó.

Azok az üres speculációk, melyek tapasztalatok és kísérletek nélkül csupán elvont gondolkodás útján akarják megállapítani a szellemi működés törvényeit, nem számíthatnak a tudományos névre, azaz a tudomány foruma előtt nem léteznek.

VII. *A biológia felső határa a metafizika.* „A metafizika az első ok keresése.” Tapasztalati tény, hogy a természettudományi szabályok változhatatlanok. Ebből két következmény folyik, az egyik az, hogy e szabályok örökké fenn fognak állni, tehát minden a mi van, örökkévaló (az anyag állandósága elvének értelmében), a másik szabály, hogy, ha a természettudományi törvények változhatatlanok, akkor mindig fennállottak, tehát, minden a mi van, öröktől fogva van. Ennél többet tapasztalat és kísérlet útján mondani nem lehet. Itt a tudás megszűnik. Tapasztalatoktól és kísérletektől független gondolkodás csak kevesebbet tud mondani ennél, többet semmi esetre. *Tudomány*, a mely e pontnál nem áll meg, hanem tovább gondolkodik, nincs. Ha pedig valaki e kérdéssel állít valamit, úgy azt megbizonyítani nem tudja tudományos eszközökkel. Teljesen értéktelen, minden alapot nélkülöző üres speculációkat felállítani ilyenkor is lehet. Ezen teljesen értéktelen, minden alapot nélkülöző üres speculációt metafizikának nevezik.

VIII. *A biológia felső határa a theologia és vallás (connaissances rénelles).* Az előbbi pont megbeszélése mutatta, hogy a biológiai tapasztalati és kísérleti adatok szerint a világegyetem öröktől fogva van és örökkévaló. Ha valamely tan azt állítja, hogy a világegyetem valamikor bármi módon kezdődött, ezzel a tapasztalati tényvel ellentétbe jut.

Többet a tudomány mondani nem tud, itt kezdődik a hit határa, de a hit nem tudomány és nem megismerési mód, hiszek valamit, azt jelenti, hogy nem tudok semmit.

Végül *Grasset* a vitalismus hívének vallja magát. E tant *Barthes* montpellier-i professor állította fel, a ki a mozgást két különféle princípiumra vezette vissza. Az egyik a gondolkozó lélek, a másik „le principe de la vie”.

Látjuk a mondottakból, hogy a biológia minden tudományt magában foglal, a határok, melyeket *Grasset* állított fel, tényleg fenn nem állanak. *Grasset* tehát nem állapította meg a biológia országának külső határait egyéb tudományokkal szemben, hanem a biológia országán belül állított fel mesgyéket, melyek még ilyeneknek sem fogadhatók el, mert egy tudományszáknak sincs szigorú határa; egymásba folynak és a szomszédok között nemesak közös határterületek fejlődnek, hanem az egyik a másik nélkül egész területén meglenni sem tud, ezen tény révén is bizonyítva, hogy a tudomány egységes. Ezen egyetlen, egységes, minden mást magában foglaló tudomány a biológia.

Befejezésül még egy megjegyzést. Ha valaki azt mondja, hogy a biológiai monizmus minden kérdés összes részleteit nem fejtí meg, tehát azt el kell ejtenünk és a megoldást elvont bölcselkedés útján kell keresnünk, ez állítás egyenértékű azzal, mint ha valaki azt mondaná, hogy, minthogy kormányozható léghajót a physika törvényeivel eddig feltalálni nem sikerült, ezentúl a physikán kívül eső elvont okoskodással kell hozzáfogni a kormányozható léghajó megvalósításához.

Kollarits Jenő dr., idegklinikai tanársegéd.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A cytotoxinok.

Közli: Dalmady Zoltán.

(Folytatás.)

Scofone et Buffa: Action du sérum du sang de quelques animaux sur les poissons. Arch. Ital. de biol. Tom. 33. Fasc. 3. 1900. 367. l. — Shibayama: Einige Experimente über Haemolysine. Cbl. f. Bact. 1901. 30. k. 20. sz. — Stern: Ueber den Nachweis menschlichen Blutes durch ein Antiserum. D. m. Wschrft. 1901. 9. sz. — Stockis: Le diagnostic du sang humain en médecine legale. Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège. 1901. május. — Sulli: Il siero mielotossico. La rif. med. 1901. 11—12. — Surmont: Sur une cytotoxine pankréatique. La sem. méd. 1901. 19. sz. — Tarassévitch: Sur les cytases. A. I. P. 1902. 127. l. — Tchistowitsch: Études sur l'immunisation contre le sérum d'anguille. A. I. P. 1899. 406. l. — Ugyanaz: Ueber die Agglutination der rothen Blutkörperchen und ihre Ursache (oroszul). Bolnitschn. gaz. Botkina. 1901. 19. sz. — Ugyanaz: Die Alteration des Blutes bei Injection von fremdem Serum und Blut, in Verbindung mit der Ehrlich'schen Immunitätstheorie. (Oroszul) Russk. arch. patol. klinisch. med. i bacteriol. 8. k. 1901. — Tuffier et Milian: Hémogloburie par action toxique de l'urine. C. R. Soc. Biol. 1901. 12. l.

A leukotoxin.

Az előbbiekhöz számos tulajdonságában hasonlít a leukotoxin, mely a fehér véresejtekre van megölő hatással. Felfedezője Metchnikoff.

Előállítani többféleképpen sikerült. Nyirokmirigy-emulsiót (Metchnikoff, Besredka, Franke, Delezenne), lépemulsiót (Besredka, Funck), csontvelő-emulsiót (Besredka, Funck, Sulli), vagy vérből különválasztott véresejteket (Lucatello) injiciálva idegen fajú állatba, annak seruma kellő számú oltás után fehérvéresejtől tulajdonságokat nyer.

Nagyjában egyre megy, hogy a fent említett dolgok melyikét használjuk a kezelésre. Előzetesen 60° C-ra hevített vagy alkoholban ázott nyirokmirigyek emulsiójának befeeskenése eredménytelen (Besredka). A kezelésnek hosszasanban kell tartania mint pl. a haemotoxinok előállításánál (Funck), ámbár néha itt is elegendő 2—3 injectio (Besredka). Nem sikerült olyan leukotoxint előállítani, mely a fehér véresejtek fajai közül csak az egyikre hatna, pl. csak a lymphocytákra, vagy csak a polynuclearisokra. Rendesen minden leukocytát egyformán old specifikus serumunk, legfeljebb a csontvelőemulsió-oltások útján nyert serum van a polynuclearis sejtekre nagyobb hatással (Funck). A legtöbb egyúttal haemolytikus is, a mi az emulsióval együtt bejutott vér hatása. Különösen a csontvelő-injectiók útján nyert serum bir ezzel a tulajdonsággal (Besredka).

A sejtoldás tökéletes; a sejt egyre halványabb lesz, végül eltűnik. Agglutinatio sohasem előzi meg az oldást. Tulajdonságaiban megegyezik ez a vérsavó is a többi sejtől serummal. Nem jól konserválható. 55°-on inactiválódik. Hatása meglehetősen specifikus, de nem absolute. Így a ló, marha, borjú, juh, kecske, kutya fehér véresejeteire specifikus leukotoxin nem hat az emberi fehér véresejtekre, de viszont a tengerimalaczból nyert marhára ható a házinyulét is oldja, a kecskéből nyert emberre ható a tengerimalacz leukocytáit is oldja (Besredka); a házinyulára specifikus tengerimalaczból nyert leukotoxinok a tengerimalaczra is hatással vannak (Funck). Ebben az utolsó esetben tehát isoleukotoxinokkal van dolgunk.

Leukotoxikus serummal kezelt állat seruma antileukotoxikus. Ha a leukotoxint oly állatba oltjuk, melyre hatékony, igen érdekes jelenségeket észlelhetünk. Besredka tengerimalaczai, melyekbe $\frac{1}{2}$ cm³ rájuk specifikus leukotoxikus serumot oltott, 3—4 óra alatt megdöglöttek. Intraperitonealis oltásnál az állat hasa puffadt, fájdalmas, hasmenése van, a testhő leszáll. A sectionál a hasúri szervekben nagy vérbőséget találunk, s a hasúrban nagy exsudatumot, melyben azonban alig látunk

fehér vérséjtet. Ha igen kis dosist fecskendeztünk így be, mely nem vezet halálra, hasonló tünetek mellett óriási leukocytá-felhalmozódást látunk a hasüregben. Ereke oltva a specifikus serumot, kis dosis után is fogy eleinte a fehér vérséjtek száma, később azonban rohamosan emelkedik. A további injectiókat azonnal hyperleukocytosis követi. A hatás igen kifejezett, mert míg pl. a normalis serum injectioja után 52,000 fehér vérséjtet találunk 1 mm³ tengerimalacszérumben, a leukotoxikus serum beoltása után 462,000-re emelkedhetik a szám. 2-3 héti folytatva az oltásokat, a serum antileukotoxikus.

Talán sikerülni fog a leirt hatást a gyógyászatban is felhasználni. Franke most próbálgatja, hogy nem lehet-e a lymphatikus leukaemiát nagy adag leukotoxin befeeszkendésével gyógyítani.

Igen érdekes a leukotoxikus serumnak az a hatása is, melyet Delezenne fedezett fel, t. i. a vérmegalvadást gátló hatás. Delezenne már évek előtt kifejezést adott azon nézetének, hogy a fehér vérséjtek szétesése, a leukolysis, előben gátolja a vérmegalvadást. Különösen a peptonfélékkel végzett kísérletei vezették erre az eredményre. A leukotoxikus serumokkal végzett kísérletei csak megerősítették ezen állítását, s közelebb vezettek azon jelenségek megértéséhez, melyek e folyamat alatt végbemennek.

Delezenne a következőket tapasztalta: ha valamely állatba reá hatékony leukotoxikus vérsavot fecskendett, az állat vére igen nehezen, sőt alig alvadt meg. Ha a kísérlet előtt kiirtotta az állat máját, a vérmegalvadás nem hogy akadályozott nem volt, hanem még inkább siettetve lett. Ezekből arra lehet következtetni, hogy a fehér vérséjtek szétesésekor — a leukotoxin közvetlen hatása — kétféle anyag lesz szabaddá, az egyik siettető, a másik gátolja a vérmegalvadást. Ha a máj ki van irtva, az elsőnek hatása lép előtérbe, ha a máj megvan, az utóbbié. Ez másképp nem magyarázható, mint annak felvételével, hogy a máj a vérmegalvadást siettető anyagot el tudja távolítani, vagy hatástalanná tudja tenni.

Ezt az a kísérlet is támogatja, melynél activ leukotoxikus serumot fecskendett át a máj ki nem mosott, tehát leukocytá tartalmú erein, és anticoagulatio serumot kapott. Ugyanez volt az eredmény, ha a kimosott májereken activ serum és leukocytá tartalmú folyadékot boesájtott át. A viszonyok tehát azonosak a peptonoldatokkal végzett kísérletek alkalmával megfigyeltékkel.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Antal János: Utmutató a foghúzásban. Budapest, Dobrowsky és Franke, 1902.

A gyéren művelt magyar fogászati irodalomra határozottan nyereség e mű, melynek megírására szerző bő tapasztalatai alapján — mint az irgalmasrendiek kórháza fogászati osztályának főorvosa — minden esetre hivatva volt. A mű nem annyira a fogorvos, mint inkább a foghúzással is foglalkozó gyakorló orvos számára íródott, s így az áll-esontok, valamint a fogak anatómiáját csak röviden, a foghúzás műtét-tanát annál behatóbban tárgyalja. Részletesen szól a fogók helyes megválasztásáról, a beteg és műtő elhelyezkedéséről, a műtét kiviteléről; nem hagyja figyelmen kívül az utókezelést, az általános és helybeli érzéstelenítést s a vérzescsillapítást sem, szóval felöleli e munka mindazt, mit a foghúzással foglalkozó orvosnak tudni kell. A nyelvezet folyékony, a meghatározások szabatosak, előadás könnyen érthető, mihez nagyban járulnak hozzá a szöveget jól magyarázó ábrák. Szóval a művecske sok szakértelemmel és dicséretes buzgalommal van megírva, s minden bizonynyal jelentékeny szolgálatot fog tenni a szak iránt érdeklődő gyakorló orvosnak.

Bauer.

Rudolf Steiner: Die Mystik im Aufgange des neuzeitlichen Geisteslebens und ihr Verhältniss zu modernen Weltanschauungen. Verlag von C. A. Schwetschke u. Sohn. Berlin W. 1901.

Hogy az orvosi tudományba, főleg az aetiologiába s therapiába sok mystikus vonás belejátszik még napjainkban is, talán elég, ha a különböző csodagyógymodokra utalunk. Ezen oknál fogva az orvost is érdekelheti egy oly könyv, mely e tárgyról szól.

Szerző — miként könyvének több helyén kitűnik — teljesen Haeckel híve s így egészen természettudományi alapon indul fejtegetéseiben.

Bennünketegészen közelről a Paracelsusról irt fejezet érdekel, kinek egyéniségét a szerző elég subjectív árnyékolással rajzolta meg. A könyv kiállítása a kiadó cég izlését dicséri.

Györy.

Lapszemle.

Sebészet.

Heges pylorus szűkületek maró folyadékok következtében. A maró folyadékok által okozott heges pylorus szűkületeknél eddig a következő műtési eljárások alkalmaztattak:

1. a pylorus dilatatioja, 2. a szűkült pylorus resectioja, 3. a Mikulicz-féle pyloroplastica és 4. a gastroenterostomia. Quénu és Petit 37 esetet gyűjtöttek össze az irodalomból. Ezek közül 3-szor dilatatio, 4-szer resectio, 23 esetben pyloroplastica és 7 esetben gastroenterostomia végeztek. A dilatatio mindhárom esetben eredménytelen volt, míg a pylorus resectionak mind a négy esete gyógyult. A 23 pyloroplastica közül 18 gyógyult, 5 meghalt, a gastroenterostomiások közül 5 gyógyult,

2 meghalt. Látszólag tehát a pylorus resectio volna a legáldásosabb műtét, de másrészt tekintetbe kell vennünk az operáltak esékély számát, valamint azt, hogy a gastroenterostomiák egy része 15-20 évvel ezelőtt végeztek, úgy hogy valószínű, hogy a mai fejlettebb technika mellett még kisebb lenne a mortalitás.

Szerzők ez okból a gastroenterostomiának adják az elsőséget a többi műtét felett.

A pyloroplastikát kiállottak közül hárman a műtét után 6-8 hónappal intercurrentis betegségben elhaltak. Ezek boncolásánál azt az érdekes tapasztalatot tették, hogy az újonképzett pylorus teljesen megtartotta átjárhatóságát. A gastroenterostomiások 5 hóval a műtét után még teljesen jól érezték magukat. (Revue de chirurgie, 1902. 2. szám.)

Dudutz dr.

A nervus pudendus resectioja vaginismusról és pruritus vulvae-nél. A nervus pudendus internus resectioját úgy látszik már 1861-ben Simpson is végezte a vaginismus gyógyítása céljából. Később a műtét feledésbe ment, majd legújában néhány esetben végezték cystalgia esetében. Tavel most súlyos vaginismus és pruritus vulvae két esetét közli, melyeket a n. pudendus internus resectioja által operált és pedig teljes sikerrel. A táj anatómiai viszonyainak pontos leírása után a következőkben ismerteti a műtét technikáját: Bemetszés a tuber ischii és az anus között, középen egy olyan sagittalis vonalban, melyet a linea interischiiadica két egyenlő félre oszt. A bőr és a bőr alatti zsírszövet átmetszése után legjobban hátra és kifelé haladva az os ischii belső felszínéhez tartani magunkat, mert ily módon elkerüljük a nervus haemorrhoidalis inferior megsértését. A musculus obturator internus borító fasciát könnyen kitapinthatjuk az arteria pudenda liktetését, mely az ideggel együtt fut. Megnyitva az Alcock-féle csatorna belső fasciáját, az ideg könnyen izolálhatóvá lesz.

A műtét további szakaszában fontos a ramus analis megkiméltése, mert ennek sértése incontinentiát vonhat maga után. Férfiaknál a ramus penis is megkiméltendő. Ha egyszer az idegágak izolálva vannak, legcélszerűbb azokat jó hátul elvágni s azután a peripherikus ágakat Thiersch szerint egyenként kicsavarni.

Az utókezelést illetőleg a seb teljesen bevarrandó. Drain nem célszerű, mert a tájékat tekintve könnyebben létrejön az infectio a drainsövön keresztül, mint a nélkül. (Revue de chirurgie, 1902. 2. szám.)

Dudutz dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Unguentum Credé-vel kezelt puerperalis sepsis esetét mutatta be Mansbach a „Nürnbergi medicinische Gesellschaft“ február 20-diki ülésén. A bemutatáshoz fűződött élénk eszmecsere alatt mások is felémelték az unguentum Credé-vel elért kedvező eredményeiket. Így Münz, Rühl, Flatau septicaemia puerperalis több esetében értek el nagyon jó eredményeket, utóbbi pyaemia két esetében szintén eredményesen használta a szert. Végül Gessner typhus abdominalis és pneumonia crouposa egy-egy rendkívül súlyos esetben látott nagyon jó hatást az unguentum Credé bedörzsölése után. (Münchener medic. Wochenschrift, 1902. 13. szám.)

Puerperalis és általános sepsis több esetében (gyermeknél is) nagyon jó eredményeket látott Toff az unguentum Credé használatától; természetesen a hozzáférhető sepsises góczok sebészi kezelése sem hanyagolandó el. Rendszerint naponként kétszer dörzsöltetett be 2-4 grammot. (Münchener medic. Wochenschrift, 1902. 17. szám.)

A bismutost Bobulescu 35 gyermeknél használta és e közben szerzett tapasztalatait a következőkben foglalja össze. A bismutose, mely bismuthum összekötése fehérjével, a gyomorban nem változik és csak alkalikus bélnedvben fejti ki hatását; ezen sajátága folytán a gyomrot nem támadja meg. Iz és szag nélküli lévén, a gyermekek szivesen veszik úgy poralakban, mint suspensióban. Az adag 1-2 gramm óránként vagy két óránként. A bismutose bomlása főképp a vastagbélben megy végre, vagyis ott, a hol a tannin fehérje készítmények (colligit, tannalbin) már nem igen hatnak. Enteritis, enterocolitis és colitis heveny eseteiben többnyire már 3 nap alatt gyógyulás állott be, míg az idült esetekben a gyógyulás bekövetkezéseig legfeljebb 14 nap telt el. (Inaug. Dissertation, Jassy, 1902.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 39. szám. *Porosz Mór:* A prostatitisről és gyógyításáról. *Szülárd Armin:* A renyhe és tágult gyomor kór- és gyógytanához.

Orvosok lapja, 1902. 39. szám. *Porosz Mór:* A kankó-prophylaxisról. *Szana Sándor:* A gyermekvédelem szervezése Temesvárott.

Magyar orvosok lapja, 1902. 39. szám. *Fischer Aladár:* Jackson-féle epilepsia operált esete. *Szigeti Gusztáv:* Orvosi titoktartás és büntető törvényünk 328. §-a.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 39. szám. *Sachsaler:* A nagyfokú rövidlátás operatív kezelése. *Karschulin:* Casuistikus közlések a sebészet köréből. *Pirone:* Zsir jelenléte újképletek sejtjeiben. *Goldbaum:* Epilepsia procursiva. *Frankl:* A craniotomia és technikája tekintettel a magángyakorlatra. *Maixner:* A májeirrhosis haemorrhagiás alakja. *Kornfeld:* Gonorrhoea és házasság.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 39. szám. *Neumann:* Az extragenitalis syphilis infectio klinikai és néphgyi jelentősége. *Krafft-Ebing:* A morphinodipsia. *Reach:* A duodenalstenosis casuistikájához.

Wiener medizinische Presse, 1902. 39. szám. *Preindlsberger*: Kómtűtések. *Landau*: Az iskolaegészségtan történeti fejlődése. *Hochsinger*: Syphilis praecox hereditaria exanthema nélkül.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 37. szám. *Simmick*: A vérsavó antifermentatív sajátságainak kérdése. *Rösler*: Az alkohol-kérdéshez.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 39. szám. *Oppenheim*: Gerincvelődaganat műtett esete. *Hoffmann*: Higanydermatitis. *Clopatt*: Az alkohol befolyása az ember anyagcseréjére. *Sohlern*: Obstipatio spastica. *Kyes*: A cobraméreg hatásmódja.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 39. szám. *Marchand*: Szövetburjánzás és daganatképződés, tekintettel a rák parasitarius aetiologiájára. *Heller*: Gümőkórral fertőzés a tápasatona útján. *Mitulescu*: Az új tuberculin befolyása a sejtanyagcseréjére. *Felstein*: „Tastpercussion.” *Hamel*: Az icterus kora diagnózis. *Petersson*: A fonalgombák jelentősége gyomorbagokban. *Bouma*: A húgyindican meghatározása isatin-sóval. *Wieting*: A dongaláb redressioja. *Erbkam*: Pseudoleukaemiás lép-daganat kiirtása kedvező lefolyással. *Heinrich*: Egy ritka jelenségről tüdőgümőkór esetében. *Strebel*: Ujdonságok a fénytherápia terén.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 37. szám. *Engelmann*: Tapasztalatok a Roth-Dräger-féle oxigen narkosis-készülékkel. 33. szám. *Rammstedt*: A sósavas anesthesin használata helyi érzéstelenítésre.

La semaine médicale, 1902. 39. szám. *De Bovis*: A mellék-tényezők szerepe a rák aetiologiájában.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 39. szám. A statisztikai élet-tromosság a fülészeten.

Gazette hebdomadaire, 1902. 76. szám. *Gilbert és Lereboullet*: Cholaemia simplex familiaris. 77. szám. *Laurent*: A fossa iliaca interna drainezése az incisura ischiadica majaron át. *Durandard*: A végtagok syphilitis arteritisei. 78. szám. *Sonnenburg*: Az appendicitis kezelése.

Le progrès médical, 1902. 38. és 39. szám. *Longuet*: Appendicularis dyspepsia miatt végzett appendicetomia három esete. *Cardamatis*: Febris bilialis haemoglobinurica Görögországban.

Bulletin général de thérapeutique, 144. kötet, 9. és 10. füzet. *Picou és Bolognesi*: Az appendicitis kezelése. *Reinburg*: A vizelet-vizsgálat néhány újabb módja. *Cabanés*: Orvostörténeti adatok.

The lancet, 1902. II. 12. szám. *W. D. Halliburton*: A chemiai physiologia jelen állása. *J. Lindsay Steven*: Gyermekkori heveny bronchopneumonia. *Ch. A. Ballance*: A sinus lateralis és a vena jugularis interna jelentősége a sziklaesontból kiinduló általános fertőzések gyógyulása szempontjából. *C. G. Seligmann*: Albinismus. *H. D. Rolleston*: Az alsó végtagok persistáló hereditarius oedemája. *W. Stuart-Low*: Mucin és malignitás: tények és teoriák. *W. V. Shaw*: A rák problémája. *J. Me Gibbon*: Ectromelus. *A. Lyons*: Tonsilla-tályog áttörése által okozott halál. *R. Lake*: Idegen test az orrgarat-ürben. *T. M. Callender*: A sinus lateralis suppurativ thrombosisának esete; műtét után gyógyulás.

British medical journal, 1902. szeptember 27. *A. B. Mitchell*: Sérvműtét érdekes esete. *W. Tyson*: A tunica vaginalis kettős empymiaja scarlatinánál. *H. Wiggins*: Keloid oltási hegekben. *G. M. Blair*: Adrenalinrel kezelt súlyos vérzés esete. *D. Turner*: Rák és Röntgen-sugarak. *J. E. Bates*: Menstruatio praecox. *J. Stewart*: Heveny, nem genyedő perinephritis. *G. Hunter-Mackenzie*: Új módszer súlyos orrvérzés ellen. *S. J. Rennie*: Talipes equino-varus műtett esete.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal ki-mutatása szerint az 1902-dik év 38. hetében (1902. szeptember 11-dikétől szeptember 20-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1902-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751,171, katona 16,484, összesen 767,661. Elve született 411 gyermek, elhalt 228 egyén, a szüle-tések tehát 183-al mutták felül a halálozásokat. — Születések arány-száma: 1000 lakosra 27.8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 15.4, az egy éven felüli lakosságnál: 11.9 az öt éven felüli lakosság-nál: 10.7 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphthe-ritica 1, pertussis 0, morbili 4, scarlatina 7, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 3, febris puerperalis 2, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 2, meningitis 14, apoplexia 6, eclampsia 4, szervi szivbaj 20, pneumonia 5, pleuritis 2, pneum. catarrh. 2, bronchitis 3, tuberculosis pulmonum 35, enteritis 62, carcinoma 14, ezek közül méhrák 6, egyéb újképletek 3, morbus Brightii et nephritis 5, vészületett gyengeség 14, paedatrophia 0, marasmus senilis 8, erő-szakos haláleset 6, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 2, bal-eset 4, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** A) Betegforgalom a városi közkórházakban. A múlt hét végén volt 2841 beteg, szaporodás e héten 767, csökkenés 806, maradt e hét végén 2082 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi szeptember 17-dikétől szeptember 23-dikéig terjedő 37. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 42 (39), diphteria, croup 22 (26) hagymáz (typhus) 5 (11), kanyaró (morbili) 31 (26), trachoma 4 (4), vérhas (dysenteria) 0 (1), influenza 0 (0), hőkhurut (pertussis) 12 (14), orbáncz (erysipelas) 7 (11), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 3 (0) járv. fültömírgylob 0 (2), ezenfelül varicella 3 (12).

Egyetemi alkalmaztatást nyertek: *A törvényszéki orvostani intézetben:* Gyulay Elemér dr. II. tanársegéd (meghosszabbítás két évre), Bender Béla dr. díjas gyakornok, Christian János dr. díjlatlan gyakornok. *Az I. sz. belgyógyászati kórodán:* Kovács József dr. I. tanársegéd, Benedikt Henrik dr. II. tanársegéd, Kövesi Géza dr. III. tanársegéd, Bálint Dezső dr. díjazott gyakornok (meghossz.), Szili Jenő dr., Török Béla dr., Unterberg Jenő dr., Balogh József dr. díjlatlan gyako-rnokok. *Az I. sz. kórbonczani intézetben:* Schulek Alfréd dr., Zilahi Jenő szig. orvos, díjlatlan gyakornokok, Orsós Ferencz V. é. o. h., Ordódi Zsigmond V. é. o. h. díjas demonstratorok, Dobozi Márton V. é. o. h. díjlatlan demonstrator. *A gyógyszerintézetben:* Fenyvessy Béla I. tanársegéd (meghossz.), Mansfeld Ottó Pál szig. orvos díjas gyakornok. *Az élettani intézetben:* Hollós Gábor dr. II. tanársegéd, Groó Béla szig. orv. díjas gyakornok, Schmidt Béla V. é. o. h. díjas demonstrator, ifj. Horváth Mihály, ifj. Liebermann Leo, Neuber Ede, Reichart Aladár, Tezner Ernő III. é. o. h. díjlatlan demonstratorok. *Az I. sz. anatómiai intézetben:* Klein Sándor, Lobmayer Géza V. é. o. h. mint díjlatlan gyakornokok, Bakay Lajos V. é. o. h., Dumitreanu Viktor III. é. o. h. díjas demonstratorok, Szarvassy László, Goldner Viktor, Paulikovics Elemér, Bernáth Dezső III. é. o. h., Kubányi Melanie II. é. o. h. mint díjlatlan demonstr. *A II. sz. anatómiai intézetben:* Lichtenberg Sándor szig. orvos díjas gyakornok, Lobstein Leo díjlatlan gyakornok, Láng Adolf III. é. o. h. díjas demonstrator, Drozd András, Hönig Adolf, Szalkay Melitta III. éves, Kovács Richard, Mező Béla, Tóthfalussy Imre, Vadas Vilmos, Melha Armand, Lükő Béla, Halász Sándor, Stern Jenő II. éves oh. mint díjlatlan demonstratorok. *A szemklinikán:* Rácz István dr. díjlatlan gyakornok. *Az I. sz. női klinikán:* Weszter Sándor dr., Brokés György dr. díjlatlan gyakornok. *A II. sz. női klinikán:* Markus Soma dr. díjas gyakornok (meghosszabb.), Schmidlechner Károly dr. (megh.), Konrád Jenő dr., Schwartz Tivadar dr., Mauks Károly dr., Boleman Béla dr., Fonyó János dr. díjlatlan gyakornok. *A II. sz. sebészeti műtőintézetben:* Goth Lajos dr. díjas műtőnövendék, Veress Pál díjlatlan műtőnövendék. *Az I. sz. sebészeti kórodán:* Illyés Géza dr. I. tanársegéd (meghosszabb.) Zimmermann Károly II. tanársegéd (meghosszabb.). *A II. sz. belgyógyá-szati klinikán:* Wenhardt János II. tanársegéd (meghosszabb.), Tornai József dr. díjas gyakornok (meghosszabb.).

— **Uj tisztiorvosok.** A tisztiorvosi vizsgák országos bizottsága által Kolozsvárt 1902. szeptember 25—27-dikéig tartott vizsgálatokon a következő orvosok képesítették: *Balázs Endre* dr. egyet. tanársegéd Kolozsvárt, *Barbás József* dr. kórh. másodorvos M.-Vásárhely, *Gruber József* dr. magánorvos Mármarossziget, *Köntzei Gerő* dr. körorvos Zágón, *Lédeker Dezső* dr. cs. és kir. segédorvoshelyettes Kolozsvár, *Lendvai Mór* dr. városi orvos Zenta, *Mandl Miksa* dr. körorvos Valeapaj, *Petrik Lőrincz* dr. körorvos Hunyad-Dobos, *Rosenbaum Dezső* dr. körorvos Peer, *Siró Zsigmond* dr. ny. cs. és kir. ezredorvos Kolozsvár, *Vajna Gábor* dr. körorvos Kovánka, *Veres Zoltán* dr. tb. járásorvos Baranya-Sellyei.

☉ **Fürdőink személyforgalma.** *Tátrafüred*, szeptember 18. 2882. *Tátra-Lomnicz*, szeptember 12. 810. *Újtátrafüred* szeptember 22. 1626.

— **Megjelent.** *Lubarsch*: Path. Anatomie und Krebsforschung. (Wiesbaden, Bergmann) — *Szegő*: Szanatorium és vizgyógyintézet Abbaziában. — *Aujesky*: A vesztesség kísérleti megállapítására vonatkozó vizsgálatokról (V eterinarius XXV. évf. 18. sz.) Merck: Index. — *Pávai Vajna Gábor*: *Észrevételek a „számlás orvosok” című cikkekre és mi az oka annak, hogy hazai fürdőink nem boldogulnak stb.*

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő
Budapestben.

Természetes forró, meleg kénas források, iszapfürdők, iszapborogatások. zubany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógy-viz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Osúz, köszvény, ideg-, borbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága** Budán.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Dr. Sarbó Arthur egyetemi magántanár, V., Aulich-utca 7 (Szabadság-tér), **ideggyógyintézete** tabeszes ataxiák kezelésére (Dr. Frenkel-féle módszer) a **Dr. Grünwald-féle sanatoriumban, VII., Városligeti fasor 13.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A Stomatologusok Országos Egyesülete. (VI-dik köz- és nagygyűlés 1902. évi szeptember hó 26-dikán és 27-dikén.) 652. l. — A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (IV. rendes ülés 1902. évi április hó 24-dikén.) 652. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. (1902. évi március hó 23-dikán tartott rendkívüli szakülés.) 652. l. — (1902. április havi szakülés.) 654. l. — (1902. május havi szakülés.) 655. l.

A Stomatologusok Országos Egyesülete.

(VI-dik köz- és nagygyűlés 1902. évi szeptember hó 26-dikán és 27-dikén.)

A közgyűlés szeptember hó 26-dikán reggel 9 órakor kezdődött az orvosegyesület üléstermében *Árköy* professor elnöki megnyitó beszédével, a ki, mint minden évben, úgy az idén is kimerítő képet nyújtott mindazon mozgalmakról és változásokról, melyek a lefolyt évben a szakmát érdeklőleg a bel- és külföldön történtek. Örömmel regisztrálta, hogy az egész világon mozgalom indult meg, hogy az előképzettség és tanulmányi idő tekintetében a szakképzettség szintje emeltesse s mind közelebb kerüljön az orvosi képzéshez.

Ez irányú mozgalom az irodalom terén is mutatkozik, a mennyiben a technikai szakok háttérbe szorulnak s helyettük a pathologia, de különösen a szájszövet lép előtérbe.

A nagy tetszéssel fogadott megnyitó után *elnök* bejelentette 23 új tag belépését, s üdvözölte a külföldi vendégeket, *Schreier E. dr.-t*, *Károlyi M. dr.-t* és *Frank I. dr.-t* Bécsből.

Elnök indítványára azután a közgyűlés elhatározta, hogy

1. memorandumban fogja kérni az illetékes hatóságoknál, hogy a külföld (Franciaország, Ausztria) mintájára közokozásainkban stomatologus osztályok állítsanak fel;

2. a stomatológiával történő visszaélések lehető meggátolására országos felügyelő bizottságot szervez.

Ezután kezdődött *Wolff Márton* dr. (Zágráb) elnöklelte alatt a nagygyűlés.

Rozgonyi dr. két újabb szernek, az adrenalinak és nosophennek használatáról beszélt a stomatológiában, s e szerekek elért jó eredményeit ismertette.

Hömcz K. dr., magántanár (Kolozsvar) *casuistica* ezimen érdekes kórosokról referált, melyek egyikében az extractio közben aspirált fog az extractio után több héttel okozott hirtelen fulladást halált.

Sándor S. dr. az implantatio történetét, különösen a kérdés tudományos megoldására irányuló törekvéseket ismertette.

Délután a fogászati klinika helyiségeiben

Rudas G. dr., magántanár (Kolozsvar) göröcsői készítményekben kórosan elváltozott ameloblast sejteket s hiányosan elmeszesedett zománcprizmákat mutatott be.

Bilasko dr. a replantatióról értekezett 60 eset kapcsán, melyeket maga végzett és figyelt meg; s számos esetet mutat be, valamint egy beteg a replantatio végzését is demonstrálja.

Madzsar J. dr. újabb diagnostikus methodusokat mutat be, többek között a hangvilla használatát az antrum empyema diagnózisában.

Szabó J. dr. ambulans betegeken a klinikán szokásos elvek szerint a conservativ és destructiv kezelés indicatioit demonstrálja.

Feuer J. dr. új és igen ezélszerű zárókészüléket mutat be, mely mindenféle aethylchloridos üvegre könnyen alkalmazható.

Salamon K. dr. fémkoronák készítését demonstrálja, néhány kevésbé ismert, de speciális esetekben ezélszerűen használható methodus alapján.

Szombaton délelőtt

Landgraf Z. dr. a porcellán tömések fény- és árnyoldalairól beszél.

Donogány Z. dr. (vendég) a *Higmor*-barlang genyedeinek therapiájáról beszél, kiemelve különösen azokat a pontokat, a hol csak a gégeorvos és stomatologus együttműködését koronázhatja siker.

Árköy professor az inlayk indicatioiról beszél s kifejti, hogy e tekintetben nem a *cavitas helyzete*, hanem *alakja* bír döntő befolyással.

Károlyi M. dr. (Bécs) megfigyeléseit ismerteti, melyekből kifolyólag úgy a *caries dentis*, mint a *caries alveolaris* aetiologiájában a főszerepet az articulatio zavarainak, mint mechanikus momentumoknak tulajdonítja.

Berend dr. (vendég) a csecsemők még fogatlan szájában előforduló stomatitiseket írja le.

Szombaton délután

Dalma D. dr. (Fiume) a nervocidinről szól, melyet a pulpa conservativ kezelésében használ fel, a mennyiben a nervocidin a pulpát nem öli el, csak érzésteleníti s az érzéstelenítés tartama alatt nyugod-

Kerpulpa gyógyszereket alkalmazni.

Kehecz dr. új methodust, decuspidatiót mutat be, mely hivatva kezelésétlen hozzáférhető distalis cavitasok esetében a gyökcsatorna tan lehet a megkönnyíteni.

Schreier E. dr. (Bécs) elmés készüléket mutat be, melynek segítségével az elektromos furógép könnyedén szabályozható.

Dalma D. dr. (Fiume) saját rendszerű hidmunkáit.

Gáspár dr. új benzin kályháját porcellántömések olvasztására, *Balassa* dr. aranytömeseit *Höpfner*-féle arannyal,

Madzsar dr. a porcellán betétek technikáját demonstrálja, végül

Weiss J. dr. (Bécs) új eszközöket és műszereket mutat be.

Madzsar József dr.

A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(IV. rendes ülés 1902. április hó 24-dikén.)

(Vége.)

Lupus által okozott gégeszűkülete esete.

Zwillinger Hugó: A gége lupusos megbetegedésének ezen esetét azért bátorodik itt bemutatni, mert oly tünet észleltetett a betegnél, mely lupus laryngis eseteiben a ritkábban észlelhetők közé tartozik, t. i. a gége szűkülete. Nem olyan szűkülete, mely létrejön lupushegek következtében, ha az interarytaenoidalis régióban keletkezett hegek által a kannaporeczok kifelé való mozgása korlátozva van, vagy ha a hangszalagok úszóhártás összenövése által jött létrestenosis. Ezen esetben a gége-lupus praedilectionális helyén az epiglottikus és az aryepiglottikus redőkön, az álhanszalagokon a beszűremkedés oly nagyfokú, hogy említett szűkület ezen kis göbös infiltratum által keletkezett.

A kórtörténet a következő: *W. S.* 17 éves, vasesztergályos, másfél év előtt az orrán és az arczán apró szemcsés kiütést vett észre, mely ellen különböző szereket használt, azonban eredmény nélkül. Alultól nyolcz hónap óta rekedt, 4-5 hónap óta azt tapasztalta, hogy gyorsabb járásnál lélegzete nehéz, mely állapot az utolsó időben rosszabbodott, nyelésnél csekély fájdalmak vannak.

St. pr. Korának megfelelő testalkat, az orr a felső ajak és a bal arcz bőrén csekély kiterjedésű lupus vulgaris (Török). A tüdők részéről kóros elváltozás nem mutatható ki. Az orrban száraz nyák, hurut tönete, a bal introituson kiskókú sebesedés. A sörény balfelé elgörbült, bal felületén a cartilago quadrangularisnak megfelelőleg kis göbös csekély infiltratum. A rhinoscopia posterior az adenoid szövetet kisebb fokú hyperplasiáját és retronasalis hurutot derít ki. Az uvala megvastagodott, megrövidült, felülete egyenetlen szemcsés. Az arcus palato-pharyngeuson mindkét oldalt göbös infiltratum.

Az epiglottis rendes méretének ötszörösére megvastagodott, egyenetlen szemcsés-göbös felületű, halvány, merev, megnehezíti a gégebe való betekintést. Az aryepiglottikus redők mindkét oldalt megvastagodottak, magukba foglalják a kannaporeczokat, ilyen az interarytaenoidalis redő és az álhanszalagok nyákhártyája is. A köralakú infiltratum szűkíti a géget, magyarázza a nehéz légzést. A valódi hangszalagok hurutus jelenségeken kívül más elváltozást nem mutatnak. Juxtapositiójuk a leirt infiltratum következtében lehetetlen, a hang rekedt. A gége lupusos megbetegedése ez esetben, dacára annak, hogy a bőrlaesio csekély kiterjedésű és a folyamat a gégeben előrehaladt s tudjuk, hogy fejlődése lassú, a legnagyobb valószínűséggel secundaer. A kórisme, ha a köztakarón elváltozások nem is volnának, tekintve az orrban, de különösen a torokban észlelhető göbös infiltratumot, talán nem is okozna nehézséget.

Hegyesedés nagyobb kiterjedésben sehol nem észlelhető, a gümőkór és a lupus közötti differentialis kórismének e legmarkánsabb tünete, mely dacára annak, hogy tudjuk, hogy a lupus csak válfaja a tuberculosisnak, nagy fontossággal bír, mert lefolyás tekintetében e megbetegedések nagyon különböznek egymástól, mi talán a bacillus különböző virulentiájával függ össze. Ezen esetben is feltűnő a nyelési fájdalmak csekély volta. A bakteriologikus vizsgálat eredménye az ismert leletet adta. Therapeutice a tejsavat alkalmazta, a stenosis tünete visszafejlődtek; ha a szűkület fokozódna, akkor légesömetszésre kellene gondolni, illetőleg azt végrehajtani. Tekintve a Finsen-fény kitűnő sikereire, azon óhajának akar itt kifejezést adni, vajha sikerülne ezen eljárást úgy modifikálni, hogy a nyálkahártyák lupusos megbetegedése is ez úton volna kezelhető.

A gége lupusos megbetegedésének gyakoriságát illetőleg, utal a meglévő statisztikai adatokra s azt hiszi hogy ezen a szempontból is érdemes volt esetét bemutatni.

Baumgarten Egmont: Az orvosra nézve egyike a legháládatlanabb feladatoknak a gégelupus kezelése. A Stefánia gyermekkorházban egy gégelupust tejsavval kezelt nagy türelemmel, némi javulás állott be, mikor egyszerre az orrban és az epiglottison recidivált a folyamat. Most scarifikálni fogja az infiltrált helyeket és így étetni tejsavval.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület Nagyváradon.

1902. március hó 23-dikán tartott rendkívüli szakülés.

(Folyt.)

A mag direct oszlás útján többszörösödik, úgy hogy egy idő múlva igen sok mag tűnik elő, a cytoplasma pedig különböző helyeken mind lazább és lazább lesz, úgy hogy különböző alakú vacuolák, rések támadnak. A cytoplasma tehát gerendezekre oszlik, a melyek igen különböző alakúak lehetnek: kerek, gerendázatos, lemez alakúak, melyek egymással anastomizálnak, tehát *sporoblastok* képződnek.

Ezen *sporoblastok* közepében levő mag direct oszlás útján ismét sokszorozódik, a fiók magocskák a periphéria felé tolatnak s mindenik középpontjává lesz egy-egy sporozoiták képződésének.

E peripherikus magocskának megfelelő helyből ugyanis plasmányulvány indul fejlődésnek előbb a részek felé, majd egészen kifejlődik egy kis orsószzerű test, melynek középpontja az előbb említett mag. Ezek a *sporozoiták*.

A gyomorbelhuzam ilyen módon kihúzható a nélkül, hogy parányi zsírtestecske tapadna reá, mivel a gyomor egészen körül van véve vérrel s így igen lazán van rögzítve.

A továbbfejlődésben levő paraziták megtalálásánál a pigment igen jól útbaigazít, ha egy csepp carminnal fe-tjük pár óráig a készítményt, a gameták igen szép pirosra festődnek.

A gameták, melyeket ily állapotukban már *oocystáknak* neveznek, a következő napokon erős növekedésnek indulnak, úgy hogy míg az eredeti makrogameta alig nagyobb egy vörös vértetecsnél, addig az oocysta 60–90 mikron nagyságúra is megnövekszik. Ilyenkor természetesen már kicsi nagytápnál is jól kivehető cysták alakjában jelennek meg a gyomorfalán.

Ezen növekedésük közben igen érdekes változások jönnek létre bennük:

Ezek a teljes megérésig a gerezddel összefüggésben maradnak — olyan formában, mint pl. a dinnyében a magok ülnek a gerezden —, akkor leválnak s a tokban rendetlenül vagy nyálábokban ezerszámra láthatók; a gerezdek azon része pedig, mely sporozoiták képződésére nem használtatott fel, mint úgynevezett *maradék testek* a pigment maradványával egyes vagy többes számban láthatók.

Az ilyen sporozoitákkal telt tokokat *sporocystáknak* nevezük; festetlen állapotban úgy néznek ki, mint fonalgombolyagok. A sporozoiták teljes kifejlődésének ideje függ a melegtől és az állat táplálkozásától; átlag a vérszívás után 7–10. napra már szétszóródott sporozoitákkal telt tokok látszanak.

Ekkor a sporocysta megreped s tartalma a testüregbe ömlik.

Az ily módon a testüregbe ömlő sporozoiták rövid idő alatt az állat nyálmirigyeiben gyűlnek össze.

Az állat nyálmirigyei a fej hátsó végén, illetőleg a nyaki részben vannak. A kétoldali nyálmirigyek mindenike áll egy-egy hosszú oldalsó részből, mely mirigyszervezetű s egy középső részből, mely granulált kinézésű. Mindenik kivezető csöve egyesül egy csöbe és ez a másik oldalival ismét egy csövé egyesül.

A nyálmirigyek legegyszerűbben úgy praeparálhatók ki, hogy a lábaitól és szárnyaitól megfosztott állatot egy csepp konyhasós vízben oldalra fordítva a fejét hátra felé luxáljuk s a fejen függve maradó szövetrészeket bontótűvel szétbontjuk és kis nagytápnál a jellegzetes alakú nyálmirigyeket külön választjuk.

Ha a nyálmirigyek inficiált voltát akarjuk constatálni, az így különválasztott nyálmirigyet két fedlemez között szétdörzsöljük s a szétvett fedlemezeket *Romanowsky* szerint megfestjük.

Egyszerűbben úgy járunk el, hogy a fej hátsó harmadát és a nyakat párhuzamos metszettel kivágjuk s egy csepp vízben bontótűvel szétbontjuk, két fedlemez között szétdörzsöljük s megfestjük.

A vizsgálatot úgy is végezhetjük, hogy a fejre nyomást gyakorolva az állat nyálát egy fedlemezre kinyomjuk s megszártva megfestjük. Mivel azonban így csak a nyálban, de nem a nyálmirigyek sejtjeiben levő sporozoiták mutathatók ki, ezen eljárás nem ad pontos eredményt.

A sporozoiták a nyálmirigyekből a nyálba jutnak s a következő szúrásnál a szúrt sebbe, illetőleg a megsúrt egyénbe oltatnak bele.

Hogy a félholdképzők gametáinak itt leirt fejlődése az anophelesben létrejöhessen, bizonyos hőmérsékre van szükség, a mely 25–30° C. között van. Ha különösen a vérszívás utáni órákban a kellő hőfok nincs jelen, az anopheles nem inficiáltatik. Későbbi napokon már jóval alacsonyabb hőmérsék mellett is növekednek a tokok, csak jóval lassabban.

A malaria paraziták tehát generatio-változással fejlődnek.

Az ivartalan generatio az ember vértetecskéiben él s cyclicus fejlődésével és sporulatiojával a rohamcycelusokat kiváltja.

Itt az ember vérésejtjeiben képződnek az ivaros generatio gametáinak is, a melyek az anopheles gyomrában termékenyítik egymást s a megtermékenyített nőgameta most az anopheles testüregében előbb oocystává, majd sporoblasttá, végül sporocystává fejlődik, széthull s a test nedve által sporozoiták alakjában a nyálmirigyekbe, innen a nyálba kerül, hogy következő vérszívás alkalmával ismét az emberbe inoculáltassék s újra ivartalan generatiová alakuljon.

Igy váltakoznak ivartalan és ivaros generatiok ember és anopheles testében végtelen körforgásban.

A tertiana és quartana nőgameták megtermékenyítettése ép úgy az anopheles gyomrában történik.

A gyomor hámszejtjei alá befurakodott nőgametát az első napokban még megkülönböztethetők a félholdalakú gametáktól jellegzetes festékszemesei alapján, de később már nem (Grassi), annyira mindenben hasonlóak továbbfejlődésükben.

A kísérleteknél, melyek inoculatio útján végeztek, kitűnt, hogy bizonyos fajú mal. parazitával inoculált anopheles csipésével mindig ugyanazon fajú megbetegedést hozza létre.

Az eddig végzett kísérletek azt mutatják, hogy a tertiana, de különösen a quartana-faj gametái alacsonyabb hőmérsék mellett is fejlődésnek indulnak az anophelesben, mint a félholdak; sőt alacsonyabb hőfok fejlődésüket kedvezőbben befolyásolja, míg azon magasabb hőfok,

a melynél a félholdas gameták igen jól tenyésznek, a quartana gameták fejlődésükben teljesen megakadályozza.

Az előadások befejezése után *elnök* az egylet nevében köszönetet mond a vendégelőadóknak, *Parjesz Zsigmond* dr. egyetemi tanárnak és *Janosó Miklós* dr. magántanárnak, valamint *Kolozsváry Sándor* egyet. gyakornok urnak közreműködéséért. Előadók, úgymond, nagy hálaa kötelezték az egylet minden tagját, hogy fáradságot és áldozatot nem sokalva, eljöttek, hogy az egyletet erkölcsileg támogassák s hogy kutatásaiknak a tudományos világban is figyelmet keltő eredményeit velünk, mielőtt még azokat nyilvánosságra hozták volna, megismertessék.

1902. április havi szakülés.

1. **Konrád Béla** „Kétoldali hydrocele radicalis műtéte“ czímen tart rövid előadást, bemutatóva a műtött beteget.

A bemutatott egyén, 66 éves, úszómester, 1900. október 9-én lett először operálva. Akkor a scrotumnak jobb felében gyermekfejnyi terimenagyobbodás foglalt helyet, a mely a tunica vaginalis ürében meggyült folyadék minden jelét mutatta, de nem volt átlátszó, állítólag 7–8 éve nő és joggal az állandó csekélyebb traumára vezethető vissza, a mit a czombok közt tartott rúd okozott, a melylyel a beteg az úszni tanulókat tartja.

A műtétet a Bergmann-féle radicalis vízsérvműtét szabályai szerint hajtotta végre s ekkor kitűnt, hogy a folyadék sötétbarna (haemorrhagikus), átlátszatlan, a tunica vaginalis fali lemeze 1/2 cm. vastag, belső felszínén egyenetlen, vérdús sarjadzásokkal fedett, benne néhány helyen fillérnyi mészlemez, külső felszíne a funiculus spermaticussal erősen összekapaszkodott. A here ép; az egész fali lemez kiirtása után a seb varratokkal teljesen egyesítve lett, draint nem alkalmazott, a seb per primam gyógyult.

Foglalkozását továbbfolytatva, azóta a baloldalon hasonló, de áttűnő és valamivel kisebb terimenagyobbodás fejlődött, melyet 1902. február 13-dikán műtött hasonló módon, a félliternyi folyadék tiszta sárga savó, a tunica vaginalis vékony és sima belfelületű. A seb hasonló képen, mint a másik oldali, drain nélkül egyesítve, 10. napra teljesen per primam gyógyult.

2. **Altmann Jakab** „Idült ólommérgezés esete“ czímen tart előadást, bemutatóva az észlelt beteget.

Az eset a helybeli iparviszonyok közt ritkán észlelhető. A beteg 47 éves gázgyári munkás, a kinek lüese sohasem volt. Erős fej- és gyomorfájásról panaszkodik. Székszorulásban szenved.

Márczius hó 5-dikén rajta a következő jelenségek mutatkoztak: A mint mondja, kezét nem bírja, erős fejfájása van, gyomorgörcs és székrekedés bántja. Karja hűdött, főkép alkarjának feszítő izmai hűdöttek, feltűnő az izmok egy részének hűdése által feltételezett jellegző kéztartás. Étvágytalan s nagyon erőtlén, caeectikus beteg benyomását teszi. A hasa behűdött, feszes. Az első székürülés után a hasában érezhető fájdalom enyhült. Az izületek fájdalommal voltak. Főkép a jobb hüvely- és mutatóujj feszítő izmai voltak hűdöttek. Foghúsának palaszürke szegélye volt. Ezek megerősítették a kórismét, a melynek megállapításánál az is figyelembe veendő volt, hogy a gázgyárnál 13 éven át dolgozik mint installateur, gázcsőlerakó s ezért sokat kell ólomtartalmú miniummal dolgoznia. Villamosítás, kénészvízű fürdőnek (Felix-fürdő hévízének) használata s némi belsőleg adagolt gyógyszerre annyira javult, hogy tovább dolgozhatik.

3. **Berkovits Miklós** az auscultatiós (transsonatiós) percussionál használt eszközt mutatja be és írja le, megmagyarázván annak használati módját. Ez lényegében egy stethoscop, a melynek fülhöz illesztendő vége ketté ágazva, egy-egy hosszabb gummicsőben végződik. E két gummicső végén egy-egy oliva s ezen rövid darabka gummicső van, a mely a hallgatónak fülebe dugandó.

Bemutatja egyszerűsége miatt mintegy 7 cm. hosszú reczés pálcikát, a melynek dörzsölése által a vizsgálandó szervtől különböző távolságban előidézett hang támad.

Ily vizsgálat céljaira a Bianchi-féle phonendoscop is használható, bár ennek használatánál a mellékzörejek zavarólag hatnak. Ez eszközökkel az egyes szervek határai (szív, máj, stb.) igen jól megállapíthatók, sőt exsudatumok is s a gyomor és belek, a gyomor nagy és kis görbülete a legpontosabban.

Ily eszköz tehát főkép a szervek topographikus vizsgálatánál használható. Nálunk e vizsgálati módot először Korányi Sándor tanár tanulmányozta s közleményével ő hívta fel reá a figyelmet.

4. **Konrád Márk a)** Kettős (vesico-cervicalis és vesico-vaginalis) sipolylyal bíró műtét és a műtét óta szült nőt mutat be.

A 30 éves napszámosnő 1900. telén jött először a bábaképezdébe. Ekkor 5-dik szülése után volt. Két élő, három halott gyermeket szült. Orvos egy szülésnél sem volt jelen. Utolsó szülése négy napig tartott, de a baba azért nem engedte, hogy orvost hívasson. Ekkor észrevette, hogy vizelete folyton csurog.

Kettős sipolylyalást lehetett kórismézni. A conjugata vera 8 1/2 cm. volt.

Egyik sipolyt azonnal, a másikat 1901. nyarán operálta. A műtétnek teljes eredménye volt, a beteg a folytonos vizeletsurgás által okozott szenvedésektől megszabadult.

1902. márczius hó közepén jött be újra, szülőfájdalmakkal, kiviselt magzattal. A szűk medence daczára spontán szült. A sipolyvarrat nem vált szét. A gyermek hossza 51 cm., sulya 3025 gm. A nő a bemutatás napján tizennégy napos gyermekágyas. Vizelete rendes.

Elbocsátáskor vették észre, hogy a két év előtti műtét óta, egy drótvarrat bennmaradt, azt eltávolították.

b) Műtét útján eltávolított ovarialis cysta kórboneztani készítményét mutatja be.

A beteg 33 éves, napszámosnő, OP. Havibaja ezelőtt is rendes volt, ma is az. A bábaképezde márczius 1-jén vétetett fel s várta lebetegedését. Vizsgálatkor kitűnt, hogy nem terhes, hanem daganat van a hasában. Hasának nagybodását 1900. deczembere óta veszi észre, azóta egyenletesen, feltűnően nő.

A has mindenütt feszes, felette tompa kopogtatási hangot nyerünk s nagy hullámú fluctuatio érezhető. Benne resistentia nem tapintható. Oldalt fektetésnél a tompa kopogtatási hang megmarad.

A hüvely szűk, a portio közepén tömött, kemény. A méh kitapintható, a hátsó hüvelyboltozat nines ledomborítva. A diagnosis: cystoma ovarii.

A műtétet márczius 22-dikén narcosisban végezte. A hasmetszés a középvonalban történt, a mely után a cysta fala elől szabad volt és rajta troiquart-ral csapolást végeztek. A kibocsátott bennék barna, mucinosus tömeg volt. A tömlő falához kétoldalt a cseplesz oda volt növe.

A dag az uterus bal oldalából indul ki nyolcz centimeter széles kocsánnyal, a melyen a kivongált tuba látható. A kocsányt lekötötték és elmetstették. A tömlő emberfejnyi volt. A hasvarrat három étage-ban végeztek. Az egész műtét 25 percig tartott, utána a lefolyás zavartalan volt.

5. Baróthy Ákos Nagyvárad 1902. márczius havi közegészségi viszonyait ismerteti.

Az ismertetés figyelemreméltó adatai:

Elve született 125 gyermek (29 törvénytelen); a születési arányszám 29.40/00.

Meghalt 114 egyén, a halálzási arányszám 26.90/00, csak a helybelieket számítva 20.00/00

Halva született 4 fiúgyermek.

Elhalt 0—1 éves korig 31 gyermek (3 törvénytelen), 1—5 éves korig 12 (3 törvénytelen).

Vörheny-megbetegedés volt 12 esetben 3 halálzással, ronesol toroklob 4 esetben 1 halálzással, typhus 2 esetben 2 halálzással.

1902. május havi szakülés.

1. Konrád Márk a) egy asszonyt mutat be, a kinél ovariotomiát végeztek.

A gyógyulás után fenmaradt heg erős, vonalas. Tekintve, hogy az asszonyt hat hét előtt operálta, állapota igen kielégítőnek mondható. Valószínűleg nem is lesz kitágulás. Különben is haskötőt hord, hogy ettől megóvja.

b) Kiirtott myoma kórboneztani készítményét mutatja be.

Az operált asszony 45 éves, 28 éve férjnél, nem szült, havi vérzése mindig rendes. Hét év óta fájdalmat érez hasában, sőt abban egy ízben két hónapig tartó, lázzal járó lobosodása volt. Két év óta keménységet érez hasában s az néhány hó óta feltűnően nő s többféle panaszra ad okot. Főleg növekvő idegessége és kedélyének lehangoltsága indítják arra, hogy a műtétnek alávesse magát.

A hasfal igen hájdós. A tüdők épek, szívesúcs felett systolikus zöreje. A hasfalban baloldalt emberfejnyi, tömött képlet tapintható. A hüvely szűk, a méhnyak vaskos, tömött, jobbfelé az uterusba folytatódik, a mely mellett a jobb petefészek tapintható. Baloldalt a méhtől egy nagy és egy kisebb tömött daganat tapintható; mindkettő elég szabadon mozgatható s a medence felé kiemelhető.

Kórisme: Myoma subserosum.

A műtétet márczius hó 29-dikén chloroform-narcosisban végezték.

A hasmetszés a középvonalban történt s ekkor az átmetszett zsirrétég 10 cm. vastagnak mutatkozott.

A nagy daganat subserosus myoma-gócnak bizonyul, a melynek a kocsánya mintegy 6 cm.-nyi. A kocsányt lekötötték, elmetstették s peritonealis borítékkal varrták el. A gócz gyermekfejnyi. A peritoneumot s a fasciát külön-külön selyemvarrattal, a hasfalat újezüst-sodronnyal varrták. A sebvonalat xeroformmal hintették be, feléje sparadrap-csíkok és a kötés jöttek.

2. Révész Vilmos cardialis asthmában elhalt betegétől származó kórboneztani készítményeket mutat be.

Az 1900. évi november hó 19-dikén felvett 50 éves beteg asszony felvételekor azt a benyomást tette, mintha panasztól nehéz légzésének oka a gégében volna, esetleg valamely akadály, laryngostenosis. A légzőszomj nagyfokú volt, a belégzés hosszú, zajos. Érlökés gyenge, könnyen elnyomható, percenként 112, a szívhangok tiszták. A pharinx szabad, a tüdőben kevés szörtyözrej.

A következő napon elhalt.

Bonczolat: büralatti zsirszövet mintegy 3 cm.-nyi, larynx, trachea és epiglottis nyákhártyája duzzadt, a mi később szintén vérkeringési zavar eredményének bizonyult. A nehéz légzés miatt már tracheotomiára gondoltak, de erre, mint kiderült, ok nem volt. A sziv egész zsirba volt burkolva, a balsziv fala megvastagodott, szivizomzat zsirosan el-fajult. A billentyűk csücskén kisfokú keményedés. Az aortában és carotisban lencsényi egész krajezárnyi területeken arteriosclerotikus megvastagodások. Oedema pulmonum, splenitis chronica, ránczos léptok, metszfelületén fehér kötőszövetesíkok. Degeneratio adiposa hepatis.

Mindkét vese kisebb, nagy zsirtömegbe ágyazott. A vesetok könnyen levonható. A metszfelületen alig 2 mm.-nyi kéreg, a pyramisok is vesztettek terjedelmükből és rajzolatuk elmosódott. A vesekelyhek valamivel tágabbak. A két vese erősen zsugorodott, szokatlanul kicsiny

(interstialis veselob), arteriosclerotikus vesék, a melyeknek kérgéből alig maradt.

Az uterus a szomszédos belekhez s a hólyaghoz erősen odanőtt, tömött, belfelületén egyenetlen üregében mézlerakódás. A hólyag ép.

3. Mayer László: „A szt. László-kórház (járványkórház) betegforgalma 1901-ben“. A kórházban ez évben 78 beteget ápoltak, kilenczvennel kevesebbet, mint 1900-ban, a minek oka a vörhenybetegek számának apadása volt, t. i. míg 1900-ban 93, ez évben csak 21 vörhenybeteg volt.

Diphtheritis-beteg 39 volt (1900-ban 25), kanyarós 13 (1900-ban 49), bárányhimlős 2, hőkhurutos 1, fültömírgyollobban szenvedő 2.

A 21 vörhenybeteg közül elhalt 2 (9%), a vörheny megbetegedések általában enyhébbek voltak. Scarletdiphtheria 7, mirigybeszűremkedés 8, tályogképződés 1, veselob 4 (19%) esetben fordult elő, otitis suppurativa egyszer sem. Kanyaróban, illetőleg tüdőlobban egy beteg halt el, a 39 diphtheriás közül 11 (28.2%).

Tiszta gégediphtheria volt 15 (6 halálzással), torokdiphtheria 10 esetben fordult elő halálzással nélkül, torok- és gégediphtheria 12 esettel szerepelt, ebből 5 halálzással. Orr- és torokdiphtheria egy esetben fordult elő.

Tracheotomiát egy esetben végeztek előrement intubatio után. A beteg a műtét után még 48 óráig élt. Már a műtétnél igen búzós, rothadt nyálkás-genyes váladék ürült, a mely a diphtheria septikus jellegére mutatott. A halál tüdőlob és sepsis okozta szivgyengeség miatt következett be.

Ezenkívül még két beteget intubáltak, mindhárom 12—24 óráig jól tűrte a tubust, de a mint a tüdőkben és hörgőkben hurut lépett fel, a tubus a váladéktól bedugult s a beteg kiköhögte. A reintubatio már nem sikerült.

A diphtheriánál a gyógybeavatkozás csakis a serumbefecskendezésekre szorítkozott. Súlyosabb esetekben a torokfecskendezés mellett a Löffler-féle oldattal való ecsetelést is végezték.

Croupnál gőzölést alkalmaztak és ipecacuanhat adtak pilocarpinnal. Serummal beoltottak 39 beteget 73-szor. 132,500 egység serumot fecskendeztek be, tehát egy betegre átlag 3397 egység jutott. Könnyebb esetekben 1000—1500, nehezebbekben 2000—3000 egységet adtak. Számos betegnél az adagot 24 órán belül megismételték.

A croupos betegek közül a behozatal után néhány órával elhalt 3, az első 24 óra alatt 5, 48 óra alatt 2, a negyedik napon 1 (ez lett intubálva s tracheotomizálva).

Az összes betegek közül elhalt tehát 14 (17%).

Házi infectio nem volt. Egy diphtheritissel felvett beteg baja később vörhenynek bizonyult (hámlás időszakban), de a vele együtt levő két diphtheriás beteg, bár az együttlét három napon át tartott, nem inficiálódott.

4. Edelman Menyhért „Lysolmérgezés esete“ ezimel tart előadást.

A beteg két éves gyenge scrophulotikus gyermek, a kinek jobb czombesontján scrophulotikus eredetű cariese volt. A jobb czomb alsó harmada, de a térd is, dagadt volt. Közel a térdhez, a belfelületen, vörös, felmart, lobos bőr közepette szabálytalan szélű nyílás, a melyből geny ürült. A nyíláson át a sonda a csontig hatolt s ott a vizsgáló érdességet érzett. A csont bántalma volt állandó forrása a genyedésnek.

Hogy a beteg bajától szabadulhasson, előadó műtétet ajánlott, de mert a gyermek atya ebbe beleegyezni legalább egyelőre nem volt hajlandó, a betegnek belsőleg syrupus ferri joditit rendelt, külső használatra meg lysolt a seb és környékének lemosására s bőrkenőcsöt.

Tekintettel az apa szegénységére, a lysolt töményen írta fel 30 gm.-nyi mennyiségben, elmagyarázva, hogy belőle a sebtisztogatáshoz használt vízhez csak cseppenként adjon annyit, míg a víz fehéres, zavaros lesz. Óvatosságból az üveg jelzőlapjára ezt íratta: „sebmóshoz“. A syrupból meg naponta 3 kávéskanálnyinak vételét rendelte.

Az atya a magyarázatot megértette s aznap (1902. április hó 13-dikán) a szereket helyesen alkalmazta. Másnap távozván, távollétében a gyermek anyja ápolta a gyermeket és a syrupus ferri joditit helyett az említett jelzéssel ellátott lysolból adott egy kávéskanálnyit a gyermeknek.

Ez 14-dikén történt. Egy óra tájban az anyja rémülten vette észre, hogy a gyermek rosszul van, rosszat sejtve és tévedését felismerve, ijedten kapta fel gyermekét és lélekszakadva, nagy sietve hozta el előadó lakására, nagy távoli lakhelyéről.

Elmondá, hogy a lysol bevétele után a gyermek sirt, égető fájdalomról panaszkodott szájában, gyomrában, hányási ingere támadt s perczről perczre rosszabbul lett.

A gyermek felette sápadt volt, főkép arca, homlokát verejték fedte, ajka cyanotikus volt, eszméletlenül, kábultan fekiútt anyja ölében, hörgött, olykor nyögött. Szívverése gyenge volt, szapora, pupillái renyhén reagáltak, cornealis reflex alig volt kiváltható, végtagjai igen hűvösek voltak. Közben hányni kezdett s kevés ételpéppel kevert erősen lysolszagú nyákat hányt.

Előadó minden egyebet mellőzve, azonnal a gyomor kiürítéséhez fogott. Már a sonda bevezetése is hányásra ingerelte a gyermeket s a bennlevő sonda mellett hányadék ürült.

A kiürítés után a gyomor kiöblítéséhez, mosáshoz fogott s ezt langyos vízzel eszközölte hosszan, negyedórakig. Ismételen bebocsátott vizet s azután kifolyatta, mindaddig, míg a kibocsátott folyadék lysolszagát elvesztette. Ez felette sokáig tartott, de meg volt a szemellátható eredménye, mert a gyermek perczről perczre jobban lett, mindinkább visszatért az eszmélete, sirni kezdett, körülnézett s minden remény meg volt arra nézve, hogy a veszélyen túl van.

Előadótól távozva az anya azt a tanácsot kapta, hogy a gyermeknek ismételt fekete kávéát adjon s nyomban hazaérkezése után csörét adasson s azt este ismételtesse, hogy a bélbe jutott lysol is ártalmatlanná tétessék.

A másnap délelőtt meglátogatott beteg teljesen rendben volt.

Előadó a mennyire a rendelkezésére álló irodalom engedte, át-tanulmányozta a lysolmérgezősek irodalmát s ebből az derült ki, hogy a lysol kiterjedt használat mellett a mérgezősek nem gyakoriak, a leirt esetek bizonyára nem.

Legutóbb Assfalg és Burgl közleményükben mindössze 18 esetről tesznek említést — szerintök ennyit lehetett az irodalomból kiböngészni —, a melyekből 9 eset halálos volt. 13 esetben a lysolt bevették, 5 esetben külsőleg való használatnál okozott mérgezést. Az esetek, a melyeket nekik volt alkalmuk megfigyelni, végzetes kimenetelűek voltak; gyermekek vigyázatlanságból tömény lysolt ittak s az ellenszerelés dacára elhaltak.

Graetzer „Sechs Jahre Casuistik“ című művében is hat esetről tesz említést. Az elsőt 1893-ban Drews dr. észlelte. Egy négy éves gyermek éhgyomorra 25 gramm lysolt ivott, másfél órával később már a mérgezés tünetei mutatkoztak: sápadt bőr, cyanosis, hányás, has- és fejfájás, gyenge érverés, felületlen, néha kihagyó légzés, a kilehelt levegő lysolszagú. A gyomormosás javulást hozott.

A második eset Friedberg dr. esete volt (1894). Egy éves gyermek 10 gramm lysolt ivott s két és fél óra után már somnolentia lépett fel, az ajkak cyanotikusak voltak, a légzés sóhajtozó, nyögő, a pulsus gyenge. Az ajkon, állon marás jelei, az alsó ajk nyákhártyája kékes-szürke, az uvula, hátsó garatfal vörös. Gyomormosáskor lysolszagú folyadék ürült. Belsőleg magnesia rázókeverékét adták. 5 óra után javulás.

Wilms dr. esetében egy férfi tévedésből egy egész korty lysolt ivott s egy fél óra múlva már eszméletlen volt, mely comában, bőre cyanotikus s hideg verejték fedte. Erverése nem érezhető, szivverése lassított, légzése is. Ismételt gyomormosás után, két órával később már az érverés érezhető, légzése szabályosabb, kinézése javult. Öt óra múlva visszanyerte eszméletét.

A negyedik Langfeldt dr. esete. Egy 16 éves fiú operatio után egy évőkanál malagabor helyett egy évőkanál lysolt kapott, a mely az előbbihez hasonló színre nézve. Néhány perc után eszméletlen lett, légzése lassú (percenként 10), érverése is, percenként 50. Izomzata petyhüdt, szeméi csukvák s a szemgolyói felfelé fordítottak, pupillája szűk, alsó álla lazán lecsüng, teste érzéketlen. Nyolcz perc után gyomormosást végeztek s két liter folyadék beöntése után a kiömlő víz tiszta volt. A beteg jobban lett.

Reich dr. esetében egy 23 éves szolga scabies ellen tévedésből — mert e czélra creolint rendeltek — lysollal dörzsölte be testét, nyakát, mellét és hátát. Előbb fájdalom jelentkezett, azután eszméletlenség s általános görcsök. A bekent helyeknek meleg vízzel való lemosása után 3/4 órával a fájdalom megszűnt s az eszmélet visszatért. Két nap után a vizeletben fehérje mutatkozott. A beteg összesen 20 gr. lysolt használt külsőleg.

Végül Kaempfer dr. két munkásról tesz említést, a kiknek egyike sebesült ujját 1% os lysollal borogatta s erős bőrlobot kapott, a másik sérült részét szintén lysollal borogatta, lázt s bőrgéset kapott.

Előadó esetéből s a felsorolt irodalmi adatokból látható, hogy a lysol, a mely kresolok keveréke, nemcsak belsőleg véve s a test üregeibe (hólyag, uterus) jutva mérgező, hanem egyes esetekben külső használatnál is.

Használatát mérgezés esetében collapsus, dyspnoé, részszégszerű delirium követi, belső használatnál még localis lobosodás, néha veselob is.

A fellépett mérgezésnél gyomormosás, hánytató adandó s már ezt megelőzőleg ezetes folyadék a lysolban levő szabad alkali közömbösítésére, azután bélmosás, mert még két nap után is felszívódhatik a belből.

Ezeket kívül víz, limonad, cukros víz, kávé, ha az eszméletlenség tartós, izgatók.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

10,384/902. szám.

Mihályi székelylyel 8 községből csoportosított s lemondás folytán megüresedett **mihályi körorvosi állásra**, melynek javadalmát 600 korona fizetés, termézetbeni fuvar, továbbá a Mihályiban 1891. évi márczius 16-dikán felvett jegyzőkönyvben megállapított látogatási, valamint Mihályi községben a halott-kémlési díjak képezik, ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom tehát azon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ának megfelelőleg felszerelt kérvényüket f. évi október hó 8-dik napjáig alulírott hivatalba annál inkább benyújtsák, mert a későbbben érkező folyamodványokat figyelembe nem veszem.

A választást folyó évi október hó 9-dikén d. e. 9 órakor fogom Mihályiban a róm kath. iskolában megtartani.

Kapuvár, 1902. évi szeptember hó 1-jén.

Főszolgabíró szabadságon:

Czifrák József, szolgabíró.

2-2

681/1902. főisp. szám.

A Trencsén vármegyei közpörháznál megüresedett segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az állással járó javadalmazás (1200 korona) egyezerkétszáz korona évi fizetés, egy butorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás, ételmezés.

Ezen álláson — mely 1902. évi november hó 1-jén feltétlenül elfogalendő — két évig, esetleg külön kieszközlendő engedély mellett három évig maradhat az illető.

Pályázni kívánók felhivatnak, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt minősítésüket, eddigi alkalmaztatásukat és erkölcsi magaviseletüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati folyamodványaikat az alulírotthoz f. évi október hó 15-dikéig nyujtsák be.

Trencsén, 1902. évi szeptember hó 16-dikán,

Trencsén vármegye főispánja:
Osztróuczky Géza s. k.

2-2

A szegzárdi Ferencz-közpörházból egy alorvosi állás megüresedvén, felhivatnak az erre pályázni óhajtók, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat folyó évi október hó 15-dikéig nagyméltóságú gróf Széchenyi Sándor v. b. t. tanácsos úr, mint Tolna vármegye főispánjához ezímezve, alulírott körház igazgatóságánál nyujtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1000 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a körházban, fűtés és világítással. A kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvos-tudorok pályázhatnak.

Szegzárd, 1902. évi szeptember hóban.

Tandrký István dr., igazgató-főorvos.

2-2

4435/902. ki. szám.

A Heves vármegyei XVI-dik közegészségügyi körben elhalálozás folytán üresedésbe jött **körorvosi állás** nak választás útján leendő betöltésére ezenel pályázat nyitattik.

A választásra határidőül 1902. évi október hó 28-dik napjának délelőtti 10 órája Pétervására községéhez mint a körorvos székhelyére azon felhívással tüzetik ki, miszerint a pályázni kívánók kellően felszerelt kérvényeiket alulírott főszolgabíróhoz folyó évi október hó 26-dikéig nyujtsák be. Pályázók a választáson személyesen kötelesek megjelenni.

A körorvos javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, 200 korona lakbér, 400 korona úti átalány és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak. A körorvos tartozik 15 községből álló kerületét kéthetenként beutazni azon s alkalommal a községhezánál jelentkező betegeknek díj nélkül rendelni.

Pétervására, 1902. évi szeptember hó 30-dikán.

Drinnyey Béla, főszolgabíró.

Egyéb üresedésben levő állás.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
okt. 10.	körorvos	Vémend	800 k.	Jeszenszky Gy. főszb., Pécsvárad
10.	körorvos	Város-Szalónak	400 k. és 400 k. fuvar.	Szabó Elek főszolgab., Felső-Eőr
14.	körorvos	Nagy-Zsám	1200 k., 200 k. lakb., 200 k. hússzemle	Csapó Géza főszolgab., Versecz
15.	g. fő.	Nagymihályi közpörház	1000 k. és lakás	Gr. Hadik Béla főisp., S.-A.-Ujhely
15.	körorvos	Túrócneezpál	1800 k.	Ujhelyi főszb., Túróc-Szent-Márton
30.	körorvos	Etéd	1000 k., 200 k. úti át. és lakás	Pálffy J. főszolgabíró, Székely-Keresztúr

HIRDETÉSEK.

Előpatak furdóról visszaérkezve, massage-gyakorlatomat a körüti furdó högyógyító osztályán folytatom. Soványító kúrák. Utókezelés baleseteknél. Forrólégkezelés, massage a betegek lakásán is.

Dr. Kelen József.

Vegyí, görösövézeti és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUM
1900. május 1-től VI., **Andrássy-út 50 (Oktogon-tér).**

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

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

Tinctura Ferri Athenstaedt

(Ferrum. oxydat. sacch. verum.)

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

Legkellemesebb ízű, igen könnyen emészthető, a fogakra teljesen ártalmatlan, 0.2% vastartalmú készítmény. Tartalmazza a vasat az e. öször Athenstaedt által készített, tiszta, könnyen oldható, alkalmentes vas-sacharat alakjában.

Próbaküldeményekkel és prospektusokkal, a legelső orvosi tekin-télyek ajánlataival, u. m. Dr. R. Fresenius, wiesbadeni egyetemi tanár és udvari tanácsos vegyi vizsgálatával i n g y e n szívesen szolgál a főraktár:

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

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÖRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

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, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Jendrassik Ernő: A budapesti k. m. tud.-egyetemen az idegbajosok klinikájának megnyitó előadása. 656. lap.
- Balás Dezső: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából. A nyelv jóindulatú daganatai. 658. lap.
- Sellei József: Közlemény a „Teleia“ nyilvános rendelő intézetéből. Kísérleti adatok a jodalkáliák és jodipin hatásához syphilitisnél. 659. lap.
- Tóvölgyi Elemér: A jodmérgezésről egy érdekes eset kapcsán. 661. lap.
- Tárca. T. F.: A Bókai-szobor leleplezése. 662. lap. — Győry Tibor: Semmelweis vagy Holmes? 663. lap. — Bókay Árpád: B. J. Stokvis. 664. lap.
- Közegészségügy. Az emberi testből származó váladékok és anyagok postai szállítása tárgyában rendelet. 664. lap.
- Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Dalmady Zoltán: A cytotoxinok. 664. lap. — Könyvismertetés. Robert Tüply eques: Anatomia Ricardi Anglici. (Győry.)

— Hildebrand: Tuberculose und Scrophulose. (P. J.) — Lapszemle. Fülgyógyászat. Felix: Tömkeleg-megbetegedés 10 esete. (Klug Nándor.) — Ostmann: A figyelésnél, hallgatódzásnál (Lauschen) beálló arcizomzat elváltozás. (Klug Nándor.) — Veneceás bántalmak. — Leredde: Súlyos syphilitis-esetek radikális kezelése. (Guszmán.) — Kisebbségi közlemények az orvosi gyakorlatra. Kassel: Unguentum Credé használata a fülgyógyászatban. — Levy: Oltási erythema. — Folyóiratok átnézete. 666—667. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A II. országos elmeorvos értekezlet munkarendje. — Kuthy Dezső. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — Szabóky János. — Hajós Rezső. — Megjelent. — Elhunyt. — Pályázatok. — Hirdetések. — 667. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. A budapesti kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — Bihar megyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti k. m. tud.-egyetemen az idegbajosok klinikájának megnyitó előadása.

(1902 szeptember 18.)

Irta és előadta: Jendrassik Ernő dr. egyet. tanár.

Tisztelt Uraim! Midőn ma, ezen első előadásommal e teremben újonnan létesített klinikámat rendeltetésébe beiktatom: különféle érzelmek hatása alatt állok. Ezen klinika megnyitása búcsút mondhat velem az egyetemi II. számú belklinikának, a melynek mint gyakornok, tanársegéd, magántanár, rendkívüli tanár szakadatlanul 22 éven át állottam szolgálatában s ezen hosszú időből 13 éven keresztül élveztem a belklinika jelenlegi nagyrészt, mindnyájunk tiszteletében élő igazgatójának: Kétly Károly tudós tanártársamnak, egyetemünk hírneves rektorának határtalan vendégszeretetét. Ezen búcsúzásban csak az a remény vigasztal, hogy eddig tapasztalt szíves barátságát ezentúl sem fogja tőlem megvonni; de külön ki kell emelnem, mint a tanári erények legdiszesebbjét, azt a liberalitást, a melylyel klinikáján, a hely korlátolt volta dacára, a tudományos munkásság kifejtésére teljesen szabad tért engedett, a miért részemről el nem muló hálaomat ezen alkalommal ünnepélyesen is tolmácsolom.

Új klinikám létesülteért is sokaknak vanok lekötöztetve. Hálával kell megemlékezni első sorban tanári karunkról, a mely pártolólág terjesztette fel kérelmemet és dr. Wlassics Gyula közoktatásügyi miniszter ő nagyméltóságáról, a ki Tóth Lajos miniszteri osztálytanácsos, egyetemünk nagy tudású gondozó szelleme javaslatára ezen újabb költséges beruházást engedélyezte. Az ő elévülhetetlen érdemük, hogy hazánk — népünk szegénysége dacára — a tudományos törekvések ápolásában Tréfort és Markusovszky örökét méltó módon folytatta s valóban nagy művet

létesített, gazdagon megadva az alkalmat a tanulónak, hogy tanuljon, a tudósnak, hogy kutasson épp oly terjedelemben, a mint azt a külföldön csakis a műveltség legelőkelőbb metropolisáiban találjuk.

Köszönettel tartozom még az egyetemi gazdasági hivatalnak, Deáky Sándor, annak érdemdús igazgatója, továbbá Rupp kir. főmérnök és Rozinay István műszaki felügyelő mérnök urak a legnagyobb buzgalommal, szaktanácsos és tettel voltak segítségemre s valóban aránylag rövid idő alatt, jóformán házilag sikerült ezen, hajdan palotának épült házat szerény, de elég jól berendezett klinikává átvarázsolni. Engedjék meg, hogy röviden felsoroljam, mi mindennel birunk: négy kórterem 34 ágygyal, ezen tanterem, megfelelő helyiségekkel a bejáró betegek számára, azok villamos kezelésére és hidegvizkúrúra is berendezve, továbbá hat szűkös, de jól felszerelt szobából álló laboratorium és egy fotográfáló műterem: ez a mi világunk. A kezdet nehézségein kell még átessnünk, de azután reméljük, hogy ezen klinika is meg fogja állani a helyét.

A mint tudják Uraim, első sorban az idegbajok ellátása ezen klinika feladata, e mellett azonban, mivelhogy a belorvostan tanára is vagyok, ezen szakból hirdetett előadásaimat is itt fogom folytatni. Már ezen körülmény is megköveteli, hogy ne csak kizárólagosan idegbajokkal foglalkozzunk, hanem hogy az idegkór-tant a belorvostan tágabb keretében műveljük.

A tudományos anyag felhalmozása okozta, hogy a belorvostan terén egyes specialis szakok keletkeztek és kétségtelenül az ilyen kisebb térre szorítókozó beható tanulmányozásnak értékes eredményeket köszönünk, mindazonáltal itt az ideje, s ezen specialis klinika megnyitása épen jó alkalom erre, hogy a túlságos specializálás ellen szóljunk.

A belorvostan nem az a tudomány ma, a mi volt régen: tisztán a gyakorlatot, a tudományos kritika nélkül való empiria alakjában szem előtt tartó szaktárgy, a mely megelégedett az

anatomia, a pathologia elemi fogalmaival, s maga nem alkalmazta a tudományos módszereket. Lassanként nyilvánvalóvá lett, hogy a betegségek természetének felismerése és a gyógyítás szempontjából is fontos az anatomia, az élettan, a kórtan alapos ismerete, sőt hogy elkerülhetetlenül szükséges ezen tudományok módszereit és gondolkozásmódját is belevonni munkakörünkbe. Két oldalról is hasznos volt ez: első sorban a betegségek megértése, tehát azok felismerése, a kórlefolyás megbecsülése, a gyógyító eljárások megválasztása vált észszerűbbé és könnyebbé, másodsorban pedig ama, addig jóformán csak elméletileg művelt tudomány-ágak előtt nyílt meg az új adatoknak megbecsülhetetlen forrása és új kérdések megfajtására az impulzusok gazdag sorozata. Sajnos, a mi theoretikai kollegáink egy része még nem vette eléggé észre ezen nagy átalakulást, a mely a jövőben kétségtelenül még nagyobb fontosságúvá fog válni. Ezen átváltozásnak a kulcsa könnyen megtalálható: míg az élettani és kórtani kutatás mai berendezésében az állatanyagon dolgozik, addig a klinikán alkalom nyílik arra — természetesen a betegek érdekében a leggonoszabb megóvása mellett —, hogy az előbb megállapított tételeket az emberi szervezeten is bírálat tárgyává tegyük, sőt hogy újabb irányokat is keressünk. S e tekintetben máris elmondhatjuk, hogy nincs a belső szervek élet- és kórtanának olyan fejezete, a mely a klinikai kutatás révén nagy eredményeket ne mutathatna fel, sőt ezen tudományoknak nem egy fejezetében teljes átalakulás ment végbe ezen az úton; de éppen az idegkórtan az, a mely a legtágabb mértékben hivatott ezen munkásságra. Nem kell neveket említenem, hogy bizonyítsam e téren állításomat. Igaz, hogy ezen törekvéseket egyesek, klinikai és theoretikai bűvárok egyaránt félreértették: az előbbieket gyakran oly munkálatokba fogták, a melyek tisztán a theoretikai szakok művelőire tartoznak, mert azokhoz hiányzik nekünk gyakran a kellő előképzettségünk és, ha a helyes mederben maradunk, az időnk is, mert a klinikai észlelés mindennapi feladataival nagyon sok időbe kerül, az utóbbiak ellenben gyakran kicsinybe vették a klinikai gyakorlati képzettséget. Ezzel szemben állítanom kell, hogy a klinika képviselőjének első sorban teljes gyakorlati jártassággal kell bírnia, s ezt csak úgy lehet megszerezni, ha az ember a klinikai szolgálaton kezdettől fogva évtizedeket töltött.

Az összes klinikai tárgyak között külön hangsúlyoznom kell a belklinikai tudományok fontosságát; ezen hangsúlyozásnak némileg szükségét érzem, tekintve azon bámulatunkat méltán kiérdemlő haladást, a melyet a gyógyítást technikai műveletek segítségével üző egyéb klinikai szakok éppen napjainkban már elértek, s a mely gyakorlati eredménytől sajnos, mi nagyon elmaradtunk. De azt hiszem, minden, bármely klinikán foglalkozó elismeri, hogy a belklinika a többiek alapja, ez az a forum, a hol a pathologiai gondolkodást az emberi szervezetre alkalmazni megtanuljuk s az ilyen gondolkodás a vezéresillag a gyakorlati működés minden terén.

A pathologiai gondolkodás a mi tudományunk philosophiája. Csakis általános tekintetek, tág szemhatár védi meg gondolkodásunkat a hibás utakra tévedéstől, a minek a veszedelme már azért is igen nagy, mert a biológiában az objectiv gondolkodás útján megmaradni még nehezebb, mint a természettudományok többi ágában, már pedig egy pillantás ezekre eléggé meggyőzhet mindenkit arról, mily nagy mértékben uralkodik a subjectivitás az objectivitás köntösébe burkolva még ezen tudományágakban is, a hol a kísérletes vizsgálat aránylag legtökéletesebb alakjában lehetséges. Engedjék meg, hogy két példával bizonyítsam állításom igazságát; az egyik a mi tanulmányaink körébe némileg bele tartozó, az a tudományos mezbe burkolt tévelygés, a mely néhány éve a társadalomnak kiterjedt köreit izgatta: a spiritizmus képtelensége, s íme ezen, a naivitásnak legelső fokán maradt tévelygésen néhány kiváló hírnévre jutott természetbűvár különben fegyelmzett logikája is hajótörést szenvedett; a másik kevésbé izgató, de még tudományosabb jelmezbe öltöztetett példa: a természettannak a világ-éterről szóló hasonló képtelensége, a melyről matematikai formulákban feldolgozva könyveket írnak. Ezek és annyi sok más, kisebb-nagyobb tévedés az emberi ész szervezetében találja magyarázatát, hisz minden, a mi érzékeink útján öntudatunkba kerül, a teljes objectivitás látszatával bír s nagyon nehezünkre esik ezen látszólagos objectivitást felelőre

a természettudományi felfogásnak látszólagosan tapasztalatunkkal ellentétes igazságaival. Gyermekkorában kinek nem esett nehezebbé elhinni, hogy földünk gömbölyű és hogy forog, s még nincs 300 éve, hogy ezen felfogásért *Galileit* a hóhér kezébe adták az emberek.

Szokás a tudományok történetében, s legnagyobb mértékben a mienkben, csak a jó, az igaznak bizonyult felfedezéseket és ezek szerzőit ismertetni, talán azon az alapon, hogy *de mortuis nihil nisi bene*, pedig talán tanulságosabb volna, ha nem is tisztán a tévedéseket, de a bizonyos időszakokban divott általános gondolkodást fejtegetnék. Igaz, hogy az ilyen történelem inkább nyomasztólag hatna az olvasóra, a tévedések végtelen sorozatában csak ritkán fakadt egy-egy állandóan elfogadott igazság: mindazonáltal mégis biztatással tölthet el, ha látjuk azt a kétségtelen haladást, a mely leginkább éppen közvetlen elődeink korszakát és a mienket jellemzi; jóllehet kétségtelen, hogy nagy részét annak, a mit ma objectiv igaznak vélünk, utódaink subjectiv tévedésnek fogják kijelenteni. Hiszen minden, a mit mi a külvilágról észreveszünk, érzékeink útján kerül öntudatunkba, s érzékeink valóságos varázslók: az energia különféle nyilvánulásait szemünk fénynek, színnek, fülünk hangnak, bőrünk melegnek stb. fogja fel; az atomok lengéseit, a molekulák egymásra ható inductioit ilyen módon a poézis átalakulásában érezzük meg. Lehet-e csodálni, hogy a midőn érzékeink folyton egy transformált, művésziesen átvarázsolt tündérvilágban tartanak: hogy akkor gondolkodásunk is könnyen csalódik, hogy könnyen feleseréli az objectivitást a subjectivitással?

És még egy körülmény tegyen óvatossá. Hasonlítsák össze *Hippokrates* orvosi tudományát egy mai orvostanhallgatóéval, mérjék össze *James Watt* lángeszét egy kezdő gépészmérnökével, *Sömmering* orvos szellemes ötletét egy ma végzett telegraphistáéval, s azt fogják látni, hogy az önök kollegájának, a gépészmérnöknek, a telegraphistának sokkalta alaposabb és több ismerete van, mint ezen és sok más nagy elmének volt. És miért bámuljuk mégis azok szellemi képességeit ezekével szemben? Mert ezen elmékben új gondolatok támadtak, mert azok felismertek valamiket azon igazságokból, a melyek alapján tovább haladhattunk az ismeretgyűjtésben, és mert — s ez a fő — az az orvostanhallgató, az a gépészmérnök, az a telegraphista valószínűleg jó szakember lesz, de soha sem fog valami újat felismerni. Az egyszer megoldott rejtvény világosan s értelmesen fekszik előttünk, bár mi magunk megoldani sohasem tudtuk volna. A Kolumbus-tojásnak mindennapi története mutatja, milyen vakok vagyunk minden iránt, a mi megfajtatlanul kerül utunkba s milyen könnyen el-sajátítjuk gyakran még a nagyon szövődött ismereteket is, mihelyt arra valaki megtanított. Íme, az ember észbeli képességeinek korlátoltsága! s ha még hozzá teszem, a mint azt egy más alkalommal fogom bővebben kifejteni, hogy gondolatainkat nem tudjuk szabadon vezetni, hanem azok kötve vannak a kijárt pályákhoz, meghangolt sejtekhez, hogy új igazságok felismerése sem activ művelet, hanem arra alkalmas agyvelőben véletlen kapcsolat: érthetővé fog válni Önök előtt, hogy csalódásnak minduntalan ki vagyunk téve.

A tudományos csalódások történelmében talán a legelső helyre kerül a pathologia és vele a therapia. A mit az előre kidolgozott rendszerbe gyűréssel a philosophia vétett a logikai gondolkodás ellen, a mit az alkimia a chemiával, az astrologia a csillagászáttal elkövetett, azt mind legalább is feléri a mi tudós elődeink sokféle elmefuttatása, s bizony nem egy „rendszer“-nek lettek martirjai a betegek. E tekintetben ugyan elődeink tudományát bizonyára kevesebb szemrehányás illeti, mint nagyon sok más, általánosan becsült foglalkozási kört, pl. a politikát, a mely legtöbbször cél és haszon nélkül az egészségesek légióit gyilkoltatta le; a vallás fanatizmusa, az ember alkotta „jog“ is sokkalta több áldozatot szedett.

Mindezen csalódások arra intenek bennünket, hogy gondolkodjunk mindig a tévedés lehetőségére, ez a legbiztosabb mód a csalódás elkerülésére. Ez volt Uram, az az Ariadne-fonál, a melyet néhai, tiszteletreméltó emlékü tanárom: *Wagner János* tanítványainak vezérelt adott örökbe. Nem szabad elfelednünk, hogy a meggyőződésnek ugyanolyan biztos érzetével, a melylyel ma védjük legújabb felfogásunkat, hogy ugyanolyan biztossággal nézték elő-

deink az övéket, sőt néztük mi magunk is pár évvel ezelőtt a már azóta elavult nézeteket. Avagy nem alakult-e át már a mi életünk alatt a tudományoknak nem egy sarkpontja? A chemia már kétszer megtette Pál-fordulását az utóbbi 30 évben (még tanulóéveimben a víz képlete HO volt, később H₂O, ma az iontheoria teljesen átváltoztatja ezen tudományt) és a fertőző bajok felfogása mily átváltozáson ment át napjainkban!

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából.

A nyelv jóindulatú daganatai.

Irta: Balás Dezső dr. műtőorvos.

(Folytatás.)

Zohn²⁷ a nyelvgyökön előfordult fibromát és egy osteofibromát közöl. Mindkettő az intermuscularis és interglandularis kötőszövetből indult ki. Utóbbi esetben a daganat helyenként petrificatiót, helyenként tényleges csontosodást mutatott. Górcső alatt a kötőszövetnek részben hyalin, részben amyloid átváltozása volt látható.

Hogy a fibroma átalakulást szenvedhet, mutatja Tizzani és Parona²⁸ lelete is. Felnőtt férfi nyelvgyökéről kiirtott dió nagyságú fibroma górcsói metszetén az órsóalakú kötőszöveti sejtek végükön rostozottaknak tüntek fel. Az arteriákban a tunica media megvastagodása folytán obliteráló gyuladás volt észlelhető, s az arteriák haránt metszetén hyalin cseppek voltak láthatók, melyek az ürteret helyenként teljesen kitöltötték, helyenként csak az intimában fordultak elő.

A lipomákat, melyek ismertetése gyakoriság tekintetében a fibromák után következnek, differential-diagnostikus szempontból e sorozat végén óhajtom tárgyalni.

A nyelven adenomák igen ritkán fordulnak elő. Az irodalomban csupán 5 esetet találtam közölve.

Mint egyebütt, úgy a nyelven is az adenomák a fürtös mirigyek szövetének hypertrophiája folytán jönnek létre és tipikus szövettani szerkezetet mutatnak. Rendesen submucosus fekvésűek, színük világos vöröses, elüt a környezetétől, egyenetlen, dűdorzatos felületűek, összeállásuk többé kevésbé puha és éles határúak.

Diónál nem nagyobbak, bár Parker R.²⁹ újszülöttnél a nyelvgyökből kiinduló veleszületett adenomát ír le, mely a születés után 16 órával fuladást okozott.

A nyelv különböző helyein fejlődhetnek. Öt ismert eset közül az adenoma két esetben a nyelvgyökön (Hickmann³⁰, Parker R.), egy esetben a nyelvháton (Cohen S.³¹), a nyelv baloldali szélén (Testut L.³²) és a nyelv alsó felületén közvetlenül a csúcs alatt (Bryant³³) fordult elő.

Főleg fibromával és lipomával téveszthető össze. Az előbbitől összeállásában, utóbbitól külsejében tér el.

Differential diagnostikus szempontból talán itt említhetem meg a *nyelvtüszöknök* — glandulae folliculares — daganatszerű hypertrophiáit, melyek oly fokot érhetnek el, hogy alkalmul szolgálhatnak egyéb jó indulatú daganatokkal való összetévesztésre.

E tárgygyal esetek kapcsán különösen Herzog J.³⁴ foglalkozik bővebben. Szerinte e megbetegedés többnyire a klimacteriumhoz közeli időben pharyngitis chronicában szenvedő nervosus nöbetegeknél fordul elő.

A tünetek részben a garatba localisált idegen test, nyomás, szorongás érzésében, üres vagy fájdalmas nyelésben nyilvánulnak, részben köhögési ingerről, légzési nehézségekről, mellszorongásról és hosszabb beszédnél a hang eltompulásáról panaszkodnak a betegek.

E tünetek létrejöttét Herzog úgy magyarázza, hogy a hypertrophikus nyelvtüszök nyelésnél, mely légvételnél, beszédnél az epiglottis szabad széléhez dörzsölődnek és így az epiglottis érző idegeit állandóan izgatva, reflectorice váltják ki a fennemlített tüneteket.

Osteomák és chondromák, mint tiszta daganatok, a nyelven még nem észleltettek; többnyire lipomák, fibromák vagy az úgynevezett localis amyloid daganatokhoz társulva mint összetett

daganatok fordulnak elő. Rendesen veleszületettek. A daganat ha nagy, változó összeállású, ha kicsiny, kemény tapintatú.

Arnold³⁵ és Bastieu³⁶ (l. lipomák) közölnek lipomákat, melyek porcz, illetőleg porczos és meszesedett tömegeket tartalmaztak.

Huie³⁷ a nyelvgyökből kiinduló, csaknem az egész garatot kitöltő fibromát irtott ki, melynek mintegy gesztenye nagyságú, rostporczból álló magja volt.

Weber³⁸ 15 éves leánynál 8 év óta észlelt diónagyságú fibrolipomáról referál, mely főtömegében porczszövetből állt.

Schmidt M. B.³⁹ és Zahn localis amyloid tumorokat írnak le a nyelvgyökön, melyek porcz- és csontszövetből álló részeket is tartalmaztak.

Azt hiszem, hogy e csoport kapcsolatában említhetem meg legezélszerűbben a nyelv *localis amyloid tumorait*. Ezeknek keletkezését és daganatszerű voltát illetőleg eltérők a vélemények.

Schmidt M. B. szerint a nyelv localis amyloid tumorainak fejlődési alapjául oly szövet szolgál, mely vagy perichondriumnak tekintendő, vagy pedig oly kötőszövetnek kell lennie, mely fajára nézve szoros összeköttetésben áll a porcz- és csontszövettel. E nézetét arra állapítja, hogy az általa közölt localis amyloid tumorok kivétel nélkül rendes porczszövet közvetlen közelében fejlődtek. A nyelv amyloid tumorai is mindig csak ugyanazon helyen és pedig a nyelvgyökön, az epiglottis szomszédságában fordulnak elő, és bennük többnyire porcz- vagy csontszigetek is találhatóak.

Schmidt-tel szemben áll egyrészt Zahn és Burow⁴⁰ nézete, kik esetük kapcsán elsődlegesnek egy jó indulatú daganat(fibroma) képződését tartják, mely később amyloid átváltozást szenved, tehát az amyloid képződés másodlagos s így a daganat képzésében nincs része; másrészt Kyber⁴¹ és Ziegler E.⁴² nézete, mely szerint elsődleges, a nyelvgyökön egy gyuladással ujdokképzett szövetből álló daganat (gumma lueticum) fellépése, mely — mint szövettani vizsgálatok alapján kiderült — amúgy is igen hajlandó amyloid anyag felvételére, másodlagosan szenved amyloid átváltozást.

Tekintetbe véve azt, hogy az eddig közölt esetekben e daganatok a nyelvnek csak alapján voltak találhatóak, azt hiszem, hogy ez semmiesetre sem lehet csupán a véletlen eredménye, legalább is a nyelvgyök dispoziíóját kell feltételeznünk.

E daganatok rendszeren többes számban találhatóak, submucosus vagy intermuscularis fekvésűek, rendszeren a nyelv alap felszínéből kissé kiemelkednek s ez esetben felettük a nyákhártya sima, elvékonyodott, de eltolható. Alakjuk gömb vagy tojásdad, élesen határoltak és kemény tapintatúak.

Metszlepon: a metszfelület niveauját megtartják, rendszeren szürkés-sárgás színűek, viaszszerűen fénylők, áttünők és makroszkopice kifejezett szerkezetet nem mutatnak. Élénk amyloid reakciót adnak, a mi mikroszkopice is feltűnő.

Schmidt E. B. két amyloid esetéről referál. Az egyik esetben két göb, a másik esetben egy solitár esoméült a nyelvgyökön. Mindkettő porcz- és csontszigeteket tartalmazott. Kiemelendő, hogy eseteiben az amyloidanyag praeformált csatornában, (szerinte a nyirokedényekben) volt felhalmozva.

Zahn 35 éves egyénnél a nyelvgyök hátsó jobb szélén intramuscularisan ülő két amyloid göböt ír le, melyek közül az elülső áttünő, viaszzerű kötőszövetből állott, míg a hátsó szélein az előbbihez hasonló küllemű volt, de közepén mintegy 8 mm. átmérőjű szivacszerű csontszövetből álló mag volt található.

Ziegler syphilitikus egyén bonczolatánál a nyelvgyökön mindkét szélén és középvonalában is részint submucosus, részint intermuscularis fekvéssel 3 nagyobb és több kisebb kemény göböt észlelt, melyek makroszkopice és mikroszkopice is amyloid reakciót adtak, de bennük sem porcz-, sem csontszövet nem képződött.

A nyelven előforduló *keloidnak* az irodalomban eddig ismertetett két esetét részletesen közli Bullin.

Végül a nyelv *tömlős képződményeiről* óhajtok röviden szólni. Ezek bár lényegükben fogva nem tartoznak a daganatok csoportjába, de egyrészt külsejük és természetükben fogva, másrészt differential-diagnostikus szempontból ismertetésük szoros kapcsolatban áll a nyelv jóindulatú daganatainak tárgyalásával.

A mily gyakran fordulnak elő tömlős képződmények egyrészt a szájür fenekén, másrészt a szájür-fenek és a nyelvcsont közötti térben, éppen oly ritkák magában a nyelv állományában. A

nyelven előforduló tömlők általában három csoportba foglalhatók úgy mint 1. a nyáktömlők, 2. a ranulák és 3. a dermoidok csoportjába.

1. A nyáktömlők egyszerű retentionális tömlőknek tekintetők, melyek vagy a nyákmirigyek hypersecretiója, vagy kivezető csövük eldugulása folytán jönnek létre. Lényegükben nem egyebek, mint a nyákmirigyek kivezető csövének, vagy a mirigy egyes vagy összes acinusainak zsákszerű kitágulásai. A nyákmirigyek számarányának megfelelően a nyáktömlők ritkán találhatók a nyelvtörzsön, ellenben aránylag elég gyakoriak a nyelvgyökön.

Lotzbeck⁴³ a nyelv háton diónyi, Hadden,⁴⁴ Albert, Chaslin⁴⁵ a nyelvgyökön előforduló borsó egész cseresznye nagyságú nyáktömlőket írnak le.

Rendesen felnőttéknél fordulnak elő, de lehetnek veleszületettek is. Így Williston Wright⁴⁶ 6 éves gyermeknél végzett veleszületett nyáktömlő miatt műtétet.

Többnyire submucosus fekvésűek, képződhetnek azonban intermuscularisan is, midőn felismerésük nagyobb nehézségekbe ütközik. Külföldösen fibromával, lipomával és chronikus tályoggal téveszthetők össze, ilyenkor egyedül csak a próbaecsapolás nyújthat felvilágosítást.

A nyáktömlők mandula egész diónagyságúak, kerek vagy ovoid alakúak, rendesen áttűnők, felettük a nyákhártya sima, eltolható, esetleg hullámzást is mutatnak és élesen határoltak.

Lassan észrevétlenül és fájdalom nélkül növekednek, míg elérve bizonyos nagyságot, táplálkozási vagy légzési nehézségeket okoznak.

Faluk belfelülete hámmal van bevonva, tartalmuk sávós, ritkán nyákos vagy genyes folyadék.

2. A ranulák tömlős daganatok a szájüreg fenekén.

Fejlődhetnek a ductus Warthonianus eltömülése és következményes kitágulása folytán, vagy a Blandin-Nuhn-féle mirigyeknek betegsége következtében (Recklinghausen,⁴⁷ Sonnenburg⁴⁸).

Rendesen felnőtteknél fordulnak elő, de észlelhetők veleszületettek is. Utóbbiakról Lannelongue⁴⁹ számol be részletesen.

A nyelv alsó felülete és a szájfenék közötti térben, rendesen csak az egyik, ritkán mindkét oldalon találhatók közvetlen a frenulum mellett. Szilvánál rendesen nem nagyobbak, lassan növekednek, nem fájdalmasak, csak rágásnál vagy beszédnél okozhatnak esetleg kellemetlen tüneteket. A daganat áttűnő, felette a nyákhártya sima, kékes vagy halvány vörös színű, rajta esetleg számos tágult véredény látható. Lehet puha vagy feszes tapintatú, előbbi esetben hullámzás is kimutatható. A daganat alapján és környezetében beszűrődést vagy gyuladást tüneteket nem találunk.

3. Birch-Hirschfeld nyomán a nyelven előforduló dermoidokat három alcsoportba oszthatjuk:

Megkülönböztetünk a) dermoid tömlőket, b) dermoid daganatokat és c) thyreoiddermoidokat.

a) A nyelv dermoid tömlői mindig veleszületettek. Származhatnak a foramen coecumban végződő és felnőttéknél is néha a nyelvcsont alapjáig követhető, esakis az ébrényi életben szerepet játszó úgynevezett canalis lingualis elzáródásából (Bland Sutton⁵⁰), vagy az úgynevezett ébrényi kopolyú sipolyokból (Birch-Hirschfeld), midőn a geniogyoglossusok középvonalában vagy oldalt a musculus genioglossus és mylohyoideus között a külső csiralevélnek részleges betüremkedése és későbbi lefűződése jön létre. Ennek megfelelően a dermoid tömlőket is vagy a nyelvgyökön a foramen coecum táján, vagy a nyelv alatt az említett izmok közül kiindulón találjuk.

Az irodalomban csupán Combat⁵¹ közöl egy esetet, hol 35 éves férfinél gyermekkor óta fennálló, kis narancsnyi nagyságú, a nyelv alatt ülő dermoid-tömlő kötegszerű nyéllal tapadt a spina mentalis internához.

A dermoid-tömlők sokkal ritkábban találhatók a nyelvgyökön, mint a nyelv alsó felületén.

Ameisen⁵² alma nagyságú, a nyelvgyökön előforduló dermoid-tömlőt közöl, mely a megdagadt nyelvvel az egész szájüregét kitöltve, súlyos táplálkozási és légzési nehézségeket okozott.

A nyelv alatti dermoid-tömlők tyúktojás egész ökölnyi nagyságot érhetnek el, midőn azonban nemcsak a nyelv alatt, hanem a regio suprahyoideában is képeznek daganatszerű boltosulást.

Ökölnyi nagyságú dermoid-tömlőt közöl Dumstrey⁵³ 24 éves férfinál, narancs nagyságú Akin W.⁵⁴ ír le 17 éves leánynál.

A nyelv alatt a dermoid-tömlők rendesen az egyik oldalon vannak, csak kivételesen fordulnak elő mindkét oldalon. Kerek vagy hoszúkás alakjuk van, felettük a nyákhártya sima, eltolható, sárgás színű, rajta tágult visszerek is láthatók, hiányzik azonban a daganat áttűnősége. A daganat inkább térszta, mint rugalmas tapintatú és kifejezett hullámzást mutat. Rendesen lassan, fájdalom nélkül növekednek, a szájban idegen test érzését keltik, kellemetlen tüneteket evés, ivás és beszédnél okoznak.

A tömlő fala többnyire tömött, rostos, belsejét vastag bürszerű hámréteg fedi. Tartalma a test egyéb szervein található dermoid-tömlők tartalmával azonos.

b) Dermoid daganat esetét írja le Bernays,⁵⁵ ki 17 éves leánynál a nyelvgyökön két cseresznyenagyságú daganatot talált, melyek mikroszkopice dermoidnak bizonyultak.

c) A thyreoiddermoidok tulajdonképpen veleszületett adenomáknak tekinthetők. Annyiban bírnak azonban érdekességgel, hogy szerkezetükre nézve teljesen hasonlítanak a glandula thyreoideához. Ez alapon feltételezik, hogy az ébrényi életben a pajzsmirigy pyramidalis nyulványa egy részletének lefűződése és a lefűződött résznek az élet későbbi szakában bekövetkező növekedése folytán képződnének. A nyelvgyökön a foramen coecum táján található felnőtt egyéneknek.

A nyelv felsorolt tömlőihez csatolhatjuk még a teljesség kedvéért a fertőzéses alapon létrejövő úgynevezett cysticercus cellulosaet és az echinococcus hólyagokat. Előbbiek csak elvétve, utóbbiak is csak igen ritkán fordulnak elő.

(Folytatása következik.)

Közlemény a „Teleia“ nyilvános rendelő intézethől.

Kísérleti adatok a jodkaliák és jodipin hatásához syphilisnél.

Irta: Sellei József dr. rendelő orvos, v. bőrkórtani klinikai tanársegéd.

(Vége.)

Sz. M. 31 éves, esztergályos, 1901 november havában sclerosist szerzett, mely után általános tünetek léptek fel; ezek ellen 15 injectiót kapott, ezek befejeztével 4 hétig jodkált szedett; 1902 II/25-dikén reggel és délben 1 evőkanál jodkali, este 8 órakor szájnyálban, vizeletben sok a jod, II/25-dike óta jodkált nem kap; II/28.-án sem nyálban, sem vizeletben nincs jod, II/28.-án este 1/28 órakor jodipin (25%). III/4 jodvizsgálatkor vizeletben nincs jod. III/7. jodipin, utána erős nátha, jod vizeletben nyomokban, nyálban ki nem mutatható; luetikus papulák lépnek fel a törzsön és végtagokon, melyek jodipin használat daczára sem mulnak. III/7.-én evőkanálnyi jodipin, III/11-dikén vizeletben nincs jod, újra 10% jodipin belsőleg. III/14-dikén jod nem mutatható ki, újra kap evőkanál jodipint, III/16-dikén ugyanaz. Ezen esetben tehát a jodipin a fejlődő syphilises papulákra befolyást nem gyakorolt.

Összehasonlító vizsgálatokat végeztem arra nézve is, hogy mikor szívódik fel a jod jodkali után és mikor jodipin után, vagyis mikor hasad le a jod az egyik és a másik szerből. Ugyisint összehasonlításokat végeztem arra nézve is, hogy a két szer közül melyiknél marad a jod a szervezetben hosszabb ideig remanens?

A jod kimutatására, eltekintve azon kimutatástól, a melyet a vérben keringő jod kimutatásával nyerünk, s a mely vizsgálatokat először kimerítően a jodra vonatkozólag Blomquist¹ végzett, a jod leválására a vizeletben mutatózó jodmennyiség az irányadó, s ennél fogva azt kell vizsgálnunk, hogy mikor lép fel a jod a vizeletben. Igaz ugyan, hogy Blomquist, ki Welanderrel együtt dolgozott, még oly egyének vérében is legalább nyomokban tudott jodot kimutatni, kiknek vizeletében jod már nem volt kimutatható. Ugyancsak tekintettel kell lennünk a vizelet mineműségére, a mennyiben egyik-másik feles alkotó rész a jod kimutatást alterálja; Justus a jod kimutatására a thalliumot ajánlotta.

Vizsgálataimra a régi és kipróbált eljárásokat alkalmaztam

¹ Blomquist, Archiv. f. Derm. u. Syph. 1901.

és úgy jodkali, mint jodipin belső adagolása után a vizeletből kémesőbe körülbelül 5—6 gr. mennyiséget vettem, a melyhez a szokott eljárás szerint néhány csepp folyékony keményítő oldatot, folyékony csirizt (Stärkeleister) tettem.

Felrázva a vizeletet, a keverékhez egynehány csepp *ac. nitricum fumanst* öntöttem. Ha jód jelen van, akkor a vizelet rögtön ibolya színűvé válik, színe egészen a sötétkék szín árnyalataig váltakozik, a szerint, hogy minő %-ban van benne jelen a jód. Így járván el azt találtam, hogy jodipin-injectio után körülbelül 65 perez múlva lépett fel jód a vizeletben. Sok esetben azonban csak a 2-dik és 3-dik napon sikerült jodot kimutatni, sőt némelykor (l. lent) csak később tudtam a vizeletben ilyenkor a jodot kimutatni. Eseteim és vizsgálataim közül, melyek nagyrészt megegyeznek *Welander*-nek¹ hasonló vizsgálati eredményeivel, itt a következőket említem fel:

12. D. J. 24 éves, rézőntő, egy év óta van syphilise. 16 Hg. injectio, 30 bedörzsölés; 3×5 gr. jodkali, akkor csekély jodismus. Jodipin sőtalan diaeta mellett 5 inj. majd II/7., 11., 14-dikén jodipin, semmi jodismus.

II/25-dikén kap 25% jodipinből 10 kem.-t; II/25-dikén este 7 órakor nyálban jód nem mutatható ki, vizeletben jódnak nyomai. Ugyancsak II/25-dikén este 7:30 órakor 10 kem. 25% jodipin, 7 óra 40 perez: nyálban még nincs jód, 8:00 órakor vizeletben jód még nem mutatható ki, 8:25 vizeletben gyenge nyomok, szájnyálban valamivel kifejezettebb. II/26-dikán reggel 7 órakor vizeletben jód; 26-dikán, 27-dikén, 28-dikán nem kap jodipint. 28-dikán este 7 órakor jód a vizeletben nem mutatható ki, újból kap II/28.-án este 10 kem. jodipint. III/2-dikán déli 12 órakor vizeletben nincs jód, III/7.-én, 8.-án nincs jód, úgyszintén III/16-diki vizsgálatnál sincs.

13. K. B. 26 éves kovács, 1899-ben ulcus durum, roseolák. 15 injectio, 65 bedörzsölés. Jelentkezett a rendelkezésen I/21-dikén 1901-ben. Végtagokon, törzsön szétszórta rupioidszerű plaqueok. II/21-dikén első jodipin-injectio (25%-os 10 kem.), II/23.-án 2-dik jodipin-injectio, II/25-dikén 3-dik jodipin injectio, este 8 órakor szájnyálban jód = 0, vizeletben jód nyomai, 8.45-kor szájnyálban gyenge nyomokban, vizelet erősebb jód próbát ad.

Ehhez majdnem teljesen hasonló viszonyokat találtam jodkali-nál is. A legtöbb esetben azonban, ha *jodipint subcután* adtam, akkor jód a vizeletben csak az első 24 óra múlva, máskor azonban csak 3—4 nap múlva, rendszeres naponkénti jodipin befeesken-dezések mellett, lépett fel. Így pl. egy esetben következők voltak a viszonyok.

14. M. L. február 26-dikán 25%-os jodipin-injectiot kapott, subcután 10 kem.; 27-dikén d. u. 5 órakor sem a vizeletben, sem a nyálban jód nem volt kimutatható.

Ugyanez folytatódott egészen márczius 3-dikáig, a midőn *jodot* a vizeletben még mindig *nem* voltam képes kimutatni; ekkor kihagyva a jodipin-injectiokat ugyanazt *per os* rendeltem, a midőn másnap a vizeletben és a nyálban rendkívül sok jód volt kimutatható. Ugyanakkor az illetőnél kisfokú torokgyulladás, émelygés és nyálfolys mutatkozik.

Márczius 5-dikén és 7-dikén újra kap egy evőkanálnyi jodipint, akkor beszüntetjük a jodipin adását és 4 nap múlva ugyancsak sok jód mutatható ki, mihez hasonló lelet még márczius 17-dikén, tehát 10 nap múlva is észlelhető volt. Hasonló igen érdekes megfigyelést tehettem egy másik betegemnél.

15. R. J. 25 éves tanuló, lues egy év óta; sőtalan diaeta mellett II/17., II/18. jodipin (25%), II/19. semmi jodismus, II/20., II/21. befejezi a sómentes diaetát, II/22. vegyes étrend mellett 10 kem. jodipin, II/23. jodismus nincs, II/24. utolsó injectio. II/25-én *jodpróba*: vizelet 10 gm.-jához 2—3 csepp keményítő és *ac. nitric. fumans*, vizelet ibolyakék; nyálvizsgálat: d. u. 3 órakor fenti próbára ibolyakékes lesz a nyál, biztos jodpróbát ad.

II/26-dikán d. u. 3 órakor vizeletben jód határozottan kimutatható, nyálban jód nyomai.

II/27-dikén d. u. 4 órakor vizeletben több jód mint tegnap, erős ibolyaszínű, nyálban is jód.

II/28-dikán ugyanaz, III/5-dikén jód vizeletben és nyálban még mindig kimutatható.

III/6-dikán igen sok jód mutatható ki a vizeletben. III/7-dikén, III/8-dikán vizeletben sok jód.

III/10-dikén kevesebb jód, 11-dikén ismét több, III/13-dikán, III/14-dikén kevés jód, gyengén ibolyakék, III/17-dikén több, III/19-dikén kevesebb jód mutatható ki. III/20-dikán több jód, III/21-dikén még több.

IV/3-dikán jód még mindig kimutatható, IV/10-dikén és IV/24-dikén vizeletben jód.

Ezen esetben tehát a vizeletben még két hónap múlva is kimutatható volt az utolsó jodipin-injectio után jód.

Ezen esetek egyszersmind arról is adtak nekünk felvilágosítást, hogy *meddig marad a jód remanens*. Ebben az esetben tehát a 10-dik jodipin-injectio után, midőn e gyógyszerrel való befeesken-dezéseket befejeztük, február 25-dikétől márczius 20-dikáig felváltva naponként vagy másodnaponként, később hetenkint 1—2-szer vizsgáltuk úgy a vizeletet, mint a nyálát és mindez esetekben nagy mennyiségű jód volt kimutatható. Érdekes ebben az esetben az is, hogy a jodnak első kimutatása csak a 6-dik injectio után sikerült. Hasonló ehhez a következő is.

16. F. J. 24 éves, hivatalnok, jodipin-injectio II/17., 18., 19., 20., 21., utánuk semmi jodismus; 22., 23., 24.-én 10 kem. jodipin, jodismus semmi tünete. Vizeletvizsgálat II/25.-én 10 gm. vizelethez keményítő, majd salétromsav, vizelet kékesen elszínesedik. Nyál hasonló reactioval kék színű lesz, jód biztosan kimutatható. II/25. én még egyszer 10 kem. jodipin, II/26.-án reggel 1/2 órakor és d. u. 3 órakor vizeletben, nyálban jód, 27.-én d. u. 3 órakor vizeletben jód kevésbé kimutatható, nyálban jód határozottan. 28.-án d. u. 3 órakor, mint fent. III/2.-án vizelet és nyál ad jodreactiot. 9.-én, 7 nap múlva újra vizsgálat, vizelet és nyál kifejezett jod-reactiot ad. 25.-én vizeletben még mindig van jód (egy hónap előtt volt az utolsó jodipin-injectio).

Ezen esetben hasonlóképen február végén fejeztük be a jodipin-injectiokat és márczius végén vizelet és nyál kifejezett jodreactiot adott. Ugyiszintén a fentebb említett B. A. betegemnél *utolsó jodipin-injectio I/19.-én és még IV/26.-án is a vizeletben jód kimutatható*.

Másképen állottak azonban a viszonyok akkor, a midőn teljesen mellőztük a subcután való injectiokat és a jodipint *per os* adagoltuk. Ilyenkor rendszerint már az első, vagy legkésőbb a második nap tudtuk a jodot a vizeletben és szájnyálban kimutatni. Azonban, ha a jodipin adagolásával felhagytunk, *akkor a jód kimutatása már a 2-dik legkésőbb a 3-dik napon teljesen megszűnik*. Erre nézve a következőket említem fel.

17. B. L. 13 éves, tanuló, jodipint (10%) használ belsőleg naponta egy evőkanállal. III/1.-én vizeletben, nyálban *nagy mennyiségű jód*; kihagyja a jodipint. 3.-án vizeletben, nyálban jód nyomai. 6.-án vizeletben, nyálban *jód nem mutatható ki*, d. u. egy kávékanálnyi jodipint kap. 7., 8.-án szintén, e nap délutánján 3 ben órakor sok jód mutatható ki, 11.-én vizeletben és nyálban jód nincs jelen, este újra egy kanál jodipin. 12.-én reggel egy evőkanál jodipint kap, d. u. 4 órakor igen sok a jód, kihagyja a jodipint. 15.-én vizeletben nincs jód, újból szed jodipint. 17.-én vizeletben ismét sok jód.

18. K. Gy. 25 éves, 1 év óta szenved luesben. III/7-től III/12-ig naponta kap 1 evőkanál 25%-os jodipint, III/14.-én vizeletben jód nyomai, III/17.-én vizeletben jód nem mutatható ki. *Per os adva tehát 3 nap múlva jód* kimutatása a vizeletben *már nem sikerül*.

19. O. G. 25 éves, 1 év óta luesben szenvedő betegnek III/7-től III/12-ig jodipint adtam *belsőleg*, ekkor vizelet és nyál sok jodot mutat. III/12.-én felhagyva a jodipinnel, már a következő napon (III/13.) jód nyomai, III/14.-én, vagyis *2 nap múlva jód* (a vizeletben) *absolute nem* mutatható ki.

Az összehasonlítást jodkali-val a következő eset mutatja.

20. S. S. 21 éves, joghallgató, 1901. szeptember. Sclerosis és általános tünetek. 15 higany-injectiot és 30 bedörzsölést végzett. Jodkalit több ízben szedett. Jodismus tünetek minden egyes alkalommal jelen voltak. 1902. II/25.-én este 1/27 és 1/210 órakor egy evőkanál jodkali. II/26.-án reggel 1/28 órakor a harmadik

¹ Welander, Archiv. f. Derm. u. Syph. 1901.

evökanállal; d. u. 3 órákor vizeletben, nyálban nagy mennyiségű jód mutatható ki, jodkalit kihagyja. II/27.-én d. u. 3 órákor vizeletben, nyálban sok jód. II/28.-án d. u. 3 órákor vizeletben, nyálban nagy mennyiségű jód. III/1-jén d. u. 3 órákor sem vizeletben, sem nyálban jód nem mutatható ki.

Per anum adva jodkalit (vagy jodipint), a jód hasonlóképen rövid idő múlva hagyja el a szervezetet.

21. K. M. 30 éves, hivatalnok. III/10.-én előzetes klysmá után 10 cgm.-os *jodkali* suppositorium. III/11.-én vizeletben, nyálban sok jód, 12.-én sok jód, 14.-én jód nyomai. 25%-os *jodipinből* 19.-én suppositoriumot rendelék, 0.5 gm. 1 kúpra, melyből este és 20.-án reggel használt egy-egy kúpot. 20.-án d. u. 3 órákor vizeletben, nyálban nincs jód, 21.-én jód nyomai.

Az első esetben érdekes, hogy míg február 28.-án d. u. 3 órákor, az utoljára 26.-án bevett jodkali után a vizeletben és nyálban sok jód volt kimutatható, a jód már márczius 1-jén sem a nyálban, sem a vizeletben többé nem volt kimutatható. Viszont *egy esetben a jodkali kihagyása után még a 7-dik napon tudtam a vizeletben jodot kimutatni.*

22. B. A. 27 éves, hivatalnok, 4 üveg (5:100) jodkalit fogyaszt. A jodkalit III/14.-én utoljára veszi be. 15.-én és 17.-én sok jód a vizeletben (sötétkék), 19.-én és 27.-én kevés jód.

Igen hasznosnak találtam a jodipint, midőn a *lues* lymphatikus egyéneknél *scrophulosissal* kombinálódik. Két ilyen egyénnél adhattam a jodipint, a hol syphilis és lymphoma colli volt jelen.

23. G. J. 20 éves, vasgyaluló. 1898. novemberben volt sclerosisa. Két ízben végzett bedörzslést (30—30); bedörzslés után 6 üveg jodkalit ivott, a melyet rosszul tűrt. 1901. januártól 15 injectiot kapott, majd 8 üveg jodkalit ivott, a melyet újra rosszul tűrt. III/27.-én sós diaeta mellett megkapta az első jodipin-injectiot (10 kem.). Jelen állapot: A nyak belső oldalán ökönyi mirigydagánát, a clavicula alatt levő mirigydagánatot megnyitottuk, mely azóta folyton genyed. Belsőleg jodipin (10%). XII/29.-én a szűrés helyén csekély fájdalom, ismét jodipin injectio. XII/31.-én mirigy tetemesen kisebbedett. I/3.-án 3 kem.-nyi jodipint kap a mirigy közvetlen közelébe; továbbá 5.-én jodipin injectio, sós étrend. 9.-én jodismus nem fejlődött, 5. jodipin injectio után nyakduzzanat tetemesen visszafejlődött. II/28.-án jód a vizeletben nincs.

24. P. J. 32 éves, kovács, lymphoma colli, syphilis latens. I/19-dikén első jodipin-injectio sós diaeta mellett. I/21.-én injectio, 23.-án injectio, II/16.-án jodipin-injectio (10%), II/25.-én tizedik injectio, jodismusnak semmi tünete, mirigyek tetemesen visszafejlődtek.

Ezen két esetben a jodipin hatása eclatans volt és bizonyos hasonlatosság van közte és az *oleum jecoris aselli* (*jodatum*) hatása között.

Hasonlóképen itt említendő

25. B. L. nevű betegem, a ki egy éves korában syphilissel inficiáltatott és kinél állandó scrophulás ajak duzzanat eczemas tünetekkel állott fenn.

E fiúnál jodipinnak rendszeres adagolásával hét hónap után az ajak duzzanat nagyfokú csökkenését lehetett elérni.

Hátra vannak azon összehasonlításokról és eredményekről szóló adatok, melyekhez akkor jutottam, midőn *késői*, úgynevezett tertiaer syphilises bőrlaesióknál alkalmaztam jodipint s azt a jodkali hatásával hasonlítottam össze.

Ezen tapasztalataim nagyban megegyeznek azon észlelékéivel, kik a jodipinban a tertiaer syphilisnek hathatós szerét látják.

A fentiek alapján azonban mégis azt kell mondanunk, hogy a *jodipinnek subcután alkalmazásától* — legalább a bőrön előforduló — *gummás elváltozások igen lassan múlnak el. Belsőleg azonban hatása a jodkalival majdnem teljesen megegyező. Chlormentes diaetával, mint fentebb kiemeltém, a szervezetet érzékenyebbé tenni ezen esetekben sem sikerül. A syphilises productumok ily eljárás daczára sem múlnak el gyorsabban. Jodismus jodipin után ily esetekben épp úgy jelentkezhetik, mint a recens syphilisnél, valamint azt jodkali után is elég gyakran láthatjuk; annyit azonban tapasztalataim alapján szintén mondhatok, hogy jodipinnél a jodismus kisebb fokú subcután alkalmazáskor, mint belső adagoláskor.*

A jodmérgezésről egy érdekes eset kapcsán.

Közlő: *Tóvölgyi Elemér* dr.

(Folytatás.)

Radestock egyenesen kimondja, hogy ama hit, miszerint a jodkali napi adagja három grammnál többre nem szabható, nemesak, hogy nagy tévedés, de esetleg igen szomorú következményekkel is járhat. Annyit mindenesetre mondhatunk, hogy a jodismus fellépése nem annyira a dosis nagyságától, mint inkább az egyén specifikus praedispositiojától függ (Ehrlich); hogy azután a nagy jodadagok miért türetnek jobban egyáltalában, felvehetjük, hogy a szervezetbe bekebelezett nagy mennyiségű jód a diuresist igen fokozza és ezáltal gyorsan kiküszöböltetik. Kunkel stb.)

Miután a jodintoxicatio általam észlelt esete szerény véleményem szerint a ritkébbak közé tartozik, szükségesnek véltem mindezeknek az előrebocsátását, a mint hogy érdekesebb voltánál fogva a beteg kórtörténetét is kissé részletesebben kell, hogy ismertessem.

K. Lajos 59 éves, hivatalnok, mint előre ment bántalmakat, tüdőgyuladást és typhust említ. 18 éves korában állítása szerint gonorrhoea és lágú schanker ellen kezeltetett hat hétig.

28 éves korában újból schankert aquirált.

Ugy ez, mint a két hét múlva a fejbőr hajás részén fellépő kiütések bizonyos, minőségileg ismeretlen pilulák bevitelére gyógyultak. (Összesen 120 pilulát szedett be, napjában háromszor három szemet.)

49 éves korában jobb felső végtagja megdagadt, a dagadt-ságban a csont is részt vett.

Ugy passiv, mint activ mozgásra e karban igen heves fájdalmak léptek fel. E bántalma ellen külsőleg jodkenőcsöt használt, belsőleg pedig négy üveg jodkalit fogyasztott el. A felkar duzzadása e szerelésre megszűnt, azonban már első néhány kanál jodkali után erős nátha és mindkét oldali homlok tájra kiterjedő fájdalmak léptek meg, a mely tünetek mindaddig, míg csak a beteg jodot szedett, folyton fennállottak.

Négy év elmúltával betegnek bal térdé két hét leforgása alatt gyermekfej nagyságra megdagadt.

E daganatot felvágták, a midőn állítólag sárga savó távozott, azonban a műtét után három nap múlva térdé újból dagadni kezdett és előbbi nagyságát csakhamar újból visszanyerte. Ekkor újból jodot rendeltek a betegnek pilulák alakjában. A nátha és homlok fájdalmak ismét felléptek, e mellett naponta két-három ízben híg székletét is jelentkezett. Ez alkalommal, habár 360 pilulát szedett a beteg, a térd daganata mitsem változott, csak a jód szedést követő Zittmann kúrára kezdett csökkenni és annak bevégezése után nyolcz nappal teljesen elmúlt.

Ezelőtt két évvel, azaz 1900. április hónapjában a jobb könyöke, majd utóbb a baloldali is dagadni kezdett. (E könyök-izületi daganat, a mely mind mai napig fennáll, pár hó múlva az első sebészeti kórodán tuberculotikus jellegűnek declaráltatott.) Ez izületi daganata ellen, azon hitben, hogy az luetikus természetű, jodkali rendeltetett, a miből körülbelül 25 üveggel szedett be, a nélkül, hogy az izületi daganat megcsökkent volna. A jodismus fennebb leírt tünetei a jodkali szedés egész ideje alatt fennállottak. Mintegy három hó elmúltával állandó rekedtség lépett fel a betegnél.

E baja ellen különböző belégzési kúrákat használt minden eredmény nélkül, a miért is 1900. november hó 9-dikén az első belklinika gégeészeti osztályán vizsgáltatta meg magát. A lelet és kórisme, a melyet maga Irsai tanár ur állított fel, a következő volt. A tracheában a harmadik-negyedik gyűrű távolságában egy halvány-sárgás, mellül kissé jobbra terjedő éles szélű prominentia. Előre ment ulcus durum. Diagnosis: Rhino-pharyngitis chron. Gumma tracheae. Therapia: A jodismus kikerülése czéljából a jodkali natrium bicarbonicummal rendeltetett a 5:0:150. 3-szor napjában 1 evökanálnyi 1/2 pohár tejben. A jodkali szedésére a tracheabeli daganat szépen csökkenni kezdett, majd teljesen elmúlt. Beteg ekkor a klinikáról elmaradt, de mint utólagosan kiderült, a jodkalit, hogy maradandó gyógyulását biztosítsa, tovább szedte.

Meg kell említenem, hogy beteg ez alkalommal is, mindjárt

a jodkáli szedésének második napján, kisebb fokú náthát kapott, azonkívül mindkét, de főleg a baloldali homlok tájra kiterjedő lassan fokozódó fájdalmak lepték meg. Pár hó leforgása után a fejfájdalmak már oly nagyok voltak, hogy beteg álmattaláná váltott, hovatovább, főleg esténként, erősebb fokban fellépő nehéz légzés kezdte kínozni, majd bal felső szemhéja lassan dagadni kezdett. Egy hó elmúltával, azaz a jodkáli szedésnek már a *hetedik hónapjában*, beteg úgy tapasztalta, hogy ha egyenes irányban tekint, a tárgyakat kettőzötten látja, e mellett a szemeiben, főleg bal oldalt, erős nyomást, feszülést, valamint fájdalmakat érzett, azonkívül látása is meggyengült. Ez időtől fogva a beteg, miután utazgatással járó foglalkozása abban gátolta, a jodkált ritkábban szedte, hónaponta csupán egy-két üveggel fogyasztott el.

Nálam 1901. november havában jelentkezett első ízben, a midőn a lelet a következő volt.

Az igen elgyengült, lesoványodott és nagyfokban vérszegény beteg légzése erőltetett, hasi-mellkasi-nyaki jellegű, sz. p. 30; ütérlokés középhullámú, feszes, telt, rythmikus, sz. p. 90. A beteg megtekintésénél rögtön feltűnik, hogy a baloldali homlok rész erősebben elődomborodó, ugyanez oldali felső szemhéj erősen megduzzadt. Tapintásnál kitűnik, hogy az egyébként teljesen sima felszíni homlokcsont mérsékelt elődomborulása megfelelő körülbelül a homlok sinus helyzetének.

Ugyanitt, valamint a bal szemgödör szélén és ettől felfelé a szemgolyó felett, a nyomás igen élénk fájdalmakat okoz. Jobb oldali homlok táj felett csupán kis fokú érzékenység mutatható ki.

Diaphanoszkopia az összes vizsgálható üregeket illetőleg negativ. Az orrüreg nyálkahártyája, nevezetesen az alsó és középső orrkagyló főleg baloldalt nagyobb fokban duzzadt, a sonda benyomatot kisebb ideig megtartó, élénkpiros színezetű, bő, nagyobbára nyákos váladékkal fedett.

A gégeben, közvetlenül a hangszálak alatt, egy minden oldalról egyenletesen előre toduló kékespiros duzzanat látható, a mely azonban a gége bemenetét annyira meg nem szűkíti, hogy ebből a fennálló nehéz légzés meg volna magyarázható. A gégeben más elváltozás a nagyfokú anaemián kívül nem található, a hangszálak mozgásai kissé renyhék.

A felső végtagokon a következő eltérés volt észlelhető. A jobb felkar alsó harmadában a csont körülbelül kétszeresére megdagadt, sima felszíni, nyomásra érzékeny, az alkar csontok a könyökizületi végeken szintén igen megduzzadtak. Az activ és passiv mozgás igen fájdalmas. A bal felső végtagokon kisebb fokban hasonló elváltozások.

Tüdőlelet: Bal csúcs felett kissé érdekesebb és hangosabb be- és kilégzés, tüdők alsó hátsó részén vegyes hólyagú szörtyözéjekkel. Vizelet semmi rendellenességet nem mutat, köpetben Koch-féle bacillus nem található.

A beteg kikérdezése után rögtön felmerült bennem a gyanú, hogy a jodismus egy időtől alakjával állok szemben, a miért is a jod rögtöni elhagyását javasoltam.

Tizenkét nap mulva a gégeben a duzzadás annyira megcsökkent, hogy csak mély légvételek alkalmával látható, fejfájdalmak hasonlóképen csökkentek.

Erre öt nap mulva a gégedaganat és a nehéz légzés is megszűnt, további négy nap elmúltával a jodintoxicationnak minden tünete elmúlt, csupán a baloldali homlokcsont kistökű elődomborodása volt még pár hétig észlelhető. Miután az első sebészeti klinika véleményét akkoriban a csontdaganatokat illetőleg még nem ismertem, egy sublimat-injectio kúrát végeztem a betegnél a jodismus megszűnté után azon hiedelemben, hogy a felkarcsont elváltozásai luetikus természetűek. Az injectio természetesen semmi eredményre nem vezettek. A második injectio után egy héttől újabb jodot szedtettem a beteggel, mire úgy a gégeduzzanat, mint a sinusitis tünetei ismét jelentkeztek, a mire a jodot végleg elhagytam.

Ez eset első sorban azért érdekel bír, mert három különböző bántalom, úgymint syphilis, tuberculosis és jodintoxicatio került össze oly tünetekkel, a melyek egyenként és külön-külön mind a három bajnál előfordulhatnak és így téves kórismézésre adhatnak alkalmat.

A felkarcsont daganatai pl. luetikus eredetűeknek voltak tarthatók, annyival is inkább, mert mint a kórelőzményből kitűnik,

a betegnél megelőzőleg luetikus csontdaganatok is képződtek, a melyek ennél fogva az antiluetikus kezelésre szépen visszafejlődtek. Így történt, hogy az ezelőtt két évvel, 1900. április hónapjában keletkező csontdaganatok megszüntetésére, holott ezek már tuberculosikus eredetűek voltak, újból jodkáli rendeltetett a betegnek, a mi a helyett, hogy javulást hozott volna létre, valószínűleg csak rontott. Sajnos, pontosan nem állapítható meg, hogy a gümökóros csontdaganatok fellépése előtt, alatt és utána adagolt jodkáli a tuberculosis fejlődésére minő befolyást gyakorolt, de tekintve, hogy igen sok esetben a jod a gümökóros folyamat előhaladását meggyorsítja, úgy itt is, ha nem épen okozta, felvehetjük, hogy a gümökór fejlődését elősegítette.

Másodsorban a jodismus egy ritkább tünetmennyének mondható az oedema fellépési helye a gégeben. Mint tudjuk, a jodismusnak főleg heveny eseteiben az ary-epiglottikus redők, álhangszálak, aryporcok stb. oly nagyfokú oedemája szokott kifejlődni, hogy sok esetben a nagy légzési nehézség a tracheotomiát teszi javallttá. A többek között F. v. Tournier négy esetet említ, hol a légesömetszés szükségessé vált, kettőt pedig olyat, hol mielőtt a légesömetszés kivihető lett volna, a beteg megfuladt.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

A Bókai-szobor leleplezése.

A megemlékezés magasztos ünnepe volt. Az orvostudományok nagy nevé bajnokának, a hazai gyermekgyógyászati iskola megerem-tőjének, *Bókai János*-nak szoboremléke előtt tisztelgett a hazai tudományos világ: a közoktatásügyi kormány nevében maga a minister ő kegyelmessége, az egyetem tanácsa és orvostanári kara. Áldott emlékü mesterének emlékét megkoszorúzni gyűlt össze a kórház falai közé a fővárosi és vidéki orvosvilág színe-java. A közjónak, a főváros közön-ségének, a fővárosi szegénybeteg gyermekeinek tett szolgálataiért adózott hálával a főváros közönsége. A törvényhatóság képviselőiben a főpolgármester, a polgármester, a kerületi előljáró volt ott a szobor-leleplezésnél. Az emberiség gondolatainak hangos tolmácsai, a napilapok az ércszobor leleplezési napján hosszasan megemlékeztek *Bókai János* érdemes munkásságáról. Megható, szép szavakkal újították meg fele-désbe sohasem menő emlékét.

Az ország lakosságából sokan, nagyon sokan gondolathozott ott voltak akkor, mikor az üllőüti Stefánia gyermekkórház előkertjében összegyülekezett nagyszámú előkelő közönség előtt *Kéty Károly* udvari tanácsos, az egyetem ezidei rector magnificusa, a következő beszéddel nyitotta meg a szoborleleplező ünnepélyt.

„Tisztelt ünnepi közönség.

Kegyelet hozott ma bennünket össze, őszinte és meleg érzéssel állunk itt, megemlékezésül és ünneplésül azon férfúnak, kinek élete szakadatlan munkásság, önfeláldozó orvosi tevékenység és eredményes tudományos búvárlat volt. Önzetlen, feltűnést kerülő jellemének megfelelően kis körben, komoly méltósággal, de annál igazabb melegséggel elevenítjük fel emlékét, szobrának leleplezése alkalmából. És én nem csupán mint tanár tanártársát, mint orvos az orvost, hanem mindenkifelett mint hálás tanítvány mesterét és jótevőjét jöttem el ünnepelni.

Idősb *Bókai János* (született Iglón 1822-ben) hivatásból lépett az orvosi pályára és ennek azon mezejét művelte, a melyen a legnagyobb fáradságra és a legmelegebben érző szívre van szükség, a *gyermek-orvosít*. Már megjelenése bizalmat keltett a remegő szülők lelkében, vigaszt a beteg gyermekeknek, tudása segítséget nyújtott ott, a hol az még lehet volt. Jóságos szemeinek sugari részvétet és szeretetet hintettek maguk körül. Magánbetegei úgy, mint a kórház ápolottjai, őrangyaloként üdvözölték megjelenésekor. Emberbaráti önzetlen viselkedését mind hálással emlegetik, kik vele valaha érintkeztek.

Geniális elődje, *Schoepf-Merei* nyomdokaiba lépve, bámulatos kitar-tással és önfeláldozó munkával igyekezett a beteg gyermekek kórházat tágasabbá és tökéletesebbé tenni. A fővárosnál, a társadalomban, minden követ megmozgatott célja elérésére és szívós kitar-tása eredményre vezetett. Már a régi ősz-, ma Szentkirályi-útczai kórházat is türethető állapotba helyezte, de működése utolsó éveiben, 1883-ban, nagy lelki öröme-e szép mint a kórházat nyithatta meg, melynek építése és berendezése főleg az ő érdeme.

A gyermekgyógyászat rendszeres tanítását neki köszönhetjük és azt az egyetem kötelékében mint rendes tanár végezte. Iskolát terem-tett, melynek méltó híre a művelt külföldön is elismerésre talált. A tanítványok egész sora került ki abból, kikre büszkék lehetünk, mert mesterük szellemét örökölve, díszére válnak az orvosi rendek. Tanít-ványai szerették, alkalmazottjai rajongtak érte, minden fiatal törekvő erő pártolóját és tanácsadóját találta benne. A szeretet melegével osztotta tudását és tanított lelkiismeretes munkára. Collegiális gondolkozása, nemes szíve közbecsülést vivtak ki számára. Szaktudása pedig fényes útmutatóként világított mindnyájunk előtt. Érdemeit a legmaga-

sabb helyen is méltatva, 1872-ben a kir. tanácsosi címet, majd a III-dik oszt. vaskoronarendet kapta.

Nemes szíve legmelegebben dobogott családi tűzhelyénél, imádásra méltó nejét, szép gyermekeinek anyját rajongásig szerette, két fiát atyai odaadásának melegével és okos szigorúsággal nevelte, és bár ráuk és a tudományra nézve igen korán, 63-dik életévében, hagyott el bennünket, megérte azt a megérdemelt örömet, hogy fiai kész emberek gyanánt, a tudomány felkentjeinek sorában, már akkor is szép nevet és helyet vívtak ki maguknak. Nagy szíve még arról is gondoskodott, hogy helye ne maradjon majdan betöltetlenül, hogy nagy munkájának járatos barázdáin megbízható utódot és munkaerőt állítson be, s ez be is következett, mert méltó fia, János, átvette édes atyja kihült jobbából a kötelességek rovását, melyet azóta emberül is kezel.

Tisztelt ünnepi közönség! A szobor körül, mely emléket őriz, virágok is fognak díszíteni, és virágok hitem szerint öröközők maradnak, mert azokat az általa kezelt gyermekek és szülők öröm- és halálkönyvei fogják mindenha öntözni.

Erdemei jelül meghajlom és meghajtom a tudomány egyetem zászlaját szobra előtt.

Az elismerés és hála legyen emléke.

Az éljenzéssel fogadott beszéd elhangoztával Bauer Lajos dr. volt egyetemi tanársegéd, a szoborbizottság elnöke, ismertette a szobor létesítésének történetét s a szobrot egyuttal átadta a kórház vezetőségének. Beszéde folyamán lehullott a lepel a szoborról, mely Radnai szobrásznak sikerült alkotása. Gróf Zichy Agost valóságos belső titkos tanácsos, a Stefánia gyermekkórház egyesület elnöke köszönte meg azután a szoborbizottság fáradozását s átvette az emléket.

A pálmával és örökzöld babérfákkal körülvett, virágokkal díszített szobor alapzatára ezután sorra letették koszorúikat: a család és a különféle testületek, a melyek képviselőt küldtek az ünepre.

A szobor alapzatát mihamar elfedték az orvoskari tanártestület, a Bródy Adél gyermekkórház orvosi kara, a Budapesti gyógyszerész-testület, a Poliklinika főorvosai, az orvostanhallgatók segélyző és önképző egyesülete, a Budapesti orvos-club és orvos-casino díszes koszorú.

T. F.

Semmelweis vagy Holmes?

Dr. Oliver Wendell Holmes 1809-ben Cambridgeben született. Jogvégzettsége után az orvosi tudományokra adta magát. 1836-ban promoveálták s 1838-ban már a Harvard-egyetem boncz- és élettani tanszékén találjuk őt. 1849-ben visszavonult a tudományos munkától és teljesen szépirodalmi munkásságának szentelte idejét. Nevét megtaláljuk az irodalom kiváló alakjai közt s Pallas-lexiconunkban mint ilyen jegyezték fel. És megtaláljuk a jeles orvosok sorában, pl. a Pagel-féle „Biographisches Lexicon“-ban, A New England Quarterly Journal of Medicine and Surgery 1843. évi áprilisi száma egy előadását tartalmazza, melyet a Boston Society for Medical Improvement-ben „a gyermekági láz contagiositása“-ról tartott. Ebben Holmes 1843-ban, tehát négy esztendővel a Semmelweis-féle tanak napvilágra került előtt, a következő „végekövetkezések“-et tette közzé:

1. Annak az orvosnak, a ki szülészeti eseteket elvállal, nem szabad bonczolatokon részt vennie.

2. Ha valamely orvos jelen volt egy bonczolásnál, úgy alaposan meg kell mosakodnia, ruhát váltania és 24 órán át vagy még hosszabb időn tartsa magát távol a szülészeti gyakorlattól.

3. A mint gyermekági láz üt fel fejét, tisztában kell hogy legyen vele az orvos, mert a legközelebbi szülönöt ragályozhatja, s kötelessége minden elővigyázati rendszabályt megtenni, hogy betegét e veszélytől megóvja.

4. Ha gyermekági láz megbetegedés két esete fordul elő rövid időn belül és egymáshoz közel és ugyanazon orvos gyakorlatában, úgy helyesen cselekednék az orvos, ha szülészeti működésével legalább egy hónapra határgyára és minden eszközzel arra törekednék, hogy ama káros hatásokat, melyeket a személyével átvihetne, elhárítsa.

5. Ha valamely körét egyedül ellátó orvosnak egyidejűleg három vagy még több közel szomszédos esete volna, s a mennyiben a közelben nincsenek más orvosok, s a mennyiben az eseteknek e véletlen összeesésére más ok nem volna kimutatható, úgy ez azt bizonyítja, hogy az illető orvos maga viszi szét a contagiumot.

6. Kötelessége az orvosnak minden elővigyázati rendszabályt alkalmazni, hogy a betegség áthurezését az ápolónok vagy a többi segédszemélyzet révén elkerülje, s ezért a személyzetet kellőleg tanítsa ki, és minden fertőzésre gyanús esettől idejekorán óvja.

7. Ha mulasztások történtek, s a tudatlanság okozója is volt eddig a szerencsétlenségeknek, úgy most mégis csak elérkezett az idő, a mikor a szülönöknek orvosok által okozott veszélybedöntését többé nem balsorsnak, hanem bünténynek kell minősíteni, s ha az ártalom világosan felismertett, úgy kötelességévé válnék az orvosnak egyéni érdekeit az általános érdekeknek alárendelni.

Holmes ezen pontokba foglalt „végekövetkezései“ annyira meggyeznek első látszatra Semmelweisünk tapasztalati eredményeivel, hogy bizonyára méltán vélte őt Semmelweis megelőzőjének nevezni Baruch Simon newyorki professor egy előadásában, melyet a szeptember utolsó hetében Karlsbadban megtartott „német orvosok és természetudósok 74. congressusán“ az orvostörténelmi szakosztályban szerencsés voltam meghallgatni.

Már-már kirántva érezték a jelenlévők a talajt Semmelweis alól, a kinek homlokáról ugyan Baruch koránt sem akarja letépni a babért,

de a gyermekági láz lényegének felderítésében a prioritást Holmesnek ítélte oda.

Baruch előadása nemsokára nyomtatásban fog megjelenni. Ne találjon az bennünket magyarokat készületlenül. Semmelweis emlékének vélek áldozhatni, ha el akarom kerülni, hogy bármelyikünk csak egy percze is megtántorodjék eddig háborítatlan meggyőződésében s egyúttal az igazságban, hogy ő volt a gyermekági láz okának felderítője. Ez a czél lebegett előttem, ez nyomta a tollat kezembe, midőn fel akarom tüntetni ama lényeges, de tán nem rögtön szembeötlő különbségeket, melyek Semmelweis tapasztalati eredményei és Holmes végekövetkezései között fenforognak s melyeket bizonyos, első tekintetre nagy hasonlatosságok még inkább el is takarnak. A kérdést történelmi alapon kell szemügyre vennünk.

Semmelweis kutatásainak egy nevezetes phasisa, egy fordulópontja volt a bonczolás közben megsérült Kollerschka tanár halála és bonczlete. Közismeretű dolog, hogy mily irányító befolyással volt ez eszmemenetére. Ennek analogonjaként tűnik fel Holmes közleményének ama passusa, a melyben a gyermekági láz okozóját a hullaméregben keresi. Sok emberélet megy tönkre — mondja Holmes —, mert ezt, miként a mérge átvihetőségét, az orvosok nem ismerik.

Mind a ketten a chlormészoldatot használják, mielőtt puerperához nyulnak. Holmes már 1835-ben használta e szert, tehát jóval Semmelweis előtt, ki azt 1847. május havában kezdte alkalmazni.

Hogy a hasonlatosság még teljesebb legyen, sorsuk is bizonyos határig közös volt. Semmelweis világszerte üldözték vagy kinevették, a mikor tanait nyilvánosságra hozták; hiszen tudjuk, hogy a támadók sorában nem kisebb egyéniség, mint Virchow is ott állt. Holmes ellen pedig sikra szálltak Philadelphia professorai, s szavai nem találtak hitelt.

És nem ismertünk-e rá a mi Semmelweisünkre még a vádjának hangjában, feljajdulásában is, mikor meggyőződésének tudatában odaszól Holmes az orvosoknak, hogy „most mégis csak elérkezett az idő, a mikor a szülönöknek orvosok által okozott veszélybedöntését többé nem balsorsnak, hanem bünténynek kell minősíteni“.

Látnivaló, hogy még a külső körülmények is mennyire fokozzák a két férfiú működése és tanai közti hasonlatosság benyomását. Ha immár akad valaki, a ki e congruens tényekkel beéri, úgy csak egy lépés választja el attól, hogy a prioritás kérdését is felvesse és — mint Baruch tette — Holmesnek ítélje meg.

Azonban a prioritás kérdése, mint látni fogjuk, egyáltalán szóba se jöhet. Ki fogom mutatni, hogy Holmes nem volt Semmelweis megelőzője; sőt ellenkezőleg: Holmes épen azon felfogás hívének mutatja be magát, mely Semmelweis tanainak elismertetését legtovább s a legmakacsabban akadályozta.

A 40-es években a gyermekági láz lényegéről való nézeteknek rengeteg chaosával együtt mozgott a baj kóroktanának százfésése, mely a kibontakozást oly igen nehezé tette, de egyúttal megmagyarázza az utókornak, hogy mily kevéssé voltak e kor orvosai tisztában a baj eredetével, mi voltával s innen kifolyólag a gyógyításával s hogy mily geniere volt szükség, hogy a kérdést megoldja.

A temérdek nézet közül még relative előnyösen emelkedik ki egy: a contagionistáké. Csakis ott, a hol általánosan a contagiosus elméletet vallották — Angolországban —, ott sikerült a gyermekági láz eseteknek legalább azt a hányadát elkerülni, a mely bizonyos, t. i. általuk elismert aetiologikus okokból keletkezett volna. Ilyen aetiologikus okoknak ismerték el a contagionisták az orbánczot, a vörhenyt, a hagymázt, s első sorban a hullamérget. Ezért az angol orvosok — már Semmelweis előtt — ha jelen voltak valamely bonczolásnál, chlormészoldatban mosták meg kezeiket, ruhát is váltottak, sőt szükség esetén fel is hagytak egy időre az orvosi gyakorlattal. Az angolok tehát felismerték az igazság egy részét, de nem az egész igazságot. S az igazságnak ama részére, melyet nem ismertek fel, a gyermekági láznak számos és elkerülhető esete jutott.¹

Mennyit kellett Semmelweisnek épen a contagionistákkal küzdenie! A legelkeseredettebb küzdelmeket velük vívta; összes, szám szerint öt „nyílt levele“ tele van passusokkal, a hol a contagiosus elmélet s főleg az általa okozott mulasztások ellen fakad ki. Legbehatóbban czáfolja nagy munkájának: „Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers“ 107—108. lapján. Küzd ez elmélet ellen, de nem azért, mintha igazságokat nem tartalmazna, hanem azért, mert az igazságot ki nem meríti, a teljes igazságtól innen marad. Nagyon helyesen mondja Bruck dr. Semmelweisről irt szép tanulmányában: „A tapasztalás azt bizonyítja, hogy az igazságnak ily távoli és részleges megközelítése inkább akadályozza annak teljes felderítését, mint a tévedés. Mert míg a tévedés tarthatatlanságát előbb-utóbb kénytelen mindenki belátni, addig az igazságnak ily részletei sokszor a legalapabb észleléket is arra csábítják, hogy reájuk egész hypothesiseket alapítsanak, melyek aztán a szemlélődést a valósággal egészen ellenkező irányba terelik“.

A mondottak eléggé illusztrálják, mily álláspontot foglalt el a gyermekági láz lényegének felderítője a Holmes által is követett contagiosus elmélettel szemben.

Holmes Semmelweis megelőzőjének ezek után csak az nevezheti, a ki vagy a gyermekági láz aetiologiját, vagy pedig Semmelweis felfedezését kimerítve látja a „hullaméreg“-ben. Igenis, a hullaméreg, a Kollerschka esete, ez adta meg az alkalmat Semmelweisnek az attól

¹ Ignaz Philipp Semmelweis: Offener Brief an sämtliche Professoren der Geburtshilfe. Ofen, 1862. 21. lap.

fogva már czéltudatos kutatásokhoz, mert abban ismerte fel a gyermekágyi láz analogiáját a pyaemiával és pedig mindennemű pyaemiával.

A mi még a chlormészszel való desiniciálást illeti, azt, igaz, hogy már Semmelweis előtt használta Holmes. Azonban már Holmes idejében sem volt új dolog a chlormésznek ezen használata. Eisenmann Gottfried már 1835-ben ajánlotta „Die vegetativen Krankheiten und die entgiftende Heilmethode“ cz. könyvében „az uterus putrescentiája“ ellen.

Mindezek után meg vagyok róla győződve, hogy a történelmi igazság előtt Baruch is meg fog hajolni, a mely igazság úgy hangzik: *Semmelweis Ignácz Küllöp felfedezője a gyermekágyi láz kórtanának és ebben nem előzte meg őt senki.*

Győry Tibor dr. egyet. magántanár.

† B. J. Stokvis.

(1834—1902.)

A pharmacológiának nagy halottja van! Egyike legkitünőbb művelőinek, *Barend Joseph Stokvis*, szeptember hó 29-dikén meghalt Amsterdamban, melynek egyetemén a gyógyszer-tan, általános kórtan és a belgyógyászat tanára volt. Legjobb barátját, Virchow Rudolfot hamar követte a sírba! Utolsó éveiben pathológiai és belgyógyászati irodalmi munkásságát abbahagyva, egy hosszú életen át folytatott orvosi gyakorlata óriás gyógyszerhatástani tapasztalatait egy remek pharmacológiában írta meg, a legjobb és legszebb könyvben, mely e tudományszakból kezembe került. Szeptember 20-dikán értesített még bennünket a kedves öreg úr egy derült levélben, hogy könyvének 3-dik és utolsó kötete hollandi nyelven megjelent s a francia fordítás is készül. E könyv teljesen a legmodernebb chemiai alapra helyezkedik s csodálattal tölthet el mindenkit az az óriás chemiai, physiológiai és pathológiai tudás, melyet a 68 éves öreg tudós könyvének minden lapja mutat.

Hála a Gondviselésnek, hogy csak e munka befejezése után esett ki a toll a kitünő bűvár kezéből, ki nekünk, hazai pharmacológusoknak is méltányló barátunk volt.

De nem csak a pharmacologia fogja őt sokáig gyászolni, hanem a hygiene, a biochemia és a belgyógyászat is, mert dolgozatai a tropusok hygienéjéről, a czukorképződésről a májban, a húgysavról, hippur-savról, epefestékekről, az albuminuriáról, a cholerasok vizeletéről mindig irányadó munkák maradnak.

Emlékét kegyelettel fogjuk őrizni.

Bókay Árpád.

Közegészségügy.

Az emberi testből származó váladékok és anyagok postai szállítása tárgyában. (Valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak, Fiume kivételével.) 89.769/1902. B. M. számú körrendelet.

Az emberi testből származó váladékok és anyagok postai szállítása tárgyában a kereskedelemügyi miniszter úrral egyetértőleg a következőket rendeltem:

Az emberi testből származó oly váladékok és anyagok (folyadékok, szövetrészek stb.), melyeket a gyakorló orvosok a budapesti és a kolozsvári orvostudományi egyetem valamely intézetéhez, vagy más vegyi vagy gócsövű vizsgáló intézetéhez, orvoshoz, gyógyszerészhez avagy vegyészhez vizsgálat céljából küldenek, a szorosan vett Magyarország területén a postán a következő feltételek alatt szállíttassanak:

1. A feladó gyakorló orvos szigorú felelősség terhe alatt köteles a küldendő anyagot szilárd, vastagfalú, tökéletesen becsiszolt üvegdugóval zárható üvegesébe (tehát pl. nem közönséges orvosságs üvegebe) helyezni, azután az üvegdugót szorosán lekötöni és lepecsételni.

2. A tartalmat magában foglaló s a jelzett módon lezárt ily üvegesébe a folyadékból álló áruminták módjára fából készült második tartályba köteles helyezni, melynek fűrészporral, pamuttal vagy egyéb az esetleg kiszivárgó folyadék felszívására alkalmas elegendő mennyiségű anyaggal kell kitölteni.

Végül ezen tartályt fém- vagy fadobozba, vagy erős bőrből készült burokba köteles helyezni. Ezen harmadik tartály elmaradhat, ha második tartályul oly fűrt fadarab használtatik, melynek fala ott, a hol legvékonyabb, legalább 2½ mm. vastag.

A külső tartálydoboz, burok, fűrt fadarab tartósan lepecsételőndő úgy, hogy a tartalomhoz a pecsét megsértése nélkül ne lehessen férni.

3. Ha az ily módon csomagolt küldemény súlya 500 grammot, térfogata pedig három irányban 30, 20 és 10 vagy 35, 15, és 5 centimétert, ha pedig henger alakú: hosszban 30, átmérőben 15 centimétert sem halad meg, az mint ajánlott levél, postai küldemény, különben pedig szállítólevél kíséretében mint csomag adandó postára.

4. A burkolatra, illetve csomagként való küldés esetén a szállítólevélre is feltűnő betűkkel rá kell írni: „Emberi testből származó váladék (anyag)“.

5. *Hevenyfertőző betegségben szenvedő egyéntől származó váladék és anyag a postán nem küldhető* és a küldeményt feladó gyakorló orvos a küldemény burkolatán, illetve (ha csomagként küldetik) a szállítólevélben kinyilatkoztatni köteles, hogy a küldemény hevenyfertőző betegségben szenvedő egyéntől származó váladékot vagy anyagot nem tartalmaz és hogy a küldemény az előirt szabályok szerint van belül csomagolva.

6. A kereskedelemügyi miniszter úr külön kiadandó rendeletében felhívja a postahivatalok figyelmét arra, hogy az ily küldemények szállítása közben kellő gondnal és óvatossággal járjanak el; egyúttal utasítani fogja azokat, hogy a gyakorló orvosoktól eredő és fenti címekre

postára adni szándékolt oly küldeményeket, melyek a burkolaton (illetve a szállító-levélen is) tett tartalomnyilváníthatás szerint emberi testből származó váladékot, illetve anyagot tartalmaznak, akadálytalanul vegyék fel azon esetben, ha a burkolaton (illetve a szállító-levélen) a feladó gyakorló orvosnak a tartalomra és a csomagolás szabályszerűségére vonatkozó nyilatkozata rajta van. Ellenesetben a küldemény felvételét tagadják meg.

A feladó gyakorló orvos azon esetben, ha a tartalmat elhallgatja, a kellő csomagolást elmulasztja vagy a fenti szabályokat bármikép is kijátszja vagy mellőzi, az 1879. évi XL. t. cz. 1. §-a értelmében kihágást követ el s a kártérítési felelősségen kívül 200 koronáig terjedhető pénzbüntetéssel büntendő.

Felhívom czímet, hogy jelen rendeletemet a czím területén lakó összes orvosokkal mihez tartás végett közölje.

Budapest, 1902. évi szeptember hó 11-dikén. A miniszter helyett: *Szell Ignác* s. k., államtitkár.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A cytotoxinok.

Közl: *Dalmady Zoltán.*

(Vége.)

Uhlenhuth: Neuer Beitrag zum spezifischen Nachweis von Eiweiss auf biologischem Wege. Deutsche m. W. 1900. 46. sz. — Ugyanaz: Eine Methode zur Unterscheidung der verschiedenen Blutarten, im besonderen zum differentialdiagnostischen Nachweis des Menschenblutes. D. m. W. 1901. 6. sz. — Ugyanaz: Weitere Mittheilungen über meine Methode zum Nachweis von Menschenblut. D. m. W. 1901. 17. sz. — Ugyanaz: Weitere Mittheilungen über die praktische Anwendung meiner forensischen Methode zum Nachweis von Menschen- und Thierblut. D. m. W. 1901. 30. sz. — Ugyanaz: Die Unterscheidung des Fleisches verschiedener Thiere mit spezifischen Sera, und die praktische Anwendung der Methode in der Fleischbeschau. D. m. W. 1901. 45. sz. — Vansteenbergh: Contribution à l'étude des sérums antialbumineux. Thèse de Lille. 1901. — Wassermann: Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der natürlichen und künstlichen Immunität. Zschr. f. Hyg. 1901. 170. 1. — Wassermann und Schütze: Ueber eine neue forensische Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut. Berl. klin. W. 1901. 17. sz. — Weichardt: Recherches sur l'antispermatoxine. A. J. P. 1901. 11. sz. — Wlaeff: Serum anticellulaire. C. R. Soc. Biol. 1900. 23. sz. — Ziemke: Zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut mit Hilfe eines spezifischen Sérums. D. med. W. 1901. 26. sz. — Ugyanaz: Weitere Mittheilungen über die Unterscheidung von Menschen- und Thierblut mit Hilfe eines spezifischen Sérums. D. m. W. 1901. 42. sz. — Zuelzer: Zur Frage der biologischen Reaction auf Eiweiss in Blut und Harn. D. med. W. 14. sz.

A nephrotoxin.

A parenchymás szervekre ható cytotoxinok legérdekesebbike a vesére ható nephrotoxin. Felfedezője Lindemann.

Már régebben tudjuk (Claude-Bernard), hogy idegen fajta serumok alterálják az állatok veséjét, így az angolna (Petit, Mosso), a macska (Weiss, Brodie), a tengerimalacz (Weisz) stb. vérsavója nem ritkán halálra vezető alteratiókat hozhat létre a veséken. Ezeket a kísérleteket ismételte Lindemann más vesemérgek tanulmányozása közben, de eredménytelenül. Ekkor Metchnikoff ajánlatára nyúlvese emulsiót fecskendett ismételtén tengerimalaczba, s íme ennek seruma rendkívül erős vesemérreggé let. 1:25—2:6 cm³ pro kilogramm intravenosus injectioja 3—5 nap alatt uraemiás halállal pusztította el a kísérleti házinylulát. A vese pathológiai képe teljesen megegyezik azzal, melyet vnyilamin mérgezésnél észlelhetünk: A kanyarulatot csatornáknak a sejtek helyén szemeses tömeget találunk, melyben csak itt-ott látjuk nyomait a chromatinnak, s alig látunk egy-két még meglévő magot, melyeken azonban egyszer sem észlelünk chromatolysist. A glomerulusok épek az egyenes csatornáknak cylinderek.

Lindemann e kísérleteit Schütze nem tudta hasonló eredménnyel megismételni, de viszont számos más oldalról az észleleteket minden pontban megerősítő adatokat olvashatunk, így Nefidieff Bierry, stb. tollából.

Nefidieff constatálta, hogy a nephrotoxicus serum rendszeren haemolytikus is. Megesínálta a kísérlet fordítottját is, tengerimalaczvesét oltva házinylulba, így is kapott nephrotoxint.

Rendkívül érdekesek nevezett szerző azon kísérletei, melyekkel azt akarta kideríteni, hogy nem szerepelnek-e autonephrotoxinok akkor, mikor az egyik ureter leköttése után a másik vese is megbetegszik. A kórboneczani tünetek sokban megegyeznek Lindemann adataival. E czélból a házinylul egyik ureterét leköttette, az állat rövid idő múlva felgyógyultnak látszott. Ekkor vérért vette, és serumát egy másik házinylulba fecskendezte. Ez a második nyúl is vesebajt kapott, erős albuminuria és vese-csatornák jellegzetes bántalma volt nála észlelhető. E kísérletekből a következők, hogy az egyik ureter leköttése után oly anyagok is jutnak a vérkeringésbe, melyek azelőtt csak a vesében voltak meg. Ennek a következménye a nephrotoxicus képződés.

Bierry, miután mindenben megerősítette Lindemann észleleteit, a következő kísérletet végezte. Kutya vesével kezelt házinylul nephrotoxicus serumát A) kutyába oltotta, erős albuminuria volt a következmény.

Most ennek az A) kutyának a vérsavóját oltotta B) kutyába, ez is albuminuriát kapott, sőt C) vérsavójától C) kutya is vesebajt kapott. Ez másképp nem magyarázható, mint úgy, hogy az eredetileg

kisfokú vesebaj újabb nephrotoxinképződést vont maga után, mely az állatra önmagára és fajrokonaira is hat.

Az átoltásoknál gyengült ugyan a vérsavó veseölő ereje, de nem erősen. Normális kutya-serum ilyen oltása semmi következménnyel nem jár.

Ilyen auto- és isonephrotoxint Lindemann, valamint Lesné és Vidal is állítottak elő chromsókkal vagy cantharidinnal mérgezve az állatokat. Mikor a kísérleti állatok szervezetében már nyoma sem volt a bevitt mérgeknek, vérsavójuk igen erősen nephrotoxikusnak bizonyult fajrokonaira.

Ezen felfedezéseknek valamikor még nagy gyakorlati fontosságuk lehet, hiszen nincs kizárva, hogy ily alapon a még homályos „auto-intoxicatio“ eredetét igen jól fogjuk autocytoxinok szereplésével magyarázni. Lesné és Vidal kerestek is már eclampsianál és uraemiánál nephrotoxint az ember vérében, de kimutatniok nem sikerült, mert épen a cytotoxinok faji specificitásánál fogva oltás útján nem vihető át az állatra. Hobbs egy izben uraemiás ember serumát oltva tengerimalaczba, nephritist látott kifejlődni.

A neurotoxin.

A központi idegrendszerre ható cytotoxin.

A normális vérsavók némelyike is bir agyölő hatással. Különösen az angolna-vér vezetés e tekintetben, melyből 0.005 cm³ intracerebralisán beoltva 5 percz alatt megöl egy 1 kilós nyulat (intravenosusan 0.2 cm³). A béka-vérből elég 0.2 cm³-nyi mennyiséget 1 kilós nyúl agyába oltanunk, hogy azt megöljük. A halál chronikus görcsök, légzési és vérkeringési zavarok között áll be. (Mosso, Kossel, Westphal, Camus et Gley stb.)

Mesterséges specifikus neurotoxint először Metchnikoff és neje akartak előállítani, de próbálkozásukat nem mindig koronázta siker.

Delezenne kutyaagy-emulsióval oltott intraperitonealisán ludakat s igen erős agyölő szerumot nyert.

Míg a normalis lúdszerűből csak 0.8–2 cm³ kilogrammonkinti intracerebralis injectio okoz észrevehető tüneteket a kutyán, addig a specifikus neurotoxikus vérsavó 0.5–0.6 cm³-e menten öl; 0.3–0.4 cm³ azonnal bénulást okoz, majd 2–3 nap múlva a légzés megállása folytán öl; 0.1–0.2 cm³ valóságos epilepsiát okoz s öl.

Centanni még közelebről vizsgálta a neurotoxin hatását.

Ő házinyulagyelvével emulsióval immunizált birkákat, s oly serumot nyert, melynek 1/3 cm³-e nyúl agyába fecskendve, azt a tabes paralyticaéhoz mindenben hasonló tünetek között ölte meg. A hőmérséklet és minden idegrendszeri jelenség leszáll. Az intravascularis befecskendést jól tűrte az állat; úgy látszik, az erek endothelja nem engedi, hogy a mérgek az idegsejtekhez jusson. Ismételt edénybe fecskendés antineurotoxin képződésre ad alkalmat. Ez meg tudja szüntetni a neurotoxin mérgeességét, ha egyenlő arányban keverve oltjuk.

A neurotoxint in vitro is megköti az agyállomány.

Az elpusztult állatok agyának kórszöveti feldolgozása a nagy és kis agy kérgének idegsejtjeiben prostoplasmaduzzadást, vacuolisatiót és chromatolysist mutatott ki.

Csaknem mindenben hasonlókat észleltek Enriquez, Sicard és mások. A neurotoxinnak csekély haemolytikus, leukolytikus képessége is van. (Delezenne.)

Egyéb cytotoxinok.

Már az eddig tárgyalt sejtölő serumok ismerete is elegendő, hogy a cytotoxinok milétéről tájékozva legyünk s előre sejtjük, miszerint a többi szervek parenchymája ellen is lehet ily specifikus mérgeket készíteni.

Igy ismerjük a máj ellen ható *hepatotoxint*. Deutsch és Delezenne bűvárlatai derítették ki, hogy valamely állat más állatfaj májemulsiójával kezelve oly serumot ad, melynek a májsejtekre specifikus hatása van. Májemulsió helyett hirtelen beszárított máj vízzel felhígított porát is használhatjuk (Deutsch).

Ennek a savónak hatása a májsejtek agglutinálásában (Deutsch) és elpusztításában nyilvánul. A vele beoltott állat — ha elég nagy volt az adag (2–4 cm³ pro kgr.) — a májelégtelesség tünetei között pusztul el; a kiválasztott húgyanyag mennyisége megeszappan, sok leucin és tyrosin jelenik meg a vizeletben stb., egyszerűen az egész kép a heveny sárga májsorvadásra emlékeztet (Delezenne).

Deutsch intraperitonealis oltás után a májon a felületről a mélybe terjedő nekrotikus pusztulást látott.

von Dungern oly serumot állított elő, mely a marhatrachea csillóhámjának a mozgását egyszerre meg tudja állítani (*trichotoxin*). A csillóhám antiseraum erősen haemolytikus, de viszont a csillóhám is meg tudja kissé kötni a véranititesteket.

Igen érdekes kísérleteket tett von Dungern annak a felderítésére, vajjon a sejtjelleg kifejezést nyer-e a sejt váladékában is. E célból immunizál tejjel, s vizsgálja, hogy az így nyert serum van-e hatással a hámsejtekre. Positív eredményt kapott, mert megállapíthatta, hogy a tehéntejjel immunizált tengerimalacz és házinyúl seruma a marhacsillóhámot megöli. A csillóhám a tej immuntesteit jobban vonzza, mint a vér antitesteit; a vérésejtek fordítva.

Az eddig említett cytotoxinok mintájára előállították már a következő sejtölő mérgeket:

Pankreatotoxin (Surmont, Carnot, Garmer, Cevidalli stb.).

Suprarenotoxin (Bigart et Bernard).

Ovariotoxin (Cecconi e Robecchi).

Thyrototoxin.

Mielőtt e rövid összefoglalást befejezném, meg kell még emlé-

kezmem néhány szóval arról a törekvésről is, hogy a cytotoxinok electiv sejtölő képességét a rosszindulatú daganatok gyógyításánál felhasználjuk.

Már a cytotoxinok felfedezése előtt tétettek ilyen fajta kísérletek. Héricourt és Richet szétdőrszölt sarcoma emulsióját oltották ismételtén kutyák és szamarak bőre alá, s ezen állatok vérsavóját fibrosarcomás és rákos betegek bőre alá juttatva, állítólag kedvező eredményeket értek el. Arloing és Courmont kimutatták, hogy e serum hatása semmivel sem más, mint a normalisé.

Újabban Dor végzett hasonló kísérleteket carcinoma ellen, Franke sarcomák ellen szándékozik cytotoxinokat használni.

von Dungern is foglalkozott e kérdéssel. Azon kísérlet alapján, hogy a tejjel való immunizálás oly serumot ad, mely a hámsejteket is megöli, megpróbálta, nem lehet-e az anyatejjel immunizálva az emlőrákot gyógyító serumhoz jutni. Kísérlete azon akadt fenn, hogy az anyatej ellen nyert serum — eltérőleg a tehéntejtől — nem hat a hámsejtekre.

Az ily irányú kísérletek előre láthatólag még igen érdekes eredményekre fognak vezetni még akkor is, ha gyakorlati czéljuk nem fognak is megfelelni.

Látjuk az elmondottakból, hogy mily óriási kiterjedésű tudomány-ággá lett rövid 3 év alatt a cytotoxinok tana, s noha addig nem vezetett is — a vérfajfelismerésen kívül — gyakorlati eredményre, mégis magán viseli korunk büszke jelszavát: haladás!

Könyvismertetés.

Robertus Töply eques: Anatomia Ricardi Anglici. (c. a. 1242–1252). Ad fidem codicis ms. n. 1634. in Bibliotheca Palatina Vindobonensi asservati primum editi. . . . Vindobonae. Sumptibus Josephi Safar. 1902.

Ricardus de Wendmere alias Wendowre Anglicus Oxfordban született (évszám ismeretlen), 1230 körül lett neve ismertté. Egy ideig Rómában élt s IX. Gergely pápának (1227–1241.) volt orvosa s barátja, s ennek halála után Párisba ment lakni, a hol 1252-ben halt meg. Ezen utóbbi 10 évnél idősebből származnak orvosi tárgyú munkái.

A nevéhez fűződő számtalan orvosi kéziratból De Renzi, de főleg Littre foglalkoztak. Anatómiáját pedig az előttünk fekvő pompás könyvben most *Töply* adta ki, miként azt 4 év előtt megjelent érdemes munkájában: „Studien zur Geschichte der Anatomie im Mittelalter“ megígérte. Az általa kiadott s a bécsi udvari könyvtár tulajdonát képező kéziratot még eddig nem vették figyelembe, ő az első, ki ezt megtette s ezért elismerés és köszönet illeti meg őt. A kiadott munkát egy tájékoztató bevezetés előzi meg, a végéhez pedig egy tartalomjegyzék és a műszavak összeállítása van csatolva. Az említett bécsi kéziratnak a phototypiája diszjűl szolgál a könyvnek.

Töply, kinek nevéhez az anatomia története számos értékes munka révén szétválaszthatlanul hozzáfert, jogos önérettel tekinthet munkájára.

Györy.

Hildebrand: Tuberculose und Scrophulose. Deutsche Chirurgie, Lief. 13. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1902.

Az általános chirurgia eme fontos fejezetéről szóló vaskos kötetel szaporodott meg a „Deutsche Chirurgie“ ismert kitűnőségű monographiáinak sorozata. Szinte bámulatos irodalmi ismerettel, nagy pontossággal és körültekintéssel állította össze e könyvben *Hildebrand* tanár a chirurgikus tuberculosisra vonatkozó óriási adathalmazt. A munka 5 főrésze oszlik. Az első a tuberculosis anatómiájával, histológiájával és histogenezisével, a második a tuberculosis-bacillusal s annak a testen kívül való előfordulásával, a harmadik a bacillusnak a testbe jutásával, az öröklés, a dispositio kérdéseivel, az infectio kapuival foglalkozik, a negyedik részben a tuberculosis általános klinikus jelenségeit, az utolsóban az általános therapeutikus elvek tárgyalatnak.

Szerző nem elégszik meg a tárgy jelen állásának a legapróbb részletekig terjedő vázolásával, hanem a szóban forgó kérdésekre vonatkozó régebbi nézeteket és felfogásokat is közli és jelen ismereteink kifejlődésének menetét is ismerteti.

A tulajdonképeni szöveget 158 sűrűn nyomtatott oldalra terjedő irodalmi összeállítás előzi meg. A benne felhalmozott gazdag irodalmi és statistikai anyagnál s ezen nagy anyag érdekeltő és áttekinthető összeállításánál fogva e könyv mindenkinek, ki a sebészi tuberculosis egyes kérdéseivel bebatóbban megismerkedni, azokkal bővebben foglalkozni akar, rendkívül hasznos kézikönyvül és forrásmunkául fog szolgálni.

P. J. dr.

Új könyvek. *Rosenthal*: Die Zunge und ihre Begleit-Erscheinungen bei Krankheiten. Berlin, A. Hirschwald. — *Von Hutten's*: Über die Heilkraft des Guajacum und die Franzosenuche. Berlin, A. Hirschwald. — *Moll*: Die oberen Luftwege und ihre Infektion. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Cathelin*: Les injections epidurales par ponction du canal sacré et les applications dans les maladies des voies urinaires. Paris, Bailliére et fils. — *Marique*: Recherches sur les corps étrangers du coeur et des gros vaisseaux. Bruxelles, H. Lamartin. — *Lefert*: Aide-mémoire des maladies des poumons. Paris, Bailliére et fils. — *D. J. Leech*: The pharmacological action and therapeutic uses of the nitrites and allied compounds (Croonian lectures). Manchester, Sherratt and Hughes. — *R. J. A. Berry*: Regional anatomy. Edinburgh, W. Green and Sons. — *J. Hutchinson*: Framboesial syphilis. London, New Sydenham Society. — *E. H. Colbeck* and *A. Chaplin*: The science and art of prescribing. London, H. Kimpton.

Lapszemle.

Fülgyógyászat.

Tömkeleg-megbetegedés 10 esetéről számol be *Felix*, melyek szerzett syphilissel kapcsolatban léptek fel. Mindegyik esetben a csontvezetés gyengült volt. Suttogásban a hallási távolság csökkent. Rinne-féle vizsgálat mindig pozitív esett ki. A 10 beteg közül 6 tertiaer luetikus, 4 pedig secundaer volt. A kezelés részint sublimat injectiókból, részint calomel adagolásból állott. A suttogásra vonatkozó hallási távolság feltünőbb javulása három esetben volt kimutatható, főleg secundaer luesben szenvedő betegeknel. A hallás javulás legnagyobb foka a 3-4-dik hétben volt elérve, az ezentúl folytatott antiluetikus kezelés a hallásra semmi befolyást nem gyakorolt. (*Annal. des malad. de l'oreille, du larynx, du nez et du phar.* 1901.) ifj. *Klug Nándor dr.*

A figyelésnél, hallgatódzásnál (*Lauschen*) beálló arcizomzat elváltozásokat figyelte meg *Ostmann*. Észleleteit fénykép felvételek alakjában rögzítette. Megfigyeléseiből kitűnt, hogy a különféle vizsgált egyénekben a szemek hol a figyelő füllel ellenkező oldalra, hol lefelé, hol a figyelő oldal felé lettek fordítva. Az ajkakra nézve azt találta, hogy míg az egyik azokat erősebben egymásra szorítja, addig a másik az előbb csukott száját keveset nyitja. Némelyek szájukat a figyelő fül oldala felé keveset elhúzták, míg egy esetben a figyelő oldal arcizmain ismételt rángások léptek fel. Ezek azon megfigyelések, melyeket *Ostmann* a facialisra vonatkozólag tett fülöl emberekben. (*Arch. f. Ohrenhk.* 54. k.) ifj. *Klug Nándor dr.*

Venereás bántalmak.

Súlyos syphilis-esetek radikális kezelését ajánlja *Leredde*. Szerző véleménye szerint súlyos syphilis eseteknél kivétel nélkül higanykészítményeket kell alkalmaznunk, még pedig injectiók alakjában; a conventionalis higany adagok általában túlságos alacsonyoknak tartja. A higanykészítmények terapeutikai hatása mindig csak azoknak higany tartalmától függ, a teljes hatás elérése szempontjából pedig azt tekintjük, hogy mekkora 24 óra alatt a szervezetbe bevitt higany mennyiség. Cumulativ hatásra soha ne számítsunk. *Leredde* higany adagait heroikusoknak mondhatjuk, a mennyiben a könnyen oldható higany sókból 3-8 cgm.-ot, a calomelből pedig 7-10 cgm.-ot alkalmaz egy befees-kendőre. E magas dosisok alkalmazását szükségesnek tartja: 1. diagnosztikai célból, 2. ha a szokásos adagok hatástalanoknak bizonyulnak, 3. ha oly tünetek forognak fenn, illetőleg oly szervek betegedtek meg, melyeknek sürgős gyógyítása feltétlenül szükséges (pl. központi idegrendszer). *Leredde* különben nagy optimistának látszik, tekintve azt, hogy minden kezdő tabest erőlyes higanykúrájával meggyógyíthatóknak tart (!). A szokásos óvintézkedések betartása mellett a higanynak említett nagy adagjai sem okoznak szerinte kellemetlen tüneteket. (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie.* 1902. 5. szám.) *Guszman dr.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Unguentum Credé használata a fülgyógyászatban. *Kassel* fül-furunculosis esetében unguentum Credé használata után (naponként 3 gramm) hat nap alatt gyógyulást látott bekövetkezni. Otitis media purulenta kapcsán fejlődött mastoiditis három esetben szintén jó eredménnyel járt nevezett szer használata; az általános bedörzsölésen kívül ezen esetekben még a csecsnyívtányt is bedörzsölte, sőt unguentum Credé-vel készített tapaszt is alkalmazott rá; a gyógyulás 10 nap alatt következett be. Végül parotitis két esetéről emlékezik meg, melyekben unguentum Credé kizárólagosan helyileg alkalmazva néhány nap alatt gyógyuláshoz vezetett. (*Therapeut. Monatshefte.* 1902. május.)

Oltási erythema két esetét ismerteti *Lewy*. Mindkét esetben újraelöltés után jelentkezett a erythema, még pedig a 7. illetve 9. napon. Az erythema rendkívül nagyfokú volt, egészen orbáncz benyomását keltette és rendkívül súlyos betegségérgézzel járt. A gyógyítás unguentum Credé alkalmazásából állott; a beteg oldali hónaljba 2 gramm dörzsöltetett be, még pedig 24 óra alatt három ízben, mire a tünetek visszafüledtek. (*Medico.* 1902. 25. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Orvosok lapja, 1902. 40. szám. *Mólnár K. József:* A sóskaemergezés gyermekeknel. *Szana Sándor:* A gyermekvédelem szervezése Temesvárott.

Magyar orvosok lapja, 1902. 40. szám. *Lévai Dezső:* Adatok a puerperalis sepsis kór- és gyógytanához. *Szigeti Gusztáv:* Orvosi titoktartás és büntető törvényünk 328. §-a. *Szász Hugó:* A vulva leukoplakiás elváltozásai, azok viszonya a kraurosishoz s ezek kapcsán a vulva carcinomájának két esete.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 40. szám. *Drasche:* A gümőkór. *Szendró:* Chininum lygosinatum használata a sebkezelésben. *Frankl:* A craniotomia és technikája, tekintettel a magángyakorlatra. *Kornfeld:* Gonorrhoea és házasság. *Maizner:* A májcirrhosis haemorrhagiás alakja. *Sachsálber:* A nagyfokú rövidlátás operatív kezelése.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 40. szám. *Dömeny:* A vér haemolytikus hatóanyagának származása a mononuclearis leukocy-

tákból. *Matzenauer:* Emlősyphilis a korai szakban. *Kurka:* Metastatikus gonorrhoeás kötőhártyalob. *Teleky:* A gümőkór terapiája.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 40. szám. *Sommer:* Akroparaesthetiák trauma után. *Ziemann:* Tse-tse-betegség Togóban. *Meyer:* A streptococcusok egységes volta. *Hoffmann:* Higany okozta dermatitis.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 40. szám. *Axenfeld:* Adat a frontalis és ethmoidalis sinusitis és orbitalis szövődményei kór- és gyógytanához. *Lassar:* Oltási gümőkór. *Moeller:* Az emberi gümőkór átvihetőségének kérdése marhákra és kecskékre. *Neisser:* További adat az idült torokdiphtheroid ismeretéhez. *Marchand:* Szövetburjánzás és daganatképződés, tekintettel a rák parasitálás aetiologiájára. *Mitulesen:* Az új tuberculin befolyása a sejtananyagcsere.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 39. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz. 40. szám. *Neudörffer:* Tsuga Douglasii okozta mérgezés esete.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 39. szám. *Burmeister:* A Gersuny-féle paraffinprothesisek.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1902. szeptember. *Lundborg:* Adat a negativismus klinikai analysiséhez elmebajosokban.

Dermatologisches Centralblatt, 1902. szeptember. *Gouladze:* Extragenitalis syphilisinfectio esete.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1902. 12. kötet, 2. füzet. *Kohlbrugge:* A pteropus edulis agya. *Schupfer:* Infantilis góczsclerosis. *Breuking:* A házinyúl gerinczevelének szerkezete. *Kaes:* A dementia paralytica kórbonecztanához.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 6. kötet, 5. füzet. *Schlesinger:* A diabeteses táplálékszükséglete. *Büdingen:* A fény befolyása a motorius készülékre és a reflexingerlekenységre. *Mory:* A fango-gyógyász és javalatai. *Martin:* Régebbi bicykli-systemák használata gyógycélokra. *Rossnitz:* Új porlasztó készülék általános inhalatio céljaira.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 13. kötet, 9. füzet. *Verhoogen:* Perinealis prostatectomia. *Cohn:* Az urethroszkopok kipróbálása endophotographiával. *Goldschmidt:* Sterilizáló készülék az urologiai rendelő óra céljaira.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 18. szám. *Lanz:* A májcirrhosis operatív kezelése. *Ammann:* A baleset sérülések tanához. *Wuhrmann:* A vándorvese és anteversioja. *Emmert:* Új és régi szemvédő- és fedőszerek.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 18. szám. *Bechterew:* Egy külön magról a formatio reticularisban. *Bechterew:* A lumbofemoral-reflex. *Saenger:* Myotoniás pupillamozgás. *Steiner:* Az infraspinatus-reflex. *Mc Carthy:* Adatok a supraorbitalis reflex ismeretéhez. *Diehl:* A félelemrészről hysteriában és neurastheniában.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 64. kötet, 5. és 6. füzet. *Schlender:* Idegen testek a légutakban. *Wolkowitsch:* Adat az idült gégeszűkület kezeléséhez. *Penkert:* Abdominalis cysta négy érdekes esete. *Göbell:* A hernia inguinalis superficialis ismeretéhez. *Willek:* Pes calcaneus traumaticus. *Claudius:* Módszer a catgut sterilizálására és sterilen eltartására. *Funkenstein:* Adat az intraabdominalis herniák tanához. *Berliner:* A hólyag teleangiectasiái. *Graff:* Retrorectalis teratoid-daganat adenocarcinomás degeneratioval. *Kramm:* Májlob dysenteria után. *Silbermark:* A nyelv idegentest-tuberculosis tumorakban. *Tietze:* Hernia traumatica sacralis; megjegyések a végbélplastikára vonatkozólag. *Graessner:* A csipőzületi vápa töréseinek casuistikájához.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 62. kötet, 1. füzet. *Zieler:* Szövetzárványok laphámrákokban és megjegyzések a rákvázról. *Bertamini:* A vonalas (strichförmig) megbetegedések ismeretéhez. *Müller:* Naevus-tanulmányok. *Bornemann:* A chloraene histologiája. *Schütz:* A rák aetiologiájához. *Pick:* Granulosis rubra nasi (Jadassohn). *Napp:* Hosszú ideig tartó második incubatio syphilisben. *Sellei:* Thyreoiditis acuta jodkalium használata után.

La semaine médicale, 1902. 40. szám. *Cornil:* A szivbonczolás technikája.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 40. szám. *Walravens:* A sebészeti asepsis és antisepsis. *Le Roy des Barres:* A paralytikus dongaláb gyógyítása musculo-tendinosus anastomosissal.

Gazette hebdomadaire, 1902. 79. szám. *Gallet:* Mikor és hogyan kell operálni appendicitis eseteiben. 80. szám. *Vallas:* A tetanus kezelése.

Le progrès médical, 1902. 40. szám. *Cardamatis:* Febris biliaris haemoglobinurica Görögországban.

Bulletin général de thérapeutique, 144. kötet, 10. és 11. füzet. *Picou és Bolignesi:* Az appendicitis kezelése.

Archives de neurologie, 1902. szeptember. *Soukhanoff és Gan-nouchkine:* Paralysis generalis, a moszkvai psychiatriai klinika adatai tekintetbe vételével. *Pailhas:* Keratikus depressio és súlyos encephalopathiás állapotok. *Viallon és Alombert:* „Sein hysterique.”

Revue de médecine, 1902. 9. füzet. *Féré*: A mágnes iránti érzékenység. *Darembert* és *Moriez*: A fehérje, a húgysav és a vizelet ősszaciditása albuminuriában.

Revue de chirurgie, 1902. 9. füzet. *Savariaud*: Inter-ilio-abdominalis desarticulatio esete. *Valence*: Trauma okozta perigastrikus és hepaticus tályog gyomorátfürődásokkal; műtét után gyógyulás. *Mally* és *Richard*: A Dupuytren-féle fractura. *Richard*: A sérvek műtéti kezelése, különös tekintettel a katonaságra. *Ombredanne*: Adat az astragalus töréseinek ismeretéhez. *Delore*: Veleszületett veseectopia.

The lancet, 1902. II. 13. szám. *E. W. Roughton*: A száj némely kóros állapota. *A. W. Mayo Robson*: Az idült bélgyümökör gyökeres orvoslása. *F. D. Bird*: A mellő hasfal némely daganatáról. *W. J. Webb Anderson*: A cholera Cantonban. *B. G. A. Moynihan*: Idült pancreatitis néhány esete. *A. H. Copeman*: Pythogeniás pneumonia. *T. R. Glynn*: Paralysis mint a gonorrhoea szövődménye. *H. Littlewood*: Műtétek cocain intraspinalis injectioja útján létesített analgesiaiban. *W. G. Savage*: A leucocyták megszámlálása. *G. Wherry*: Buphthalmos. *F. Parkes Weber*: A syphilis tekintettel az életbiztosításra. *W. Williams*: Idegen testek a corneában. *E. Donaldson*: Az auricularis reflex. *H. J. Godwin*: Érdekes lefolyású szülés és gyermekágy. *Percy N. Gerrard*: Antistreptococcus-serummal kezelt heveny septicaemia esete.

British medical journal, 1902. október 4. Az orvosi iskolák megnyitó beszédeit, továbbá a „British medical association“ évi összefoglalójának tárgyalásait tartalmazza.

Hetiszemle és vegyések.

Budapest, 1902. október 10.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal ki mutatása szerint az 1902-dik év 38. hetében (1902. szeptember 28-dikától október hó 4-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalmak.** Az 1902-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751,171, katonai 16,484, összesen 767,661. Élve született 450 gyermek, elhalt 267 egyén, a születések tehát 183-al multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 30.4. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 18.1, az egy éven felüli lakosságnál: 13.8 az öt éven felüli lakosságnál: 12.6 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 5, morbilli 0, scarlatina 3, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 3, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 8, meningitis 15, apoplexia 4, eclampsia 4, szervi szívbaj 16, pneumonia 18, pleuritis 0, pneum. catarrh. 3, bronchitis 4, tuberculosis pulmonum 37, enteritis 35, carcinoma 18, ezek közül méhrák 2, egyéb újképletek 4, morbus Brightii et nephritis 9, veleszületett gyengeség 22, paedatrophia 0, marasmus senilis 5, erőszakos halálos eset 11, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 0, bal eset 6, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi közkórházakban. A múlt hét végén volt 2841 beteg, szaporodás e héten 767, esőkkenés 806, maradt e hét végén 2082 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi október 1-dikétől október 7-dikéig terjedő 40. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 52 (33), diphtheria, croup 26 (27) hagymáz (typhus) 14 (16), kanyaró (morbilli) 61 (30), trachoma 3 (10), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 7 (15), orbáncz (erysipelas) 19 (9), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (0) járv. fültőmirigylob 1 (0), ezenfelül varicella 13 (15).

□ **A II. országos elmeorvosi értekezlet munkarendje.** Október hó 25-dikén este 8 órakor: Ismerkedő összejevetel az „István Főherczeg“ szállodában (V., Akademia-utca). Október hó 26-dikán d. e. 10 órakor: első ülés. 1. Megalakulás. (Elnök és tisztikar választása.) 2. Titkári jelentés. 3. Referatummok (részben az első értekezlet határozatából, részben a szervező bizottság megbízásából): „Az elmebetegügyi törvény alapelvei“. 1. Előadó: *Babarczy-Schwartzler Ottó* dr., m. k. udv. tanácsos. „Az elmebetegkezelés újabb elvei“. Előadók: *Lechner Károly* dr. egyet. ny. r. tanár (Kozosvár). *Oláh Gusztáv* dr., áll. elmeorvosgyint. igazgató. Október hó 26-dikán d. u. 4 órakor: második ülés. Referatummok. „Büntettes elmebetegkezelés elhelyezése“. Előadó: *Moravcsik Ernő Emil* dr. egyet. ny. r. tanár. „Az elmebetegkezelés jogi védelme“. Előadók: *Konrád Jenő* dr. áll. elmeorvosgyint. igazgató. (Nagy-Szebenben.) *Márkus Dezső* dr., kir. táblai bíró. „Az alkoholizmusról“. Előadók: *Stein Fülöp* dr., m. elme- és ideggyógyint. orvos. *Ráthonyi Reusz Frigyes* dr. klinikai gyakornok.

Október hó 27-dikén d. e. 9^{1/2} órakor: harmadik ülés. 1. Referatummok. „A nemü pervertáltások elmekörtani és büntetőjogi szempontból“. Előadók: *Salgó Jakab* dr. áll. elmeorvosgyint. főorvos, egyet. m. tanár *Baumgarten Izidor* dr. m. k. koronaügyész-helyettes. 2. Előadások szabadon választott tárggyal. *Schaffer Károly* dr. egyetemi tanár: „További adatok a paralysis kéregtopographiájához“. *Sarvó Artur* dr. egyetemi m. tanár: „Az achillesreflex szerepe a paralysis progressivánál“. *Donáth Gyula* dr. egyetemi m. tanár: Spiritismus előidézte hysteropilepsia esetei“. *Bálint Rezső* dr. klinikai gyakornok: „Az epilepsia diaetás kezeléséről“.

Október hó 27-dikén d. u. 4 órakor: negyedik (záró) ülés. 1. Elő-

¹ Ezen referatummok már előzőleg nyomtatásban közöltetvén a tag urakkal, felolvasottnak fog tekintetni.

adások. *Kende Mór* dr. gyakorló orvos: „A gyengeelméjűekről és hülyék-ről való gondoskodás Európa államaiban“. *Hajós Lajos* dr. ideggyógyint. II. orvos: „Adatok a paralysisról Magyarországon“. *Frey Ernő* dr. ideggyógyint. II. orvos: „Idiotismus egy esetének kórszövetani készítményei“. 2. Esetleges indítványok. 3. Titkári jelentés. 4. Elnöki záróbeszéd.

Az ülések a budapesti kir. orvosegyesület helyiségében (VIII., Szentkirályi-utca 21. sz.) fognak megtartatni.

Október hó 28-dikán reggel 8 órakor: Az elektromágneses intézet megtekintése. (Városligeti fasor 13. dr. Grünwald-féle sanatorium). Azután: Kirándulás Pomázra a dr. Martin-féle „Margitliget gyógy- és üdülőhely“ megtekintése végett. Indulás Budapest-Pálffy-térről d. e. 10 óra 40 perczkor. Erkezés Margitligetre 12 órakor. A telep megtekintése után d. u. 2 órakor ebéd, azután visszautazás Budapestre.

< **Kuthy Dezső** dr. egyetemi m. tanárt az Erzsébet-sanatorium igazgató főorvosát a Berlinben székelő *Internationales Central-Bureau zur Bekämpfung der Tuberculose* szervező bizottsága, mely *Leyden, B. Fränkel* és *Paunwitz* vezetése alatt áll, *Korányi Frigyes* tiszteleti tag indítványára levelező tagjává választotta.

□ **A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.** A budapesti kir. orvosegyesület számos sebész tagja a *Réczey Imre* és *Dollinger Gyula* indítványára még 1901. év december havában az alapszabályok értelmében az egyesület igazgató tanácsához intézett beadványában sebészeti szakosztály megalakítását kérelmezte. Az igazgató tanács *Tauffer Vilmos* elnököt bizta meg a szakosztály megalakításával, a mi 1902. január 7-dikén az egyesület helyiségeiben meg is történt. *Haberern Pál* indítványára a szakosztály felkiáltással egyhangúlag megválasztotta elnökévé *Réczey Imre*, helyettes elnökévé *Dollinger Gyula*, jegyzővé *Kuzmik Pál*, jegyző helyettesé *Illyés Géza* urakat és megbízta a szakosztály elnökségét, hogy rövid idő alatt ügyrend-tervezetet dolgozzon ki. E megbízatásnak megfelelőleg az elnökség 1902. február 6-dikán a szakosztály elé terjesztette az ügyrendet, a mely azt csekély változtatással elfogadta, kinyomatását és a tagok közti szétosztását elhatározta.

Tudományos működését a szakosztály 1902. február hó 20-dikán tartott I. rendes ülésén kezdte meg. Ez üléseknek jegyzőkönyveit az illető rovatunkban közöljük.

○ **Szabóky János** dr. (nyáron *Gleichenbergben*) november 1-től *Arcoban* folytat orvosi gyakorlatot.

— **Hajós Rezső** dr. *Lussin-Piccoloban* orvosi gyakorlatát újra megkezdette.

± **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** segélyét szeptember hónapban 462 esetben vették igénybe. Évi folyó szám: 1981.

× **Megjelent.** *Lenhossék*: Das Problem der geschlechtsbestimmenden Ursachen. (Fischer, Jena). — *Baumgarten Egmort*: Über Schlingbeschwerden. etc. (Marhold, Halle). — *Adami-Martin*: Report on observations made upon the cattle. (Govern. Printing Bureau Ottawa).

† **Elhunyt.** *Losteiner Károly* dr. uradalmi orvos szeptember 27-dikén 71 éves korában. *Seligmann Ignác* dr. bukaresti gyakorló orvos 62 éves korában Bukarestben. Az elhunyt 44 éven át külföldön tartózkodása dacára sem szünt meg magyar állampolgár lenni és gyermekeit is jobbra Magyarországon taníttatta.

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



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő
Budapestben.

Természetes forró, meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások. zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyviz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúsz, köszvény, ideg-, borbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága** Budán.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

A pesti izr. hitközség kórházának **Röntgen-laboratoriumában** átvilágítás, képfelvétel és gyógykezelés hétfőn, szerdán és szombaton d. e. 10—11. Laboratoriumvezető: **Simonyi (Schwarz) Béla dr.**, a kórház v. alorvosa. Lakik: V., Lipót-körút 5

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (II. rendes ülés 1902. február hó 27-dikén.) 668. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egyesület Nagyváradon. (1902. május havi szakülés.) (1902. május 15-dikén tartott XXXIV. évi közgyűlés.) 669. l.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(II. rendes ülés 1902. február hó 27-dikén.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Ilyés Géza.

Súlyos agysérülés gyógyult esete.

Kuzmik Pál: A bemutatandó eset egy nagy agyronesolással járt nyílt koponyatörés, melynek némi fontosságát azon körülmény nyújt, hogy a teljes gyógyulás aránylag rövid idő alatt és zavartalanul állott be.

A beteg 30 éves férfi, napszámos, kit 1901. december 16-dikán egy társa kapával fejbe vert. Az elszenvedett ütés után eszméletét veszítette s ily állapotban szállítottatott a II. számú sebészeti kórodára. Beteg nyugodt volt, de a kérdésekre nem felelt, ijedten néz körül, pupillák közepétágak, reagálnak. Jobb alsó végtag hűdött, jobb karját nem mozgatja. A kar könyökizületben behajlított, izmai görcsösen összehúzódottak.

A fejtető bal oldalán a sagittal varrattal párhuzamosan, attól mintegy 1,5 cm.-nyire kifelé, közvetlen a koronavaratt felett 6—7 cm. hosszú, zúzott szélű, kissé tágongó folytonosság megszakítás látható véralvadékkal, csontszilánkokkal és agyállomány által kitöltve.

A seb tágitása után kitért, hogy a fent leírt helynek megfelelőleg a koponyacsont 1,5—2 cm. szélességben szálkásan törött, bemélyedett s hogy két végéből kiindulólág a homlokcsont felé és a nyakszirt-csont felé körülbelül 6—6 cm. hosszú csontrepedés van jelen.

A törés szélein véső segédelmével léket készítve sikerült a behorpadt csontszilánkokat kiemelni, valamint a kemény agykéreg alá és az agyállományba behatolt csontdarabokat eltávolítani. Az agyállomány, melyből/kisebb-nagyobb tömegek a műtét alatt kiürültek, körülbelül gyermektenyéryi területen s 1—2 cm.-nyire a mélybe ható-lólág roncsolt volt. A csontszélek kiegyenlítése s az egész sebfelület kellő fertőtlenítése után a lágyképletek, 7 cm.-nyi vonalat kivéve, egyesítették. A csontdefectus helye jodoform-gazeval lett kitömve. Aseptikus száraz kötés. Az egész műtét alatt, noha érzéktelenítő szerek nem alkalmaztak, a beteg fájdalmat nem mutatott, nem beszélt.

Hőemelkedés az egész gyógytartam alatt egyszer sem volt észlelhető. Az aphasia harmadnapra elmúlt, beteg a történetekre nem emlékszik vissza. Az első hét vége felé la-san bár, de fokozatosan mult úgy az alsó végtag hűdése, mint a felkar görcsös összehúzódása. Az első kötést bemutató csak nyolczadnapra változtatta meg, midőn is a seb már sarjadzani kezdett. Harmadik héten beteg már járt s 1902. február 19-dikén gyógyultan hagyta el a kórodát.

Jelenleg a beteg már rendes munkáját végzi, jobb karjának az ereje már teljesen visszatért, nehézségekről nem panaszkodik. A restitutio tehát teljes.

Hogy meddig fog ezen állapot fennállani s hogy nem fejlődik-e ki nála egy Jackson-féle epilepsia, az természetesen ez idő szerint nem állapítható meg.

Ureter katheterezés és radiographia vándorvese kórismzésének esetében.

Ilyés Géza: T. V. 23 éves nő két éve vesz észre hasa jobb felében daganatot. Ezért vétette fel magát az egyetemi I. számú sebészeti klinikára. A jobb hypogastriumban ökölyai, dudoros, gömbölyű daganat, mely áttollható a bal csipőtányérba, letelhető a kis medence felé, de felfelé a vese helyére nem helyezhető s ezért is gyanú van rá, hogy nem a vese. A jobb ureterbe mandrinos kathetert vezetve a vese-medencéig, a daganatot áttolja a bal oldalra s itt kezeivel rögzítve tartva Röntgen-fény alatt lefényképezi. Látható a Röntgen-fényképen, hogy a jobb ureter átfut a bal csipőtányérba, a keze alatti daganatba, mely ezek szerint nem más, mint a jobb vándorló vese. A daganat mineműségének megállapítása ez esetben annál fontosabb volt, mert a nő négy hónapos gravida lévén, nagyobb beavatkozást nem végeztek volna nála szívesen, a mint hogy az ezen eljárás után felesleges is volt.

Hozzászólás Pólya Jenőnek a mult ülésen tartott előadásához.

Winternitz Arnold: Előadó vizsgálataiból főleg azokat tartja érdekeseeknek és praktikus fontosságúknak, melyekkel előadó kimutatta, hogy az ajkak és pofák elvezető nyiroktörzsei között rendszerint vannak egyesek, melyek a megfelelő oldali állalatti mirigyek csoportját átgorva, a fejbicezentő izmon túl az oldalsó nyaktájék mirigyéihez, avagy pedig az ellenoldali állalatti tájék mirigyéihez vezetnek. Az elvezető nyirokutak ilyfajta berendezése Poirier, Heidenhain és mások vizsgálataiból egyéb nyirokterületeken már ismeretesek és ügylátszik eléggé állandó leletei a nyirokér lefutásoknak; mindenesetre oly leletek, melyeket a regionaer mirigyek erélyes és ezéltudatos kiirtásánál tekintetbe kell venni. Szerinte pofa- vagy ajakraknál nemcsak az áll- és állcsúcs-alatti, valamint a mély jugularis mirigyek irtandók ki, hanem

az előadó vizsgálatai értelmében az oldalsó nyaktájék felső nyirokesoportja is. A mirigykiirtásnak igen exactnak kell lenni. Pontosan ismer-nünk kell a mirigyecsoportok topographiáját s azok mindig az őket környező laza kötőszövetrel együtt „en bloc“ irtandók ki. Az állalatti tájéknál eltávolítandó az állalatti nyálmirigy is, mert ennek septumai közepette gyakran találni apró nyirokesomókat, melyek csak a mirigy feláldozásával távolíthatók el tökéletesen.

Makara Lajos: A míg a rákos betegségek gyógyításában egyedül a sebészi módszerek állanak rendelkezésre, maga is a legradikálisabb eljárásoknak híve. Azonban véleménye szerint a rákok kezelése körül újabb tapasztalható javulásban legnagyobb része van az anyagóez tökéletesebb eltávolításának, midőn a rákot nemcsak több-kevesebb épnék tartott szövettel távolítják el, hanem a beteg szervezet vagy teljesen eltávolítják, vagy lehetőleg nagy részben. Egyedül ezen úton is nagy haladást tett a gyomor-, a végbél-, a méh-, a stb. rákok gyógyítása. Nem tagadja, hogy egyebütt a sikerben a rendszeres regionalis mirigykiirtásoknak is volt része, de sajnos, ez utóbbi téren sokkal bizonytalanabb területen dolgozunk.

Az emlőrákoknál az előnyös topographia mellett nemcsak az anyagóez és nyirokmirigyek távolíthatók el összefüggőleg a köztük fekvő nyirokpályákkal, hanem eltávolíthatók és eltávolítandók a szomszédos izmok is, ha a rák átnötte az izomhévelyt, mert ilyenkor a szövetsani vizsgálatok szerint az izom teljesen fertőzött a ráktól. Egyéb szervek rákos betegségeinél ritkán van ilyen előnyös helyzet, mert már az anyagóez tökéletes kiirtását akadályozza a szomszédos szervek életani fontossága, sokszor a regionalis nyirokmirigyek kiirtása tetemesen súlyosbítja a műtétet, a mirigyek összefüggő kiirtása az anyagóezczal pedig lehetetlen.

Az ajk- és pofaképletek rákos bántalmaira vonatkozólag az előadóból láttá, hogy gyakran az ellenoldali vagy mélyebb nyaki nyirokmirigyek az áttétel első székhelyei, az utóbbi mirigyek teljes kiirtása pedig lehetetlen. Ezen körülmény és az összefüggő kiirtásnak lehetelensége magyarázzák, hogy az ajk- és pofarákoknál a rendszeres regionalis mirigykiirtások alig jártak statisztikailag kimutatható javulással; véleménye szerint ott a még radikálisabb mirigykiirtások eredménye sem fog arányban állani a hozott áldozattal.

Az eredeti góez kiirtásának tökéletesítése még mindig javíthatja az eredményeket, hisz a gyomorra vonatkozólag is kitért, hogy a nagyterjedelmű gyomorresecciók eredménye sokkal jobb.

A többi szervek rákos betegségeinél a szövetsani rendszeres vizsgálatok, a tüzetes kórbonczani és klinikai statisztikák sokban javíthatják a műtét technikát. A regionalis nyirokmirigyek tanulmányozása kiválóan fontos mindezen tekintetből, annyival inkább, mert eddig az anatómiai tanulás- és tanításban a nyirokrendszer mostoha gyermek volt. De a nyirokmirigyek a szervezet háztartásában is fontosak és így azok eltávolítása körül is szigorúan tudományos ismeretek alapján kell eljárunk.

Dollinger Gyula régen hirdeti a carcinomák — úgy a primaer góez, mint a metastasisok — radikális kiirtását. Alajk-carcinománál eltávolítja az állalatti tájék nyirokmirigyét, de mindig kiirtja a stern. cleid. mast. felső feje alatti mirigyeket is, melyekre már régen figyelmzettette tanítványait. De eltávolítja a sterno-cleid. mast. mentén fekvő mirigyeket is, sőt néha a supraclavicularis mirigyeket is a Z alakú metszéssel, mely az állcsúcsától a proc. mastoideusig, innen a sterno-cl. mast. mellő szélé mellett le a sterno-clavicularis izületig s innen a kulcsosont mentén hátrafelé húzódik. Öreg egyéneknél utóbbi időben két szakaszban végzi a nyelv carcinoma műtétét, az első műtéttel a primaer góezot a nyelvből, a másodikkal a mirigyeket távolítja el. Ezen eljárás hátránya abban áll, hogy nehéz némely betegot az első műtét sikere esetében egy második műtétbe belevinni.

Winternitz felszólalására megjegyzi, hogy a végbél nyálkahártyájából a hypogastrikus mirigyekbe megy a nyirkáram, de a végbél-nyílás nyálkahártyájáról a nyi okedények és a nyirkáram a gáton át az inguinális tájékra szorulnak, így a végbélnyílás carcinomáknál előbb az inguinális mirigyeket távolítja el, azután ugyanczen műtétben a primaer góezot a végbélből.

Emlőrákoknál azt hiszi, hogy a jó eredmények a regionaer mirigyek pontos eltávolításán alapulnak.

Bakó Sándor kérdi, mit csinálnak a középen ülő alajkráknál?

Dollinger Gyula megjegyzi, hogy az ajk közepén ülő rákoknál a mindkét oldali nyaki mirigyeket távolítja el.

Makara Lajos szerint emlőrákoknál az a nagy előny, hogy itt a primaer góezot és a mirigyeket egy tömegben veszik ki. Másol ez el nem érhető s ezért ilyen régióknál kevés a kilátás arra, hogy jobb eredményeket érjenek el.

Winternitz Arnold a nyirkutakban a primaer góez és a rákos mirigyek közti területen nem látott recidivát.

Pólya Jenő a hozzászólásokra reflectálva először Dollinger tanár megjegyzésére válaszol, hogy a szájbéli rákok, mint a laphámrákok egyáltalán, az irodalomban közölt esetek alapján is csak igen ritka

esetekben képeznek a belső szervekben áttételt; az irodalomban felsorolt ilyen esetek közül is a legtöbben gyomorrákot találtak ajakrakk mellett s ezt inkább hajlandó az ember implantációs autoinfectionnak, mint vérpályán való metastasisnak tulajdonítani. A Bakó tanár által felhozott metastatikus tüdőcarcinoma is aspiratio által létrejött ilyen autoinfectionnak tekinthető. Winternitzzel nem egyezhetik meg abban, hogy a nyirokerekben való ráksejt megtelepedésnek egyáltalán nincsen szerepe a recidívákban, a klinikai tapasztalat s a kórbonczatani vizsgálatok azt látszanak bizonyítani, hogy e tekintetben a különféle carcinomák különféleképpen viselkednek; laphámrákoknál például úgy látszik intactak maradnak a nyirokerek maguk, míg emlőrákoknál be van bizonyítva, hogy a ráksejtek directe bele burjánzanak a nyirokerekbe, minek klinikai bizonyítékát az egyszerű mamma-amputációk után észlelt, a peet. maiorban fellépő recidív góczok képezik. A nyirokerekben való ráksejt megtelepedésre ezenkívül a nyirokér lefutási irányának, a benne levő áramlási sebességnek, a regionær nyirokúrigy ráksejtekkel való esetleges megteltségének is kétségtelen befolyása van. Végül Makara tanárnak felel. Nem osztja az ő skepsisét a radikális műtétek várható eredményeire nézve. Bizonyos, hogy lesznek mindig és talán nagy számmal lesznek carcinomák, a miket végleges sikerrel megoperálni nem tudunk, de a rák terjedésének rigorosus vizsgálatától és pontos megismerésétől lehet a chirurgikus beavatkozásoknak és műtéti eredményeknek megjavulását várni. Sok mostan divó, radikálisnak nevezett műtéti eljárás egyáltalán nem alapszik a carcinoma terjedés ismeretén s így lehet nagy, lehet beható, de nem radikális s nem szabad esodálni, hogy az eredménye elszomorító.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület Nagyváradon.

1902. május havi szakülés.

(Vége.)

Az ily esetekből mindenestre levonandó a tanulság, hogy belsőleg, továbbá külsőleg nagyobb bőrfelületre s testüregek öblítésére, vagy egyáltalában nem, vagy kellő elővigyázattal adjuk. Az utóbbi célokra legfeljebb 1/200-os oldatban. Otthon meg jól megőrzendő, hogy tévedésből ne ihasssanak belőle.

Nagyon megszívlelendő az a tanács is, a melyet Assfalg és Burgl adnak említett közleményükben, az t. i. hogy lysol is csak „méreg” jelzéssel legyen kiszolgáltatható és csak orvosi rendeletre.

Az előadáshoz Bartha János dr. fűzött néhány megjegyzést, megemlékezve egy esetről, a melynél egy szülőné házánál egy öt éves fiú a mosdón felejtett *creolin*-ből mintegy másfél kanályit ivott. A gyermek hányt s ezért feleslegessé vált a gyomormosás. Meggyógyult. A vizelet még hat nap után is a jellegző színt mutatta, carbolvizelet volt. Szerinte a csekély adagok csak annál okoznak bajt, a kinek a szerrel szemben idiosyncrasiája van.

Konrád Márk dr. hasonló értelemben nyilatkozik. Hosszú évek alatt, úgy mond, bár a lysolt nem nagy vigyázattal kezelik, mérgezés nem észlelt.

1902. május 15-dikén tartott XXXIV. évi közgyűlés.

Elnök: Konrád Márk dr.; jegyző: Mayer László dr.

1. Elnök üdvözölve az egybegyűlt tagokat, a közgyűlést a következő beszéddel nyitja meg:

Mélyen tisztelt közgyűlés!

Közgyűlésre gyűltünk ma össze, hogy beszámoljunk a lefolyt egyleti év történetéről és beszámoljunk önmagunk ténykedéséről.

Azt hiszem t. közgyűlés, hogy ezen beszámolás nemcsak megnyugtató lesz a multa, hanem biztató és serkentő a jövőre nézve is.

A mióta a tisztán orvosi rendi érdekek egy más társulás gondozása tárgyát képezik, azóta egyesületünk tisztán tudományos egyesület, melynek tárgya az egész természet és maga az ember, életének minden vonatkozásaiban. Még az anya méhében válik már az ember gondozásunk tárgyává, hogy ne terhelje a bibliai átok, hogy ne bűnhődjék apja bűneiért.

S az orvos gondozása a bölcsőtől a sirig kíséri az embert. A beteg ágyánál önfeláldozóan küzdünk a bajjal és betegséggel. Künn az életben küzdünk az ember egészségéért az élet minden vonatkozásaiban. Világszerte folyik a védekezés a ragályos betegségek ellen, sanatoriumokat építünk a tüdővészéseknek és világszerte indult meg a mozgalom a rákbetegség tanulmányozására.

A gyógyítás tudománya egyedül nem meritheti ki az orvos ténykedését, az orvosi pályát, mint hivatást. Az orvosnak tért kell biztosítani a társadalmi kérdések és bajok javításánál is. Azért az orvosi rend nem is keresi a megkülönböztetést a társadalmi rendben, hanem az összetartozás meggyőződésében inkább a szoros összefüggést.

Mi, mint a magyar társadalom odaadó tagjai és a haza áldozatkész hű fiai, annál inkább érezzük ennek szükségét, mert, sajnos, nem ilyen irányt kezd követni a mai társadalom.

A mai jelszó a társadalom szétválasztása, széttagolása, születés, rang, foglalkozás, felekezés és magánegyesületek szerint.

Miként a francia forradalom néhány év alatt meggyőződött, hogy a rosszul értelmezett jelszava: „liberté, égalité, fraternité” a tár-

sadalom felbomlásához vezet: úgy vezet — habár lassabban — a társadalom gyengüléséhez, bomlásához az osztályegoizmus, születés, állás, rang és foglalkozás megkülönböztetésekkel, melyek gyakran félre ismerik az emberi természetet s nem méltányolják az emberi jogok igazságait.

Ellenben a társadalom és állam erős alapjává válhatik a társadalom tagoltsága, ha harmonikus, jóindulatú és áldozatkész működésben egyesül a differenciázott társadalom.

Minket, t. uraim, magasztos hivatásunk a tisztán „emberi”-hez fűz, a szép hippokratési jelszó szerint „Nil humanum alienum esse puto”. Mi ne képezzünk külön társadalmat. Mienk az egész társadalom és mi az egész társadalomé vagyunk. Egyaránt szolgáljuk a magas és szorény állásút, szegényt és gazdagot, s ezen súlyos kötelességeink teljesítésében emelő a tudat, hogy jótékony és elfogulatlan közvetítők lehetünk a kunyhó és kastély között. Lélekemelő meleg érzést és megható áldozatkésztséget találunk a szegény iránt oly körökben is, melyek nem ismerik a nélkülözést és megadó türelmet, hálát a szegény viskóban, hol a jótétemény elfeledteteti az irigységet.

Ezen szép és magasztos hivatásunk teljesítésében tartsa mindig öbren önbizalmunkat a kölcsönös összetartozás és becsülés erősítő érzése. Képességeinket, tudásunkat pedig gyarapítsuk tudományos munkálkodásunkkal ezen családi otthonunkban.

Kísérje a jövőben is Isten áldása egyleti életünket, kísérje Isten áldása hivatásunkat künn az életben a szenvedők javára.

Ezen forró óhajjal van szerencsém a mai közgyűlést megnyitni.

2. Edelman Menyhért titkár felolvassa nagy gonddal készült titkári jelentését, a mely hű képét adja az egyesület mult évi működésének.

A titkári jelentés a következő:

Tisztelt közgyűlés!

A midőn tisztemből kifolyólag egyesületünk működésének immár harmincznegyedik évéről kell jelentést tennem és arról beszámolnom, volt-e ez évi munkálkodásunknak figyelemreméltó és számottevő eredménye avagy munkánk meddő volt-e és eredményben szegény, lényegesen megkönnyíthetem feladatomat s minden hosszabb fejtegetés és kitérés nélkül csak annyit kell elmondanom, hogy egyesületünk több, mint három évtizedes multjához ezúttal is hű maradt s az alapítóktól és elődöktől reánkmaradt tradíciót tiszteletben tartva, abban a szellemben folytatta munkáját, végezte alapszabályaiban is körvonalazott feladatát, a mely szellem az egyesület vezetőit régenten s áthatotta. Céljaiban is mindenkoron, a mai napig következetes maradt.

Összhangzásba hozni a gyakorlati élet, helyesebben az orvosi gyakorlat mindennapos érdekeit, szükségleteit az elméleti tudomány tételivel, tanításaival s az utóbbiakból értékesíteni azt, a mi gyakorlati céljait szolgálhatja. Igaz, kissé egyoldalú irányzat, a mely némileg meghazudt. Ija az egyesület eredeti feladataira célzó nevét is, de mert tagjai közt minden időkből az orvosok voltak túlnyomó számban, az ő szükségletökhöz képest az egyesület munkaprogramjában is túlnyomó rész az orvostudományok művelésének jutott s ebben is annak, a mely gyakorlati szükségleteit igyekszik kielégíteni.

Az orvosi gyakorlat izgalmi, sietsége, pillanatnyi szükségletei, sokszor megfontolásra időt sem hagyó kényserhelyezetei közből, a midőn a gyors elhatározást a tettek kell nyomon követnie, tagadhatatlanul akárhányszor eldobjuk magunktól az elméleti igazságok és tudományos megállapodások akadályozó terhét és elégszer a nehezen okadatolható empiria és a sokszoros gyakorlat által kifejlesztett rutin segít tetteinkben.

De ha az utóbbiak értékét alábecsülni nem akarjuk is, lehetetlen azt mondanunk, hogy ez így van jól.

A jelen idők orvostudománya többé már nem elvont speculatio vagy durva empiria, ma már az orvostudomány is az exact tudományok módszereivel él s a természettudományok kutatási eszközeit veszi igénybe, ezért a ki ma a beteg ember javát akarja tudományi és biztos talapatát nem hagyhatja el.

S ha a mult század nagy francia klinikus, *Trousseau*, az aprólékos kísérletekkel pepeselő orvostudós felé, a ki a fától az erdőt nem látja s az egyes jelenségek apró részletekig menő vizsgálatánál megfeledekzik arról, a kinek érdekében bűvárlatait végzi, a szenvedő emberről, a betegről, ezt kiáltja: „De grace, un peu moins de science, un peu plus d'art” (Az Isten szerelméért, valamivel kevesebb tudomány s valamivel több művészet); az előbb mondottak igazságát is nyomatékkal hangsúlyozza, a midőn így szól: „le pire artiste, qui n'est jamais savant” (Gyenge művész az, a ki egyszersmind nem tudós is).

A midőn tehát itteni tevékenységünk arra irányul, hogy az orvosi gyakorlat élő tanulságait és az elméleti tudomány tanításait összhangzásba hozzuk, e szellemben munkálkodunk, arra törekedve, hogy mindnyájunkban legyen valami a művészből is, a tudósból is.

Öntudatlanul avagy tudatosan — biztonsággal eldönteni nem tudom — ezt a célt szolgálták azok is, a kik e falak közt előttünk vettek részt az egyesület tevékenységében, ez lebeg a mi szemünk előtt is, a midőn megfigyeléseink és tanulmányaink szerény eredményével tagtársaink elé lépünk, hogy a mivel esetleg gazdagodtunk, azt ez egyesület minden tagja megoszthassa velünk.

S ezzel beszámolóm már teljes volna, több szót vesztegetnem alig kellene, ha feladatomból megkönnyítse volna célom s megelégedném azzal, hogy az itt uralkodó szellemre néhány szóban reámutassak.

Hogy ezzel be nem érem és törekvéseinknek részletesebb vázolásába kezdek, azért van, mert még ma is, a midőn egyesületünk létjogát

több évtizedes mult igazolta, még mindig küzdenünk kell a kiesnylés, a semmibe sem vevés és a közöny ellen.

Újra meg újra kell csoportosítanunk az érveket annak a bizonyítására, hogy a látszólag csekély eredményeket sem szabad megvetnünk s hogy nem meddő a munka, a melynek szolgálatába szegődünk.

Ezért nem csüggedünk, a kik tagtársaink bizalmából az egyet ügyeit intézzük, ezért nem fáradunk bele abba a hálátlan és nehéz vállalkozásba, hogy a kiesnyléssel és közönnyel szemben úgyszólván naponként keltsük új életre az egyet lankadó erőit.

Az a lehangoló tapasztalat sem csüggeszt el, hogy évről évre ugyanaz a kis csoport, az egyet tagjainak egy töredéke, teljesíti az egyetlennel szemben köteleseit. Ha mindennapi munkájában diagnostikai rejtelet sikerült megoldania, kivételes győgyeredményt ért el, avagy tudása határait érve, a megmentett beteg helyett diagnostikai tévedésre valló, vagy képessége korlátolt voltát mutató kórbonczani készítmény felett rendelkezik, tagtársai elé lép, hogy gyengeségének, tévedéseinek, esetleg sikereinek tanulságait okulásul közkinccsé tegye.

De ezzel még nincs kimerítve a teendők sora.

Az orvosi tudomány műhelyeiben serény munkálkodás foly, a tudósoknak egész hadserege görnyed görcsös praeparatumok felett, mélyed el az élő szervezet rejteleinek kutatásában, végzi búvárlatait laboratóriumokban kémesóval, vegyszerrel s a kutatás újabbnál újabb eszközeivel és e szorgos munka eredményét ezer kéz siet, sokszor hevenyében, papírra vetni.

S az embertársai egészsége felett örökös orvosnak, annak is, a ki a cultura központjaitól távol, magányos elszigeteltségben él, figyelemmel kell kísérnie mindazt, a mit a sok munkásfej kieszel, a sok fúrge kéz betükbe foglal.

A beteg ember élete, épsége, jóléte egyaránt drága mindenütt s ha van külön orvosi lelkiismeret, az csak akkor lehet nyugodt, ha mindent elkövetünk, a mit a beteg érdeke megkíván s a beteg életét és épségét veszélyeztető ellenség ellen harcra viszünk minden fegyvert, a melylyel a kutatás, a kísérletezés, a találékonyság és ötletesség az orvoslás fegyvertárát gazdagította.

S e fegyverek birtokába jutni nem könnyű.

„Der Arzt kann die Kenntniss des Neuen nicht entbehren“ írja *Leyden* „heutzutage am wenigsten, wo täglich Neues geboten und das Neue gebieterisch verlangt, wo das Neue vom Neuesten verdrängt wird“.

Az újat nyomon követi az újabb s a ki úgy van meggyőződve, hogy a betegség elleni harcban az újabb fegyverrel is élnie kell, nem állhat meg a pontnál, a melyen a fejlődő tudomány túlhaladt.

De az egyes e haladásal lépést tartani képtelen, az újat és az újabbat állandó figyelemmel alig kísérheti; csak munkamegosztással, egymást kölcsönösen segítve, oktatta vehetünk tudomást mindarról, a mi az orvosi tudomány műhelyeiből nyilvánosságra jut.

Ily kölcsönös oktatás színhelye egyetünk is, a hol az egyes a köznek dolgozik és a közös munkából hasznot merít az egyes.

Czéljaink tehát világosak, az út ki van jelölve; e czélokért munkálkodni érdemes, haladásunk a kijelölt úton eredménynyel kecséget.

Egyetünk nem feleleges intézmény, a mint azt némely kishitű kételkedők vélik, nem egy a minden igaz szükség nélkül alkotott társulatok közül, hanem komoly rendeltetésű munkahelye azoknak, a kik hivatásuk magasabb érdekeit sem tévesztik szem elől.

Ha évi beszámolómu fényes adatokkal nem is kérkedhetik, ez az intézmény rovására nem irható. Czéljaink komolyak, feladataink nagyok s a nagyratörekvés egymagában is érdem.

Hogy e törekvésben kevesen vesznek részt, mulasztás és nem indokolható közöny, s kétségbe nem vonható igazság — a mit mult évi jelentésemben is hangoztattam —, hogy az egyet élete, az itt folyó munkálkodás eredménye olyan, a minővé azt tagjainak, minden egyes tagjának buzgalma és fáradozása teszi.

E buzgalmat dicséri, ha a beszámoló kedvező, s a buzgalom hiányán mulik, ha az egyleti év zárszámadása erkölcsi deficittel végződik.

Buzgó tagtársaim egy kis csoportja iránti hálaérzettel eltelve, örömmel jelentem, hogy — ha van is kifogásolni való s még fokozottabb munkakedvre volna szükség — nem kell lehangoló beszámolóval a t. közgyűlés elé lépnem, mert ezúttal is egészben véve a multhoz méltó munkálkodásról adhatok számot.

Csak túlszigorúak ne legyenek t. Tagtársaim ítélkezésükben s vegyék figyelembe, hogy a viszonyok kedvezőtlen volta s az eszközök fogyatékossága gátat vetnek nagyobb szabású törekvéseink elé s egy vidéki kisarányú egyesülettől joggal nem várhatják azt, a mit nagyobb culturalis góczpontok hasonló célú egyesületeitől méltán elvárhatnának.

De ezt nem hangulateltetés czéljából mondom s nem arra töreksem, hogy jogos várakozásai alább szállítására ösztönözsem t. Tagtársaimat, csupán azért, hogy méltányos megítélésre számíthassak.

*

Egyetünk a mai közgyűléssel lezáródó egyleti év folyamán még egy rendkívüli közgyűlést, négy választmányi ülést, tizenegy szakülést s egy rendkívüli szakülést, tehát összesen tizenhözven ülést tartott.

A választmányi ülések tárgya az administratív ügyek tárgyalása s az egyet régi alapszabályainak a mai viszonyoknak megfelelő átalakítása volt, a rendkívüli közgyűlésen történt azután a megváltoztatott alapszabályok végleges szövegezése. A tizenegy rendes és a rendkívüli szakülésen 22 előadó 39 tárgyról tartott előadást.

Úgy az előadások, mint az előadások száma gyarapodást mutat s ha a következőkben az előadások címét és tárgyát is megjelölöm,

arról fog a t. Közgyűlés meggyőződhetni, hogy a számbeli gyarapodás nem az érték és érdekesség rovására történt.

Mint a multban, úgy ez évben is az előadásokhoz és demonstratiókhoz legtöbbször élénk és tanulságos eszmecsere fűződött, a mely közvetlenségével akárhányszor még azoknak figyelmét is felkeltő, a kik csak szórakozottan követték az előadók fejtegetéseit.

Az előadók névsora és a tartott előadások czíme:

1. *Alexander Lajos*: A tejnek közegészségügyi szempontból való vizsgálata (referáló előadás).

2. *Altman Jakab*: a) Angioneurotikus alapon fejlődött teleangiectasia (betegbemutatás); b) Diabetes insipidus esete; c) Idült ólommérgezés esete (betegbemutatás).

3. *Baróthy Akos*: a) Nagyvárad város 1901. évi közegészségügyi viszonyai; b) Havi jelentések Nagyvárad egészségügyi állapotáról.

4. *Berkovits Miklós*: Az auscultatio percussio (eszközök bemutatása).

5. *EdeImann Menyhért*: a) Szivtámasztó készülék (a készülék bemutatása); b) Carbolféregzés esete; c) Lysolféregzés esete.

6. *Fráter Imre*: a) A fossa popliteából kiirtott aneurysma (kórbonczani készítmény demonstrálása); b) A létesítendő elmekórház tervezete (a tervek bemutatása); c) Részleges golyvakiirtás (betegbemutatás); d) Magas kömetszés műtete (betegbemutatás).

7. *Gerő Sándor*: Gyakori csonttörés egy család tagjainál.

8. *Grósz Emil* egyetemi rk. tanár (Budapest): A szembajok összefüggése a szervezet egyéb betegségeivel (referáló előadás).

9. *Grósz Menyhért*: Simulált (?) elmebaj esete.

10. *Havas Imre* (vendég): Bőrbetegség ritkább alakja (bőrcarcinosis (?); betegbemutatás).

11. *Jancsó Miklós* egyetemi magántanár, egyetemi adjunctus (Kolozsvar): Ujabb vizsgálatok a malariaparasitáknak fejlődéséről a szunyogokban (referáló előadás praeparatumok, fényképek és rajzok bemutatásával).

12. *Konrád Béla*: a) Spontan gyógyult perityphlit's esete; b) Kétoldali hydrocele műtete (betegbemutatás).

13. *Konrád Márk*: a) Ovariectomia műtete; b) Dermoideysta által okozott medenczcsükkületnél végzett császármetzés (betegbemutatás); c) Kystadenoma pseudomucinosum (kórbonczani készítmény bemutatása); d) Ikérsülés esete (demonstratio); e) Kettős sipoly műtete (betegbemutatás); f) Ovarialis cysta praeparatum (demonstratio); g) Ovariectomia műtete (betegbemutatás); h) Myoma-exstirpatio (kórbonczani készítmény bemutatása).

14. *Kornstein Lajos*: Az x-sugarak szerepe az orvostudományban (referáló előadás).

15. *Kovács Béla* gyógyszerész: A thermophorokról (a készülékek bemutatása).

16. *Mayer László*: A nagyvárad járványkórház 1901. évi betegforgalmáról.

17. *Papp Oszkár*: Hólyagos himlőt átállott beteg sikeres beoltása (betegbemutatás).

18. *Purjesz Zsigmond* egyetemi tanár (Kolozsvar): Adatok a malaria kérdéséhez (referáló előadás).

19. *Rácz Miksa* műtőnövendék (Kolozsvar): A prostata hypertrophia kezelése (referáló előadás, eszközbemutatás).

20. *Rácz Ödön*: A nagyvárad „Fehér kereszt egyesület“ gyermekmenhelyének első évi működése.

21. *Révész Vilmos*: a) Dextrocardia esete (betegbemutatás); b) Aneurysma aortae (kórbonczani készítmény bemutatása); c) Pleuritisben és pericarditisben elhalt beteg szíve (kórbonczani készítmény bemutatása); d) Cardialis asthmában elhalt betegtől származó kórbonczani készítmények bemutatása.

22. *Waldmann Béla*: Operált szembeteg bemutatása.

Tisztelt közgyűlés!

E részletes adatok felsorolása nélkülözhetővé teszi azt, hogy a lefolyt egyleti év munkásságának jellemzésére sok szót vesztgessek. A pusztá számbeli adatok egymagukban is kielégíthetik várakozásainkat. Ezekből megtudhatjuk, mint már említém, hogy az előadók száma 22 volt s ezek a havi közegészségügyi jelentéseket nem számítva, 39 tárgyról tartottak előadást. A betegbemutatások száma, a mely a lefolyt évben 11 volt, a mult évi számhoz képest csökkenést mutat.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

6619/1902. szám.

Békés vármegye közkórházának elmebeteg-osztályán lemondás folytán megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1200 korona készpénzfizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú ételmezés. Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamódványaikát méltóságos dr. Lukács György Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám folyó évi október hó 27-dikéig küldjék be. Később érkező folyamódványok figyelembe nem vétetnek.

Gyula, 1902. évi október hó 7-dikén.

3-1

Berkes dr., kórházi igazgató.

519/902. E. szám.

Dobsina r. t. városnál lemondás következtében megüresedett II-od szülésznői állásra pályázat nyitattik.

A II-od szülésznő javadalmazása 200 kor., azaz: kétszáz korona évi fizetés és 30 kor. lakbér a városi pénztárból, valamint a vagyonosabb szülőktől a nekik nyújtott segélyért fizetendő díjakból áll.

A szülésznői oklevéllel ellátott pályázati kérvények 1903. évi január hó 10-dikéig alulírott polgármesteri hivatalnál benyújtandók.

A német és tót nyelvekben jártas pályázók előnyben részesülnek.

Dobsina, 1902. évi szeptember hó 26-dikán.

2-1

Szontagh, polgármester.

Egyéb üresedésben levő állás.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
okt. 14.	körorvos	Nagy-Zsám	1200 k., 200 k. lakb., 200 k. hússzemle	Csapó Géza főszolgab., Versecz
15.	g. főo.	Nagymihályi közkórház	1000 k. és lakás	Gr. Hadik Béla főisp., S.-A.-Ujhely
15.	körorvos	Túrócnevezpál	1800 k.	Ujhelyi főszb., Túróc- Szent-Márton
15.	alorvos	Szegzárd	1000 k., ellátás, lakbér	Tanárky Árpád igazg.
15.	segédorv.	Trencsén	1200 k., lakb., élelm.	Osztróluetzky Géza, fő- ispán
26.	körorvos	Pétervásár	1200 k., 200 k. lakb., 400 k. úti át.	Szabó J. főszolgabíró
30.	körorvos	Etéd	1000 k., 200 k. úti át. és lakás	Pálffy J. főszolgabíró, Székely-Keresztúr

HIRDETÉSEK.

A t. orvos urakat kérjük következő sorokat figyelemre méltatni:

Sokoldalú, beható vizsgálatok után sikerült nekünk a **csukamájolajat**, melyet a gyermekek oly kelletlenül vesznek, a kellemetlen íz teljes fedése mellett, **tabletták alakjában** előállítani, úgy hogy ezt a nélkülözhetetlen gyógyszer most már, mert **kellemes ízű**, az összes gyermekek, a kik a tablettákat egyszer megízlelték, szívesen veszik. Kiváló előnyük abban is van tablettáinknak, hogy a szerencsés összeállítás folytán **télen és nyáron egyaránt** egyformán jó ízűek és tartósságuk határtalanul bizonyult.

A tabletták az iskolába, kirándulásokra, utazásokra stb. igen kényelmesen elvihetők.

Egy tablettá 3 gm. finom csukamájolajat, 1 gm. száraz malátakivonatot, 1 gm. cacao-port és 5 gm. cukrot tartalmaz; tehát 3 drb 1 évőkanál csukamájolaj hatásának felel meg a malátakivonatot, a cacao és a cukor becses tápértékén kívül, a melyeknek keveréke könnyen emészthető.

A mi készítményünk **Natterer csukamájolaj-tabletták** elnevezés alatt 10 illetve 20 drbot tartalmazó kartonokban **csak gyógyszertárakban** kapható.

Minta az orvos uraknak ingyen és portómentesen áll rendelkezésükre.

Tisztelettel

WILHELM NATTERER, München II., Fabrik pharm. Confituren.
Főlerakat: G. u. R. Fritz, Me iz. Droguen-Grosshandlung Wien I.

DR. DOCTOR KÁROLY V. EGYETEMI TANÁRSÉGÉD

ORVOSI LABORATORIUMA

Budapest, IV., Városház-utca 10.

Elektromagneses intézet

dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában
Budapest, Városligeti fasor 13.

Elektromagneses erő alkalmazási tere: **álmatlanság, izomcsúsz, neuralgiák, ischiás, szivneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine stb.** — Orvosi vezetés. — Kezelés egész napon át. Mérsékelt díjak. Kíváncsi prospectus.

Az Ung.-t hydr. helyettesíti és felülmulja a

Mercurocrème.

Szabadalmazva.

Teljesen zsír-

Törv



védve.

és szagtalan.

33¹/₃o higany-

tartalommal.

Készítője: Rosenberg Sándor dr. gyógyszerész, Budapest, VIII., Kerepesi-út 43.

A t. orvos urak kéretnek mindig »Mercurocrème secund. Dr. Rosenberg eredeti dobozban» rendelni.

Védjegy:



CHINOSOL

D. R. P.
88.520. sz.

1, 1/2, 1/4 gr. tablettákban és poralakban.

Kitünő sikerrel alkalmaztatott a transvaali háborúban!

A sublimat, carbolsav stb. méregnélküli pótléka.

Gyorsan ható **stypticum** és **váladékmegszorító**

(l. „Deutsche Med. Wochenschrift“ 1901. 33. sz. 566. oldal).

Javallatok: **Sebkezelés, szülészeti gyakorlat, nemi és bőrbajok, torok-, orr- és fülbetegségek, antiseptikus irrigatók, prophylactikus gargarizálás, a kéz fertőtlenítése, a betegszobák fertőtlenítése részére, továbbá phthisis, gümőkór, lepra stb.** Irodalom és vényminták ingyen és bérmentve.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.

Vezérképviselő nagyban eladásra Ausztria-Magyarország részére:

WILHELM MAAGER, Wien, III/3, Heumarkt 3.

A Chinin íztelen

ha a „QUIRINI“-féle Syrupus eriodyctionis californici-vel eldörzsölik. Rendeljük tehát a chinint csak „QUIRINI“-féle szörppel.

Világhírű



FORRÁSOK, a francia állam tulajdona.

Kezelőség: Paris, 24 Boulevard des Capucines 24.

Ajánlva elsőrangú orvosi tekintélyek által.

Célestins:

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

Grande Grille:

Májkövőkészen és epekövőkészen, pangások az alhasi szervekben.

Hôpital:

Mindennemű dyspeptikus bántalmaknál.

Forrástermékek: Fürdő, gyógyvíz, sók és pastillák.

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

Szigorúan arra figyeljünk, hogy a forrás neve megjelölve legyen.

HAVAS ADOLF dr. egyet. tanár, főorvos a Mercurocrème-ről az Orvosi Hetilap 1902. évi 6. számában a következőket írja: „A Mercurocrème-t mint oly szert, melynél zavarokat a bedörzsölési kúra alatt nem észlelünk, mely nem vagy alig piszkít, a bőrt nem izgatja, nem bűzös, a bedörzsöléshez csak kevés időt, 3—5 percet, igényel és speciális ügyességet a bedörzsölésre nem feltételez, így tehát könnyen otthon vagy a fürdőben is végezhető, haladásnak tekinthetem a syphilis terapiájában és a tisztelt kollegáknak szíves figyelmébe melegen ajánlhatom.“

Az eredeti dobozok árai a következők: 10 adag à 3 gr. 2 kor., 5 adag à 3 gr. 1 kor. 10 fill., 10 adag à 2 gr. 1 kor. 80 fill., 10 adag à 1 gr. 1 kor. 60 fill. Minden gyógyszertárban kapható. Minta és orvosi irodalom ingyen és bérmentve.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: **HÓGYES ENDRE** EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ **SZÉKELY ÁGOSTON** EGYET. M. TANÁR.

T A R T A L O M:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kétly László és Torday Árpád: Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) Mennyiben értékesíthető a cytodiaagnosis a mellüri és hasüri folyadékok természetének elbírálásánál? 671. lap.

Jendrassik Ernő: A budapesti k. m. tud.-egyetemen az idegbajosok klinikájának megnyitó előadása. 673. lap.

Balás Dezső: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából. A nyelv jóindulatú daganatai. 675. lap.

Jendrassik Ernő: Adatok az öröklődő bántalmak ismeretéhez. 677. lap.

Tárca. Schweitzer Arthur: Néhány megjegyzés Bókay János dr. tanár „A tenger melléki kórházokról” című cikkére. 681. lap. — Szünidei orvosi cursus. 681. lap. — **Ónodi Adolf:** Úti levelek. 682. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Hüttl. Hümér: Törekvések az eszközök, a kötőszerek és a varróanyag esírátlanítását tökéletesíteni. — *Könyvismertetés.*

A-y: Állategészségügyi Évkönyv az 1901. évre. — *Lapszemle. Venerás bántalmak. Düring:* Tanulmányok az endemikus és öröklött syphilisről. (Sellei.) *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Reinhardt:* A bismutose. — *Chezi:* A fersan. — *Folyóiratok átnézete.* 683—684. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmazások. — A kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem központi épületének ünnepélyes megnyitása. — Hüttl. Hümér. — Az Erzsébet királyné sanatorium. — Kinevezések. — Egyetemek kórházegylete. — A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület. — Az egyetemi I. sz. női klinika. — Hógyes tanár Pasteur-intézete. — A Reiniger, Gebbert és Schall-féle elektrotechnikai gyár. — Lápfürdőknek otthon való használata. — Pályázatok. — Hirdetések. 685. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — Biharmergyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

Mellékletek. Korányi Frigyes: Emlébeszéd Markusovszky Lajos felett. — Orvosi Évkönyv prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.)

Mennyiben értékesíthető a cytodiaagnosis a mellüri és hasüri folyadékok természetének elbírálásánál?

Irták: *Kétly László* dr. I. tanársegéd és *Torday Árpád* dr. klinikai gyakornok.

A másodlagos természetű mellhártyagyulladások felismerése klinikai nehézségekbe nem ütközik. Mert akár egy a tüdőben székelő tuberculosis góczhoz társul a mellhártyaizzadmány, akár vese-, szívbaj, fertőző bántalmak mellett lép fel a pleuritis, ismerve a folyamatot megindító okot, következtetés útján kimondhatjuk azt, hogy a jelzett folyamatokhoz társuló másodlagos mellhártyaizzadmánnyal van dolgunk. Ha azonban szívbajhoz és vesebajhoz tüdőgümőkór is társul, nehezebb dolog eldönteni azt, hogy a fejlődött exsudatum gümőkóros, vagy szívbajhoz és vesebajhoz társuló exsudatív, vagy transsudatív folyamat-e?

Még nehezebb a gyakorló orvos helyzete akkor, ha egy heveny mellhártyagyulladás tünetei között megbetegedett egyénhez hívják. A kezelés szempontjából ugyan közömbös, akár gümősnek, akár úgynevezett rheumásnak fogja fel az esetet. Ha azonban a prognosis szempontjából akar tájékozódni, akkor nem egy könnyen fog eligazodni, mert a tünetekből és anamnestikus adatokból vajmi ritkán tud az orvos tájékozást nyerni arra nézve, hogy az esetet rheumásnak, vagy gümőkórosnak fogja-e fel. *Landouzy* ugyan azt állítja, hogy rheumás eredetű mellhártyagyulladás nem létezik, vagyis hogy minden elsődleges mellhártyagyulladás gümős eredetű volna, nézetét azonban nem fogadhatjuk el. El kell ugyanis ismernünk azt, hogy más ártalmas behatások (minők: a chemiai

vagy bakteriologiai toxikus anyagok és más bakteriumok) is okozhatják a mellhártyagyuladást.

A mellhártyaizzadmány csupán egy tünet, a melynek indító okát sokszor nem tudjuk kideríteni.

A mellhártyagyulladás pathogenesisének megértéséhez célszerűnek tartjuk az anatómiai és physiologiai viszonyokat röviden ismertetni. A pleura physiologiai rendeltetése tisztán mechanikai. A parietalis és pulmonalis (costalis és diaphragmalis) pleura lemezeket bevonó sima nedves epithel-lemezek a légvételt mozdtítják elő.

A pleura gyuladása a szabad légzést akkor befolyásolja, ha a lemezek összenőnek, vagy ha az exsudatio oly nagy, hogy a pleuraürben nem fér el s így a tüdőt összenyomván, kitérülését gátolja.

A mellhártyának ezenkívül mint a tüdőt védő szervnek is szerepe van. Minthogy a nyirokedények a tüdőkről a pleuraürbe terjednek s onnan a nyiroktörzsekbe ürülnek, feltételezhetjük azt, hogy a szervezet azon kórhatányokat, melyeket a tüdő magától nem képes elhárítani, ezen úton teszi ártalmatlanná. A pleura nagy nyirokszákaival, számtalan nyiroknyílásaival, nyirok-utaival és más nyirokmirigyekkel és nyirokutakkal való összeköttetése révén ezen feladatra felette alkalmas. Kísérletileg bebizonyított dolog az, hogy a tüdőbe jutott idegen testek ezen úton jutnak a pleurába. Jogos ezek folytán azon feltevés, hogy más ártalmak, minők a bakteriumok, oldott és oldatlan chemiai anyagok, szintén ezen úton távolíthatnak el, az anyagcsereforgalom által ártalmatlanná tételnek, vagy a váladékokkal együtt (vesék) külsőböltetnek ki a szervezetből.

Valószínű, hogy a szervezet a tüdők ezen védőberendezését gyakran veszi igénybe és hogy ilyenformán sok idegen test és mérég halad át a pleurákon, azok bántalmazása nélkül.

Ezen functionak is van határa. Ha a mellhártya a toxikus

anyagok, noxák nagy tömege miatt felszívó és elvezető képességét elveszítette, akkor a pleura lobosodása be fog állani.

Téves az a hit, hogy a pleurák lobosodásra hajlamosak.

Ismereteink mai állása szerint a gyuladás is a szervezet védekező berendezése. Erre mutat a leuko- illetve phagocytosis és az exsudatio, melyre a serosus hártályak kiválóan képesek, ugyanis nagy felületükön a vérből nagy mennyiségű folyadék szívároghat át. A gazdag exsudatio a toxikus anyagokat hígíthatja, a transsudálás folytán az exsudatumba bekerült vérplasma védőerejét ugyanott szintén kifejezheti.

A pathogenesis szempontjából fontos a pleurának a szomszéd szervekhez való viszonyát is vizsgálni. A pleurát kifelé a mellkas csontos váza és az azt borító gazdag izomzat védi, fel és medián felé gazdag supraclavicularis és mediastinális kötőszövet borítja, alul a rekesz és a hasír határolja, a levegőtől pedig a közben fekvő tüdőszövet zárja el. Az ártalmak részben a szomszéd szervekből juthatnak oda, vagy directe azok bántalmazása nélkül a vér- és nyirokedények útján. A topographiai viszonyokból érthető azonban, hogy a pleura primaer megbetegedése kivételesen szokott csak előfordulni. Legtöbbször a tüdők felől betegszik meg; ritkábban fordul elő, hogy más szerv megbetegedése (a bordák periositise, cariese, új képletei, a mediastinum gyuladásai és új képződései stb.) okozza a mellhártyagyuladást. Végül a szív és vesék megbetegedései, vérbetegségek s más általános természetű táplálási zavarok és fertőző betegségek is képezhetik a pleuragyuladás kiinduló okát.

A perforáló sebzésektől eltekintve három úton juthat az ártalmas anyag a pleurába. Az első lehetőség az, hogy a bántalom a szomszéd szervekről, legtöbbször a tüdőről egyenesen terjed át a pleurára. (Continuitás, vagy olykor a contiguitás útján való terjedés, pl. ha a gyuladással a helybeli góczról nem a pulmonalis, hanem a parietalis lemezre terjed át.) Ha a kórhatány ily módon belejutott a pleura ürbe, a gyuladás helybeli maradhat vagy általánossá válhat a szerint, hogy milyen volt a vírus s milyen intenzitású izgalom okozott. Ha a kórhatány csekély vírusú volt, csak helybeli izgalom támad körülírt, száraz, olykor adhaesiv pleuritis alakjában, máskor több góczú, de mégis száraz mellhártyagyuladást válthat ki. Folyton tartó vagy intenzív izgalom egyrészt tisztán helybeli gyuladást, másrészt exsudatiót is létesíthet. Ezek mind olyan esetek, amelyeknél a megbetegedés okozóját, megindítóját az előtérbe lépett pleuritis tünetek miatt kikutatni nehéz.

A fertőzés második lehetősége a nyirokutakon át való terjedés. Az egyrétegű epitheliumon át a savós üregbe nagyszámú hízag, úgynevezett nyirok szája ürül, melyek nyirok edényekbe folytatódnak. Nem kételkedhetünk *Arnold*, *Dylkowsky*, *Fleiner* és *Grober* vizsgálatai óta abban, hogy a pleurát körülhálózó nyirokutak részben a pleurához, részben onnan a többi szervekhez futnak. Az előbbi útjai jórészt a tüdőkből indulnak ki s a pleura pulmonalis lemezébe nyílnak. Az elvezető nyirokutak egy része a costalis lemezekből indul ki, a honnan párhuzamosan haladnak a subepitheliális kötőszövetben a bordákkal és az arteria mamma internával, nagyobb nyiroktörzsekbe nyílnak, áthaladnak az útközben fekvő nyirokmirigyeken és a H. borda tapadási magasságában a ductus thoracicusba ürülnek. Egy másik nyirokhálózat a mediastinális pleurában apró stomatákkal veszi kezdetét és a mediastinális nyirokmirigyekkel együtt a ductus thoracicusba nyílik.

Hasonló módon terjedhet a kórhatány a mediastinumból, szívburókból és mirigyekből is a nyirokutakon át a pleurára.

A perityphilitisnél és peritonitisnél gyakran fellépő mellhártyagyuladás is így magyarázható.

Minthogy *Recklinghausen* megfigyelései szerint kivételesen a nyirokutakban is visszafelé haladhat az áram; azon eshetőséget sem zárhatjuk ki, hogy primaer vagy secundaer pleuritis után a tüdő a pleura felől másodlagosan is megbetegedhetik. Távolság fekvő szervek nyirokhálózata is összeköttetésben áll a pleurával. Pl. az angina után fellépő pleuritist ezen anatómiai viszonyokból magyarázhatjuk.

A lobgerjesztő hatány harmadszor a vérpályákon át is belejuthat a pleura lemezekre. A fertőzés ezen módja az általános fertőző bántalmak kíséretében vagy azok után támadó pleuritiseknél szokott elő-

fordulni, miliaris gümőkórnál, septicopyaemiánál stb. Ezen eseteknél azonban a pleuritis mint részjelenség háttérbe szorul. Nem tagadható, hogy alkalmilag a kórcsirkok a pleurába a vércapillarisokon át is bejuthatnak.

A fent vázolt viszonyokból érthető, hogy az ártalmas behatások a tüdő megbetegedett góczáról vagy átterjedés útján, vagy a nyirokedény hálózaton át, avagy a véredények útján juthatnak a pleurára. A fertőzés leggyakoribb módja az első út.

A mint azonban a nyirokedényeken át való fertőzés lehetőségét el kell fogadnunk, úgy azon eshetőség elől sem zárkozhathatunk el, hogy a kórcsirk a nyirokutakon át a pleurára juthat a nélkül, hogy a tüdőszövetet bántalmazta volna. Így magyarázható az elsődleges mellhártyagyuladás lehetősége. Ha azon álláspontot elfogadjuk, hogy minden rheumás természetű pleuritis csakugyan gümös eredetű, akkor azt is kell tudnunk, hogy ott, a hol az exsudatum látszólag elsődleges volt és utóbb csakhamar a tüdők bántalmazottságának tünetei mutatkoztak, ott egy rejtett gócz válthatta ki az elsődlegesnek tartott mellhártyagyuladást. A teljes gyógyulással végződő eseteknél azon anatómiailag és physiologiailag bár nehezen magyarázható, de mégis elfogadható lehetőséget kell felvennünk, hogy a gümöbaccilusok és azok toxinjai a tüdőszövet bántalmazása nélkül, annak nyirokutain áthaladva, elsődlegesen a pleurákon telepedtek le s így primaer pleuritist okoztak.

A meghülés úgy a primaer, mint a secundaer pleuritisnél csupán alkalmi ok gyanánt fogadható el. Elősegítheti a gümös folyamatnak a tüdőszövetről a mellhártyákra való átterjedését, avagy azt, hogy a gümöbaccilusok vagy egyéb bakteriumok (influenza, strepto-, pneumo-, staphylococcus) a fent leírt nyirokutakon a tüdőszövet bántalmazása nélkül áthaladjanak és a pleurát megtámadják.

Hasonló nehézségek előtt állunk akkor, a mikor a hasíri folyadékgyülemek természetéről tanakodunk.

Ha pl. egy fiatal nőnél alacsony lázak és fájdalmak kíséretében csekély helybeli szabad vagy betokolt hasvízkór támad, a hasvízkór gümőkóros természetét könnyen eldönthetjük még akkor is, ha a gümös góczot nem sikerült kimutatni. Nehezebb a kórjelzés akkor, ha pl. egy idősebb férfinél láztalan állapotban csekély fájdalom kíséretében szabad hasvízkór támadt, az egyén családirag nem terhelt, gümökórra utaló előzményi adatokkal nem bír és esetleg potator is. A klinikai vizsgálat sokszor nem döntheti el az eset hova tartozandóságát, mert az a hasfalak vastagsága, feszes volta, vagy más okok miatt sokszor nem végezhető pontosan. Olyan helyzetbe is kerülhet az orvos, a mikor nem tudja eldönteni azt, hogy a hasvízkórt gümös eredetű hashártyalobnak, májzsugornak, vagy alképletnek tulajdonítsa-e.

Felemlítendő, hogy *Vierordt* szerint a hashártyagyuladásnak egyszerű idült izzadmányos alakja is van. Ezen bántalom gyógyulásra hajlamos, a mit *Stiller* is észlelt néhány esetben. Tekintve, hogy a gümőkóros és az egyszerű idült hashártyagyuladás klinikai tünetei jórészt megegyezők, a prognosis szempontjából fontos volna, ha a két betegséget valamely módszerrel meg tudnók különböztetni.

A próbacapolás nem minden esetben képes útbaigazítást adni. Gyakori az olyan eset, hol a fajsúly és a fehérje tartalom az exsudatum és a transsudatum jellegzetes határértékei között ingadozik. Alképletek és májzsugor a hashártya lobosodását és exsudatiót válthatnak ki. A próbacapolás eredménye alapján tévesen gümös hashártyalobra tehetjük a kórjelzést, esetleg olyankor is, a mikor májzsugorodás okozza a folyadékgyülemet.

Talma a lobos izzadmány és a transsudatumok megkülönböztetésére egy próbát ajánl, melynek alapja az, hogy a lobos izzadmány osmosis feszülése a vérplasmáénál nagyobb. A vizsgálatot úgy végezzük, hogy összehasonlítjuk a vérszettek viselkedését tiszta vérben és a vizsgálandó folyadékban. Ha utóbbiban a piros vérszettek zsugorodnak, akkor a vizsgált folyadék nem filtratum, hanem izzadmány.

Minthogy a fentvázoltak szerint a mellkasi és hasi folyadékgyülemek természetét pusztán a klinikai tünetek alapján gyakran nem tudjuk eldönteni, a vizsgálok e kérdés tisztázására különféle eljárásokat ajánlottak. A legtöbb exsudatum gümőkóros

eredetü lévén, első tekintetre a bakteriologiai vizsgálatok látszottak a kérdés eldöntésére a legalkalmasabbaknak. A bacillusok kimutatása azonban nehéz, mert az ilyen folyadékokban rendszerint kevés bakterium van és ezek is a folyadék fenekén ülnek. Megeshetik, hogy csapoláshoz a folyadék felső, bakteriumot nem tartalmazó részéből nyertünk exsudatumot és ebben a legszorgosabb vizsgálat mellett sem találhatunk bakteriumokat. Azonfelül számbaveendő, hogy idősebb exsudatumoknál a microba elpusztul.

Ezek után érthető, hogy jelenleg exsudatumokat bacillusokra nem igen vizsgálnak. Az említett körülményeknek tudandó be az is, hogy a mellhártyaizzadmányból ritka esetekben sikerül a microbákat kitenyészteni. Szerep tulajdonítandó annak is, hogy a savós izzadmányban fibrin csapódik ki, a mely a microbákat egy burokba zárja és annak tenyésztését megakadályozza. Ezen okból *Ravot*, *Besançon* és *Griffon* azt ajánlják, hogy akár húslé-főzetbe boesássunk a mellhártya izzadmányból egy cseppet, akár vérgelatinára kenjük azt fel, a képződött alvadékokat ezélszerű felrázni, mert így nagyobb valószínűséggel tenyésznek ki a gümös csírok. Tekintetbe veendő továbbá, hogy a *Koch*-féle bacillus kitenyészése jelenleg is nehézségekbe ütközik, nagy gyakorlatosságot és szakképzettséget igényel. *Ravot* ezen körülmények miatt azt állítja, hogy a valamely savós folyadékból kitenyészett bármely microbát csak akkor tekinthetjük a kór okozójának, ha a *Koch*-féle bacillus szerepe mindenkép kizárható.

(Folytatása következik.)

A budapesti k. m. tud.-egyetemen az idegbajosok klinikájának megnyitó előadása.

(1902 szeptember 18.)

Irta és előadta: *Jendrassik Ernő* dr. egyet. tanár.

(Vége.)

Nem szeretném Uraim, ha mindennek elősorolása a kételkedés, vagy éppen a nihilizmus lesújtó és sivár filozófiájába kerítené Önöket. Nem, a sok tévelygés dacára ama pozitív ismereteink, a melyek ellenállanak minden rendszernek, mindegyre gyarapodnak s még a leghamisabbnak bizonyult felfogások is nem egyszer, ha negatív úton is, bizonyos igazságok felismerésére vezettek, ime pl. addig próbálták az alkímások a nemtelen fémeket arannyá változtatni, a míg végre az elemek állandóságának aranyigazsága került ki a sok látszólag eredménytelen kísérletből. Igaz, hogy ez a tantétel sem tekinthető véglegesnek, sőt az elemek atom súlyának sajátos periódicitása nagyon is kimutatja a rokonságot közöttük s talán egyszer a *Darwin* elmélet az elemekre is átvihető lesz, a midőn fel kell majd vennünk, hogy volt olyan idő, a midőn az elemek fejlődtek az őszanyagból, az energiából mint a szerves világ jelenlegi képviselői egy sokkalta későbbi korszakban. Végre is ezen természeti alakulások állandósága csak a mi véges voltunkkal szemben áll fenn, az anyagnak bizonyos körülmények között változó voltában hinnünk lehet, egyedül az energia az, a mit igazán állandónak kell elfogadnunk, sőt igen valószínű, hogy az anyag csak az energiának bizonyos, érkeink felfogásában támadó nyilvánulása, annak az energiának, a melyet mi mint erőt négy dimenziójának ismerünk (nyomás-feszültség [magasság], intenzitás [keresztmetszet alap] ez tehát magában két dimenzió és az idő a negyedik), három dimenziójú alakulása. Az azonban bizonyos, hogy a mi naprendszerünkben ma ilyen átalakulás nem fordul elő.

Nagyon is eltértem tárgyamtól! és bármennyire is szeretném felköltetni az Önök érdeklődését ezen általános természettani és biológiai problémák iránt, a melyeket bold. Atyám oly nagy előszeretettel s hivatottsággal tárgyalt évenként előadásai bevezetéseként, s bármennyire meg is vagyok arról győződve, hogy a filozófiai kutatást nem egy irányban mi bel- és ideg orvosok hivatottan és sikerrel tudnók művelni: nem folytathatom ezen témát, mert időnkéből nem futja. De más oldalról kívánom kimutatni Önöknek, hogy mily nagy fontosságú az általános felfogás a gyakorlati működésünkre is.

A gyakorlati orvostudomány pár évvel ezelőtt még csaknem kizárólag a tünetani irányban művelődött. Legjobban kifejezésre jutott ezen felfogás a betegvizsgálat és diagnosztikát tárgyaló művekben, a melyeknek nagy része még ma is azt tanítja, hogy mielőtt a kórjelzésre gondolnánk, sőt nem ritkán még azt is kimondják, hogy mielőtt a beteget kikérdeznék! vizsgálják meg *a capite ad calcem*. Hála a vizsgálati eljárások nagy fejlettségének, ma erre még csak gondolni sem lehet, de ez az eljárás mai felfogásunknak sem felel meg többé. Ma nem elégszünk meg azzal a tudattal, hogy betegünknek mellhártya izzadmánya, szemizom-bénulása vagy hemiplegiája stb. van, s ez milyen tünetekben nyilvánul — ezek diagnózisok voltak azelőtt —, hanem az első esetben gümőkórra, a másodikban tábeszre, a harmadikban talán érfalelmeszesedésre gondolunk első sorban s vizsgálatunkat ezen irányokba tereljük. Miért? Mert a tünetcsoportok legtöbbszörre sem a kórjóslatról, sem a gyógyítás útjairól nem adnak felvilágosítást: ezen fontos kérdéseket főleg a betegség kóroki természete magyarázza meg. Nagyon kifejezett ezen magatartás az ideg- és elmebajokban is: egészen más lefolyást várhatunk s más kórjóslatot állapíthatunk meg, ha valakinek agyvelődaganata pl. lueszos vagy sarcomás eredetű, vagy ha valakinek hallucinálása vesaniás vagy hevenyész deliriosus természetű, jöllehet — s ez a fontos — az éppen jelenlevő kórkép — tünetcsoport — teljesen hasonló lehet.

Kétségtelen, hogy felfogásunk ezen nagy átalakulásának megindítója az a nagy sikerű munkásság volt, a mely a fertőző bajok kóroktanát aránylag oly rövid idő alatt megfejttette. Kiderült ezen vizsgálatokból, hogy azon feltételezett számos ok helyett, a melyet a régebbi pathologia az egyes fertőző bajok előidézőjeképpen felvett, egységes és sajátos okok támasztják az egyes fertőző bajokat. Mindaz, a mit az ismert kórokú fertőző bajokról megtudtunk, azon határozott meggyőződésre készített, hogy azoknak a fertőző bajoknak, a melyeknek előidéző oka még ismeretlen, hogy azoknak az okát is sajátlagosnak tételezzük fel. Ez volt az első lépés, a mely általánosságban az egyes betegségek sajátos individualitásának elismerése felé vezetett. A további kutatások nemsokára még néhány oly betegségről is kiderítették, hogy fertőző természetűek, a melyekről ezt előzetesen nem is sejtették, vagy egyesek ilyen irányú felszólalása hitelre nem talált. Ilyen volt első sorban a tüdővész, a lupus, a tüdőgyulladás. Ezen korszakos felfedezések egyeseket el is ragadtak s már már az a gondolat kapott lábra, hogy traumán, mérgeken kívül még csak a microbák szerepelnek a betegségek előidézésében, más kórok nincsenek. Voltak a kik ezen közben a fertőző bajok sajátlagosságáról is megfeledeztek, pl. egyike a legkiválóbb külföldi neurologusoknak az epilepsiát is fertőző természetű bajnak tekintette, főleg azon az alapon, hogy ezen betegek kórelőzményében a legkülönfélébb fertőző bajokat találta feljegyezve. Ezen a krízisen átestünk volna, de azért ma még egyáltalában nem vonhatjuk meg a fertőző bajok határát; bizonyára ismeretes Önök előtt e tekintetben az az élénk vitaközlés, a mely napjainkban a rák fertőző volta mellett és ellene folyik. Alig lehet kételkedni azon, hogy ezen vizsgálatok is egyszer pozitív megoldást fognak nyerni, valamint, hogy azon nyilvánvalólag fertőző betegségeknek, mint a lues, a hevenyész kiütések, a fertőzést magába záró ágense szintén láthatóvá fog válni s hogy ezen felismerési módszerekkel a titokzatos lepel még néhány, eddig kórokiilag ki nem fűrkészett bántalomról is le fog hullani.

De mielőtt még ez megtörtént volna, a betegségek specificitásának, sajátos individualitásának fogalma gyökeret vert gondolkozásunkban, sőt ez a fogalom a törvényszerűség képében áll előttünk. Nem tudjuk talán még minden esetben bizonyítani, de a mely esetekben belelátunk a betegségek lényegébe, ott mindig feltaláljuk a sajátos kórokokat s így kelti bennünk a törvényszerűség benyomását az, hogy minden határozottan körülírt, hasonló lefolyással, kórbonczolási lelettel bíró kóralaknak — még igen különböző tüneti-kép dacára is — mindig és kivétel nélkül egységes és sajátos kóroka van. Ezen okoskodás a philosophia szempontjából teljesen helyes, hiszen a természeti törvényeknek törvényszerűségét épp az adja meg, hogy az egyes tapasztalati esetek mind tanúsítják annak igazságát. Sőt ezen felvételünk az okozati törvénynek egyenes következménye: minden okozat meg-

felelő (adaequat) oknak tulajdonítandó. De épp oly nehezen, a milyen nehezen ment az okozati törvény át az emberiség gondolkozásába, a milyen nehezen nyert elismerést a természettudományokban, oly nehezen megy át a pathológiába is.

E törvény azonban csak úgy vihető át a mi tudományunkba, ha a tünetesoport és a betegség között különbséget teszünk: az exsudatum pleurit., a szemizombénulás, a hemiplegia tünetesoportok, a gümőkór, a tabes, valószínűleg az arteriosclerosis is betegségek. A mint ezen példákból látható, nem is olyan könnyű minden esetben megmondani, hogy mi a tünetesoport és mi a betegség. A felhozott tünetesoportok sokkal egységesebb képek, mint azok, a melyeket betegségeknek mondottunk, mert a gümőkór, a tabes és éppenséggel az arteriosclerosis a legkülönfélébb tünetesoportokban nyilvánulhat. A tünetesoportok tehát egységes képet adnak, a betegségek ellenben többé-kevésbé, s néha igen tág határok közt okozhatnak nagyon is eltérő tünetesoportokat; de a betegség fogalmához hozzákötöttük a kórok egységességének fogalmát is.

Hogy milyen óriási a különbség e tekintetben a régebbi felfogással szemben, az élénken kitűnik, ha néhány évtized előtt megjelent belorvostant ütünk fel. *Schönlein* egykor híres berlini tanár belorvostanában az akkor divatos filozófiai beosztást követte s így kerültek egy fejezetbe a diabetes, a fluor albus és galactorrhoea, a peliosis rheumatica a cyanosissal, a haemophilia a chlorosissal, az apoplexia az epistaxissal, s könyvében betegség-fogalom a *hypertrophia* is. Első fejezet: *hypertrophia cordis*, második fejezet *hypertrophia sphincteris ani*, így egymásután. A szív megnagyobbodása ma csak tünet, de sőt a *vitium cordis*, vagy az *aorta insufficiencia* is csak tünetesoport s ez kivüláglik azonnal, ha meggondoljuk, mily nagy kórjóslati különbség van a között, ha az a szívbíllentyűbántalom hevenyész *endocarditis*-szel együtt van jelen, vagy ha az teljesen lefolyt és kialudt *endocarditis* következménye, vagy ha folyton előrehaladó atheromás érbaj alapján fejlődik tovább.

Igaz, hogy a betegségek nagy részének kóroka még ismeretlen; így a fentebb felhozott példában csak a gümőkór okáról van biztos tudomásunk, a tabes, az érfalelmeszesedés okáról csak többé-kevésbé valószínű felvételeink vannak; és mégis ma már úgy érezzük, hogy ezen betegségeknek is meg kell hogy legyen a maga fajlagos oka, a mely minden egyes esetben azonos és sajátlagos. Nem lehetséges tehát, a mint azt nemrég egy különben kiváló bűvár állította, hogy a tabes, az agylágyulás neurastheniából fejlődhesse, valamiképen ma már nem gondolunk arra, hogy egyszerű lélegzőcsőhurut átmelessen gümőkórba, bélhurut rákba vagy tifuszba stb.

Melyek tehát a kórokozó tényezők? A sor igen rövid: *trauma* (erőművi, hőmérséki stb.), *chemiai anyagok*, a melyek részint mint ilyenek közvetlenül kerülnek a szervezetbe, részint bizonyos külső vagy belső (fejlődési) okokból a szervezetben magában keletkeznek, *állati és növényi élősdiek*, azután egy, *alakjában még ismeretlen*, de a fertőző bajok jelentékeny részét (lnes, hevenyész kiütések stb.), valamint valószínűleg a rossz természetű daganatokat is okozó *külső kórokcsoport* és végre mint belső kórok a *hereditas*. Mindeme kórok azonban még nem a betegség, a melynek tünetei a kórok és a szervezet egymásra hatásából támadnak. Eddig terjednek a kórokokot illetőleg ismereteink; ezen irányban tudásunk azonban még egyáltalában nem befejezett, s ha mindjárt jelenleg ezen a téren a bűvárlatok nem is aratnak oly szapora egymásutánban sikereket, mint két évtized előtt: kétségtelen, hogy még igen nagy eredményeket fog tudományunk e téren kivívni.

Mindezen kóroki tényezők a pathologia minden ágába belejártszanak; az öröklés, mint kórok az utóbbi időben főleg az idegkörtannal foglalkozókat érdekelte, jóllehet az ezen módon támadt betegségeknek csak kis része van az idegrendszerben kimutatható elváltozással egybekötve s nagyon gyakran az idegrendszer egyáltalában nem vesz részt a folyamatban. De a kórjelenségek szerfelett változatos, az egész testre kiterjedő volta, továbbá az a körülmény, hogy az ily módon létrejött elváltozások nagyon gyakran a mozgási téren támasztanak kiesési jelenségeket s még egyéb tulajdonságok is magyarázzák ezen kórocsoportnak az idegbajok sorába sorozását. Az öröklés azonban nem kizárólag kórok,

sőt a legjobb tulajdonságok átöröklésétől a legnyomorultabb eltorzulásig az átmeneteknek észrevehetetlen sorozatát lehetne összeállítani. Az a körülmény, hogy minden egyes egyén két szülőnek, négy nagyszülőnek, nyolcz dédszülőnek s így tovább a tizedik generatióban már 1000-nél több egyének szüredéke: a természet óriási kiegyenlítő tényezőjének alapja. Sajnos, hogy ezen szerencsés tényezőt a mai kor ezen tekintetben túlzott humanizmusa veszedelemmel fenyegeti, a midőn gyakran még az ép egyének rovására is, a hibásakat pártfogolja s ilyen módon a természetes kiválasztásnak ellenére dolgozik. Mesterséges eszközökkel védjük meg az elpusztulástól a hibásan fejlődötteket, sőt nem is, vagy csak alig korlátozzuk azokat utódok létrehozásában. Ez a gazdálkodás az állattenyésztőt tönkre tenné, az emberanyagot az ember azonban nem veszi oly gondosan számba, mint az állatot; kétségtelenül sokkal károsabb ezen tényező, mint az, a mit annyira hangzatosnak: századunk „*lázasa*“ munkássága.

A kóroki tényező fontosságának az elismerése a gyakorlatra nézve a legnagyobb kihatással bír, a *cessante causa tollitur effectus* elve valóban csak ezen alapon juthat érvényességre. S habár a mi gyógyításunk még, sajnos, a legnagyobb részben tüneti, mégis az igazi gyógyítás csak a kóroki alapon fejlődhet ki. Ezen gondolkodás kell azonban, hogy vezessen a betegvizsgálás alatt is: ma nem tüneteket, hanem a tünetek révén betegséget keresünk, s e tekintetben már a beteg megjelenése a gondolatoknak egész sorozatát ébreszti fel bennünk s ugyancsak meg kell figyelni magunkat, ha e benyomásokról részletesen beszámolni óhajtunk. Nem a tüneteknek rendszeres felsorolása az, a mit a betegvizsgálattól végeredményképen várunk, hanem a kórokozó tényező, és így a betegség felismerése a feladatunk. Igaz, hogy ez is a tünetek révén lehetséges, de már korán elváltaszjuk a fontos jeleket a mellékesektől. Ehhez persze gyakorlat kell s az egyes jelenségek értelmezéséhez, a vizsgálási módszerek helyes alkalmazásához a tudásnak igen nagy foka szükséges. A kórjelzésnek ezen irányban való vezetését megmutatni lesz előadásaimnak legfontosabb célja.

Már az eddigiekből is kitűnik, hogy ilyen gondolkodásra, a betegségnek ilyen felfogására csak az lesz képes, a ki tudásának határait nem vonja nagyon szűkre s a jó orvosnak nemcsak jó embernek, de tág szemhatáru tudósnak is kell lennie, nehogy minduntalan összetéveszse a lényegest a nem fontossal s túlbecsüljön mellékes részleteket az általános rovására. A legkiválóbb példát a gyakorlat mezején e tekintetben a neurasthenia szolgáltatja. A neurasthenia tana, úgy mint más pathologiai fejezetek is, az újabb időben lényegesen átalakult. Tanuló koromban még a neve sem birt polgárjoggal a hivatalos tudományban. Akkor mi még az ilyen beteget hypochondriásnak mondtuk és bizony a hallgatóság, az orvosok is kinevették panaszaiakkal az ilyen beteget. A gyógyítás nem is igen jött szóba, a „képzeldés“ kijelentésével el volt intézve a gyógyítás dolga, és Uram, be kell vallanom, sokszor nem a legrosszabbul. Arról ma már persze letettünk, hogy a neurastheniát szándékos képzeldésnek vegyük, a melyet a beteg egyszerűen abban hagyhatna s megismertük ezen betegségnek olyan súlyos alakjait, a melyek bizony igen nagy egyéb betegséggel is felérnek, de mindaz, a mi ezen betegség alaptermészetének megfelel és a mit ezen betegek észlelünk, azt bizonyítja, hogy a betegségnek az orvos részéről való semmibevevése sokszor jobb suggerálás, mint a beható helybeli kúrálások.

A neurastheniások pedig igen hálás és kitartó betegek, a kik, mint a fuldokló a szalmaszálba, szívesen kapaszkodnak bármilyen orvoslásba. Nem akarok szólni azokról a szélhámos orvosokról és kuruzslókról, a kik írásban és szóban ezeket a beteget egyszerűen kizsákmányolják, hanem csak arról kívánok röviden megemlékezni, hogy nem általános pathologiai alapra helyezkedő szakorvosok jóhiszeműen milyen hibás útra mennek ezen betegek gyógyításában. A neurasthenia tünetei a legkülönbözőbb testrészekben és szerveken jelentkezhetnek s így gyakran megesik, hogy az ilyen beteg egyenesen valamely szakorvoshoz fordul panaszával. Imé néhány példa. Az elmúlt évben bővebben foglalkoztam a neurastheniás neuralgiával s akkor felhoztam már a saját észlelési körömből és az irodalomból eseteket, a melyekben fogorvosok ép fogakat húztak ki, néha azokat

visszaültették s újra kihúzták, egész sorozatokat, majd különféle pótlásokat alkalmaztak nemesak minden haszon nélkül, hanem a betegek igen nagy kárára. Egynémelyik beteg valóságos martíromságon ment keresztül, és ezek nem ritka esetek: még nem láttam arczsábás beteget, a ki nem fizette volna le legalább egy néhány fogával bajának bánatpénzét. A nőorvosokhoz is fordul része ezen betegeknek és a betegség alaptermészetének teljes félreismerése az, a midőn ezen kollegák (a mint ez még az általános gyakorlatban is sokszor megésik) azt hiszik, hogy a neurastheniát valamely női baj okozza és hogy az a megfelelő kezeléssel megfog gyógyulni. Nem ritkán az ilyen célzattal rendelt sós meleg fürdők nagyon megrontják a betegek állapotát. A neurastheniás félelemnek egyik sajátos alakja lehet az incontinentia urinae. Eddigél ezen kóralakot több esetben láttam, egyet, a mely hosszabb ideig volt észleletemben, azzal gyógyítottam meg, hogy vizelet recipienst hordattam a beteggel. Az ilyen betegeknek hólyagja sok mindenféle sikertelen kezelésen szokott szakorvosok részéről átmenni. Ide tartozik a hasi zsigerekben észlelhető fájdalmas betegségek egész sorozata, a melyek nem ritkán igen beható sebészi műtévekben részesülnek eredmény nélkül.

De az eredménytelenség még nem minden! A legtöbb ilyen beteg a helyi kezeléssel azt a biztos következtetést vonja le, hogy az illető testrészen valóban van valami helyi betegség s ha talán még a helyi kezelés megkezdése előtt sikerült volna a beteget arról meggyőzni, hogy fájdalma vagy egyéb tünete tisztán ideges, azt most már semmiképpen sem sikerül többé vele elhitetni. Igen tanulságos volt e tekintetben még kezdő orvos koromból egy eset, a midőn a klinikára egy olyan asszony került, a ki torkában gilisztát érzett. Mi ezt az asszonyt jóakarattal megcsaltuk, úgy hogy gégetükör és hajlított csipetítő segítségével egy előre beszerzett kukacot húztunk elő torkából. Az asszony azonnal megkönnyebbülve érezte magát, de már délután ismét érezte hogy megint *vannak*, most már többes számban! kukacok torkában. Elhitetni ezzel az asszonnyal, hogy baja képzelődés, most már nem lehetett, hiszen ő maga látta a kukacot s most még világosabban érzi annak a mozgását torkában.

Azzal a kárral szemben, a mit az ilyen szakszertű kezelése okoznak a betegnek, csak igen-igen ritkán találkozunk egy beteggel, a kinek a sebészi beavatkozás hasznos suggerálás volt, de akkor is csak helybelileg használt, a neurastheniás alap változatlanul megmaradt.

E példákat sokszorozhatnám más irányokban. Ide sorolható a tabes gyógyítása is. Mennyit ártanak egyes orvosok és fürdőorvosok azzal, hogy a tabes kezdeti fájdalmait csúzosnak nézik s a betegeket meleg vízben fürösztetik. Mennyi hiába való és veszedelmes „gyógyítás“-nak van kitéve a tabes betegek hólyagja, a mely pedig tabes alapon sohasem szokott komolyabb bajokat okozni.

De nemesak a sebészi szakkezelések, hanem a fontoskodással végzett hidegvizkúra, a helyi villamosítás, a hypnosis is lehetnek hasonlólag káros tényezők és pedig olyan orvosok részéről, a kik az általános pathologia felfogásába nem hatoltak eléggé be.

Ezen gondolkozási irányba Önöket bevezetni tekintem én a klinikai oktatás legfontosabb feladatának, ez megadja Önöknek a képességet, hogy tanulmányi éveik befejezése után is lépést tudjanak tartani a tudomány haladásával, hiszen nem egy dolog, a mit ma az egyetemen tanulnak, tíz év múlva elavult lesz s új ismeretek fognak helyébe kerülni. A jó papnak nincsen szüksége, hogy holtig tanuljon, de a jó orvosnak bizony ez elengedhetetlen kötelessége.

A tünetesoportokat pedig igyekezzenek utánolvasással emlékeztetőkké vélni, csak az haladhat egyetemi tanulmányaiban sikerrel, a ki otthon is olvasgatja a megfelelő könyveket.

Remélem, hogy sikerülni fog ezen új hajlékban is az előadandó tárgyak iránt érdeklődésüket felkölteni és fentartani, a mi valóban nem nehéz feladat, hisz a klinika folyton változó beteganyagával kell, hogy érdekelje Önöket, a kiknek élethivatása lesz a betegekkel való foglalkozás; de el is várom Önöktől, hogy azzal a lelkiismeretes pontossággal kövessék előadásaimat, a mely nélkül senki bizalmat érdemlő orvossá nem lehet.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem 2. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából.

A nyelv jóindulatú daganatai.

Irta: *Balás Dezső* dr. műtőorvos.

(Vége.)

Az echinococcus hólyag rendszeren felnőttél található. A nyelv hát közepén intramusculárisan ülő, a nyelv felszíne fölé csak kissé kiemelkedő, sima, kerek, éles határú, egyedül álló tömlőt képez. Míg kiesiny, tömött göböz hasonló, ritkán ér el diónyi nagyságot, midőn benne hullámzás is kimutatható. Lassan egyenletesen növekedik, fájdalmat nem okoz. Tartalma jellegzetes összetételű világos folyadék, ritkán geny, melyben fiók hólyagesák, s ezekben rendszeren az echinococustömlő jellegző alakelemei is feltalálhatók.

*Segond*⁵⁶ 49 éves nőnél a nyelv hát közepén intramusculárisan fejlődött, két év óta fennálló echinococcus tömlőt irtott ki.

*Grundberg*⁵⁷ 30 éves nőnél a nyelvcsúcs háti felületén submucosusan ülő borsó nagyságú, egy hó óta észrevett echinococcus tömlőt távolított el.

Érdekes, hogy mindkét esetben a test egyéb szerveiben echinococcus tömlők jelenléte kimutatható nem volt, s így a nyelv echinococcus tömlőjének eltávolításával mind két esetben teljes gyógyulás állott be.

S most rátérek a lipomák tárgyalására.

A lipomák a nyelven rendszeren felnötteknél találhatók, fejlődhetnek azonban veleszületve is; de míg az előbbiek rendszeren egyszerű lipomák, utóbbiak többnyire összetettek.

Arnold 6 napos csecsemőnél fejlődött veleszületett összetett lipomát ír le, mely fuladásos halált okozott.

Leggyakrabban a nyelv szélén találhatók, a nyelv hátán ritkán s ekkor is a nyelvcsúcsához közel, míg az alapon és a nyelv alsó felületén csak kivételesen fordulnak elő.

Az irodalomból csupán 14 közölt és bőven ismertett nyelv-lipoma esetét gyűjthettem össze.

Ezek közül a lipoma egy esetben fordult elő: a nyelvgyökön (*Martel L.*), a nyelv bal szélén (*Rydygier*)⁵⁸ és a nyelv mindkét oldali szélén (*Canhois*)⁵⁹. Két esetben fordult elő: a nyelv hátán a csúcsához közel (*Arnold, Follin*)⁶⁰ és a nyelv alsó felületén (*Despres*,⁶¹ *Churchill*)⁶². Öt esetben a nyelv jobb oldali szélén fejlődött (*Albert, Bastien, Guelliot*,⁶³ *Kirchhoff*,⁶⁴ *Paget*)⁶⁵. Egy esetben a nyelv szélén és a nyelv hátán képződött multiplex lipomáról találtam említést (*Vergely*);⁶⁶ egy esetben pedig (*Lambl*)⁶⁷ a lipoma kiindulási pontja meghatározható nem volt.

Ha nem veleszületett a lipoma, valószínűleg eleintén intermusculárisan fejlődik és pedig vagy homocoplastikus úton a meglévő zsírszövetek szaporodása és talán a környező kötőszöveti sejtek csatlakozása útján, vagy pedig heteroplastikus úton az intermusculáris kötőszövet sejtjeinek zsírszövetké váló átalakulása folytán. Utóbbi úgy történik, hogy körülírt helyen a kötőszövetben először sejt-szaporodás lép fel, ezután az újonnan képződött sejt-tömeg a sejtekben történő zsír felvételével zsírlebenszerű alakul át.

*Virchow*⁶⁸ szerint az izmok interstitialis kötőszövege, különösen a nyelv és a szív, praedisponál zsírszövevé váló átalakulásra.

Az ily módon képződött inter- vagy intramuscularis (*Rydygier*) lipoma növekedve lassan submucosussá válik, majd a nyelv felszínéből kiemelkedve hosszabb vagy rövidebb kocsánnyal, mint lipoma polyposum, függ össze az alappal. A kocsány megnyúlása és elvékonyodása oly fokot érhet el, hogy a lipoma önként lökődhetik le.

Lambl gyermeknél előforduló lipomát közöl, melynek kiindulási pontja a daganat terjedelménél fogva — a nyelvcsúcsnál kezdődött és a lágy szájpad mögött tünt el — megállapítható nem volt, s mely önként lökődött le.

Canhois a nyelv lipomák három alakját különbözteti meg: 1. a *submucosus*, 2. az *intermuscularis* és 3. többnyire az előbbi kettővel kombináltan előforduló *intramuscularis* lipomákat.

A nyelv lipomák nagysága változó. *Rydygier* a nyelv jobb szélén, intraparenchymatosusan fekvő szilva nagyságú, *Follin* a nyelv hátán, közvetlen a nyelv hegye mögött széles kocsányon ülő tyúktojás nagyságú, *Kirchhoff* a nyelv jobb oldali szélének mellső

részből kiinduló, tipikus jelleggel bíró kacsatozás nagyságú, submucosus, *Arnold* a nyelv háti felületéről kiinduló ökölnyi nagyságú (kerülete 15 cm., vastagsági átmérője 4 cm.) polyposus lipomát közöl.

A nyelven előforduló lipomák, úgy mozgathatóság, mint összeállás tekintetében, ugyanolyan sajátságokat mutatnak, mint a test egyéb helyein fellépő lipomák.

Lehetnek azonban tömött tapintatúak (fibro-lipomák) és váltakozó összeállásúak (lipoma chondrosus vagy ossificum).

Albert 46 éves férfinél egy a nyelv jobb szélének hátsó harmadából kiinduló dió nagyságú daganatot ír le, mely állandóan a garatürben feküdt, melyet azonban a beteg köhintéssel a szájürbe volt képes előhozni. A daganat az idegen test érzését kivéve, betegnek panaszra okot nem adott. A kiirtott daganat tömött tapintatú volt, góresői vizsgálattal fibro-lipomának bizonyult.

Bastien 21 éves férfinél egy a nyelv jobb oldali széléből kiinduló galambtojás nagyságú lipomáról tesz említést. Góreső alatt zsírszövetbe beágyazva élesen határolt, sejtszaporodást nem mutató porcz- és csontszigeteket talált.

Arnold 6 napos csecsemőnél érdekes bonczolati leletet közöl: A jobb oldali megvastagodott nyelvszélből egy daganat indul ki, mely a szájüreg hátsó részének csaknem egész jobb oldalát és a garatüreget felső részét is kitölti, alapjával pedig a nyelvgyökön ül. A daganat az ikcsont nagy szárnya gyökének megfelelő helyén 1 cm. átmérőjű kocsányon folytatódik a koponya-alap középső jobb oldali árkába s itt subdurális fekvéssel dió nagyságú vesz fel. A nyelv hátról 3 cm. hosszú nyéllal, nagyobb részével a szájon kilógó ököl nagyságú daganat indul ki, melyen még több kisebb daganat foglal helyet. Góreső alatt a hátsó daganat egy edényekben gazdag fibromának bizonyult, mely zsírszöveteket, izomrostokat, finom magvú protoplasma-tömegeket, sarcoma elemeket és tömlöket tartalmazott.

A mellső daganat összetett lipoma volt, mely elülső részében túlnyomóan zsírszövetből állt, míg hátsó, különösen felső részében a zsírszövet csak a nyákhártya alatt volt található keskeny rétegben és túlnyomóan porczszövet alkotta. Ennek megfelelően a daganat mellső része puha, hátsó része pedig kemény tapintatú volt.

A nyelvlipomák felülete összefolyó vagy lebenyes. A daganatot fedő nyákhártya, melyen keresztül a zsírszövet arany-sárga színnel tűnik át, halvány rózsaszínű, vékonyodott, sima, feszes, csak kevésbé mozgatható, rajta esetleg táglalt visszerek láthatók és csak akkor fekélyes vagy genyes lepedékkel fedett, ha a daganat nagyságánál fogva táplálék felvétele alkalmával mechanikai bántalmaztatásnak ki van téve, a mi különösen a nyelvgyök-lipomáknál veendő számba.

A daganat intermuscularis vagy submucosus fekvése esetében élesen határolt, környezetével összekapaszkodva ninesen, a mennyiben laza kötőszövetből álló tokba van beágyazva. Jellegzi a lassú, teljesen fájdalom nélküli növekedés, mely mellett a környezet adta térvizonyokhoz alkalmazkodik és a szomszéd szervek konfigurációját nem zavarja.

A *Follin* által közölt lipoma kellemetlenebb tünetek nélkül 22 év óta állt fenn.

Guelliot a jobb oldali nyelvszélből kiinduló, a nyelvcsúcs mögött körülbelül 3 cm. távolságban ülő dió nagyságú lipomát irtott ki, mely káros következmények nélkül 25 év alatt fejlődött.

A nyelvlipomák kiirtása után kiújulás nem szokott beállani. Ha azonban kiirtásuk csak részben történt, újból megnöhetnek.

Ilyen esetet közöl *Martel L.* 67 éves betegnek a nyelvgyökön keletkezett kis diónyi daganatát jelentkezése előtt 35 évvel már egy ízben eltávolították. Két év óta azonban a kiirtott daganat helyén új, az előbbinél valamivel nagyobb, lassan növekedő, puha tapintatú, hullámzást mutató, sárgásan áttűnő daganat fejlődött, mely beszédnél, különösen nyelésnél nehézségeket okozott.

A daganat tárt szájon át csak akkor volt látható, ha a beteg kezével gégejét magasra emelte, vagy ha a garattájékra két oldalról nyomást gyakorolt. *Ollier* góresői vizsgálattal submucosus lipomára állította a kórismét.

Míg a lipomák kicsinyek, a betegnek kellemetlenséget egyáltalában nem okoznak. Később azonban nagyságuknál fogva, és

különösen a nyelvgyökön ülők már igen korán, a hang megváltozását, nehézlégzést és táplálkozási nehézségeket okoznak. A hang tompa, dunnyogóvá válik, néha érthetetlen. A nehézlégzés kezdetben csak hanyattfekvéskor lép fel, később állandóvá lesz. A beteg néha folyékony tápanyagot is csak nehezen képes magához venni.

Máskor elég jelentékeny nagyságú, különösen a nyelv elülső részén ülő lipomák, a betegnek functionalis kellemetlenségeket nem okoznak, legfeljebb hogy a fogak rágásnál a polyposus lipomákat esetleg sértik, vagy szájnuyításnál kosmetikus szempontból eshetnek kifogás alá.

A differentiaal-diagnosis felállításának könnyű vagy nehéz voltát illetőleg különbséget kell tennünk a nyelvtörzs és a nyelvgyök lipomái között.

A nyelvtörzs lipomái kórisméjének felállítása, tekintve a daganathoz való könnyű hozzáférhetőségét és ennek jellegző tüneteit, ritkán ütközik nagyobb nehézségekbe.

A nyelv alap daganatainál épen a hozzáférhetőség nehéz voltánál fogva, a rendszeren meglévő légzési nehézségeknek vizsgálat közben való fokozása miatt, a biztos kórisme nem könnyű.

I. A kocsányos lipomák összetéveszthetők a nyelvgyökön: 1. polyposus fibromával, 2. valódi polypussal és 3. kocsányos tömlővel.

1. Fibromával szemben a lipoma összeállása és sárgás áttűnősége szolgálhat a megkülönböztetés egyedüli alapjául. De e két tünet, mint esetünkben is, néha hiányzik. Ily alkalommal a biztos kórisme csak a daganat kiirtása után állítható fel.

2. Igen érdekesek és fontosak a megkülönböztetés szempontból a valódi polypusok. Itt első sorban a) a nyelvgyökből kiinduló, b) a retropharyngealis és c) az oesophagealis polypusok jöhetnek szóba.

A nyelvgyök polypusai homoeoplastikusak, nem egyebek mint a nyelvgyök praeformált lymphaticus szövetének daganatszerű hyperplasiái. (*Rosenberg A.*) Különösen serophulitikus és leukæmiás gyermekeknél fordulnak elő. (*Virchow.*)

A pharyngeális és oesophageális polypusok fibroidok, igen ritkán kocsányos myomák. A lipomáktól abban különböznek, hogy rendszeren hosszúkás alakúak, igen ritkán lebenyesek, felületük nem sima, hanem a papillaris hypertrophia következtében egyenetlen, dűrdorzos, és tömött tapintatúak.

A pharyngeálisoknál fontosabbak az oesophagus felső harmadában fekvő polypusok. Ezek rendszeren a garat mellső felületéről vagy a gége hátsó falából kiindulva, a kocsány megnyúlásával a bázisig jutnak s itt nagyságukhoz mérten nyelési nehézségeket okoznak.

Megtörténik azonban, hogy bármely okból beálló hányinger következtében a polypus hirtelen mintegy kivetődik a bázisból, midőn vizsgálatnál a garatívek között a nyelvgyökön ülő, a garatürt kitöltő daganatot találunk, mely a gégebemenet elzárásával oly fokú nehézlégzést idézhet elő, mely indicatiót képezhet azonnali sebészi beavatkozásra. (*Koenig.*)⁶⁹

3. A tömlős daganatok próba-csapolás útján mindenkor könnyen megkülönböztethetők a nyelvgyök lipomáitól.

II. A nyelvgyök intermuscularis vagy submucosus lipomái jellegző tünetek hiányában összetéveszthetők volnának: fibromával, adenomával, amyloid daganattal, tömlővel, továbbá lobos ujdokképződményekkel: gumma lueticum és tuberculosummal, idült tályoggal és aktinomykosissal, végül rossz indulatú daganatokkal: carcinoma és sarcomával.

A nyelvgyök lipomája a fibromától, adenomától, amyloid-daganattól és elsőséges gümös tumortól és primaer göbttől jellegző tünetek hiányában csak kiirtás után különböztethető meg.

A tömlővel és idült tályoggal szemben a próba-csapolás, aktinomykosisnál a váladék góresői vizsgálata nyújt kellő felvilágosítást.

A luetikus gumma megkülönböztetésénél egyéb syphilitikus tünetek hiányában az antiluetikus eljárások lépnek előtérbe.

A rosszindulatú daganatok gyors növekedésükkel, fájdalmaságukkal, korai szétesésre hajlamukkal és a regionalis mirigyek igen korai beszűrődésével vezetnek helyes nyomra.

A nyelvlipomák sebészi eltávolítása, mihelyt a kórisme megvan állapítva, több okból indokolt:

1. A lipoma lassú, de egyenetlen növekedésében meg nem

gátolható, s ily módon elér bizonyos nagyságot, midőn kiirtása már vitális szempontból válik indikálttá, a mi azonban ekkor már nagyobb technikai nehézségekbe is ütközhetik. A daganat növekedésével arányosan növekszik a műtét közben beállható complicatiók eshetősége is.

2. A lipoma jellegénél fogva önként vissza nem fejlődik; ha igen, akkor is csak részlegesen.

3. Kérdéses esetekben a biztos kórisme céljából.

4. A beteg megnyugtató végett.

5. Esetleg kosmetikus szempontból.

I. A kocsányos lipomák eltávolítása rendszeren nem ütközik nagyobb technikai nehézségekbe. Történhetik ez:

1. *Vértelen úton*: a) lekötéssel, b) zúzás által écraseurrel és c) égetéssel galvanocaustikus kacsással.

2. *Véres úton*: a daganat kocsányának az alapról olló-csapásokkal való lefejtésével, a mi rendszeren nagyobb vérzéssel szokott járni.

II. Az intermuscularis és submucosus lipomák eltávolítása csakis véres beavatkozással mehet végbe. Ez úgy történik, hogy a nyelv rögzítése után a daganat legnagyobb domborulatán át vezetett metszéstől kiindulva a mucosát letoljuk a lipomáról és ezt ezután tokjával együtt környezetéből tompán kifejtjük.

Irodalom. 1. Krankheiten der Zunge. 1887. — 2. Sur une variété rare de lipome. Lipome de la base de la langue. Revue de Chir. XVI. k. 1. f. 520. l. 1896. — 3. Neue Beiträge zu den Untersuchungen über die Balgdrüsen der Zungenwurzel. Virchow's Archiv. 1883. XCII. k. 119. l. — 4. Beiträge zur path. Histologie. 1858. — 5. Handbuch der Gewebelehre des Menschen. 1889. — 6. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. 1894. — 7. Multiple cavernöse Angiome der Zunge. Zeitschr. f. Chir. 1894. XXXVI. k. — 8. Clin. Surg. in India. 1866. 485. l. — 9. Faustgrosses Angiom der Zunge. Esmarch's Festschrift. 1893. 119. l. — 10. Macroglossie par angiome sanguin. Revue de la Suisse Romande. 1892. 11. sz. — 11. Angiomes de la base de la langue. Arch. de physiol. norm. et pathol. 1886. — 12. Angiofibrom der Zunge. Deutsche Zeitschrift f. Chir. 1889. XXIX. k. 581. l. — 13. Cylindroma. Sarcoma (angiosarcoma) plexiforme hyalinum linguae. Nord. med. Arch. 1887. XIX. k. 18. f. — 14. A small aneurism on the dorsum of the tongue. The Lancet. 1874. augusztus 22. — 15. Lymphangioma linguae congenitum. Arch. f. Kinderheilkunde. 1892. XIV. k. 6. f. — 16. Ein Fall von Lymphangiome des Mundbodens. Beiträge z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. 1896. XIX. k. 462. l. — 17. Ueber einige selteneren Erkrankungen der Zunge. Wiener med. Presse. 1885. XXVI. k. 1—6. f. — 18. Die Geschwülste des Zungen-Grundes. Deutsche med. Wochenschr. 1892. 13—14. sz. — 19. Hypertrophie papillaire ou papillome non cancéreux de la langue. Bullet. génér. de thérap. 1869. 276—281. l. — 20. Doubtful tumour of tongue, probably papilloma. Transact. of the pathol. Soc. 1875. VI. k. — 21. Ein Fall von multiplen Papillomen an d. Tonsille, Zunge u. Epiglottis. Sond. Abdr. a. d. Deutschen Arch. für klin. Med. 1892. 463. l. — 22. Papilloma of the tongue, with naevoid structure at its base. Transact. of the pathol. Soc. 1875. VII. köt. — 23. Cystöse Degeneration der fungiformen Zungenpapillen. Arch. f. kl. Chir. 1878. XXII. k. 701. l. — 24. Papillome de la langue en transformation épithéliale maligne. Journ. des mal. cut. et syph. X. k. 12. sz. — 25. Two cases of rare disease of the tongue. Amer. Journ. of med. Scienc. 1872. 385—389. l. — 26. Gaz. hebdom. 1884. 37. sz. — 27. Beiträge zur Geschwulstlehre. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1885. XXII. k. — 28. De alcuni tumori rari per la low sede. Annali univers. di med. e chir. 1878. CCXLV. k. 103—115. l. — 29. Transact. Pathol. Soc. of London. 1881. XXXII. k. 283. l. — 30. Transact. of the Path. Soc. of London. 1869. 160. l. — 31. Arch. of Laryng. I. k. 274. l. — 32. Adenome de la langue. Bordeaux méd. 1873. 27. sz. — 33. Brit. Med. Journ. 1863. I. k. 498. l. — 34. Ueber die Hypertrophie der Balgdrüsen an der Zungenbasis. Sond. Abdr. aus den Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark. 1889. — 35. Ein Fall von congenitalen zusammengesetzten Lipom der Zunge u. des Pharynx mit Perforation in die Schädelhöhle. Virchow's Arch. f. path. Anat. u. Physiol. 1870. L. k. 4. f. — 36. Bullet. de la Soc. anat. de Paris. 1854. november. — 37. Edinb. Med. Chir. Transact. CXI. k. 72. l. — 38. Pitha und Billroth. 1866—73. VI. k. 314. l. — 39. Ueber die lokalen Amyloidtumoren der Zunge. Virchow's Arch. 1896. CXLIII. k. 369. l. — 40. Amyloide Larynx-Tumoren. Langenbeck's Arch. XVIII. k. — 41. Untersuchungen über amyloide Degeneration. 1871. — 42. Ein Beitrag zur Lehre von der amyloiden Degeneration. Virchow's Arch. 1885. LXV. k. 273. l. — 43. Ein Fall von Cyste in der Zunge. Virchow's Jahresbericht. 1870. II. k. 362. l. — 44. Transact. of the Path. Soc. of London. 1886. 225. l. — 45. Société anatom. 1886. janvier 22. — 46. New-York med. Record. 1885. 537. l. — 47. Virchow's Arch. 1881. LXXXIV. köt. 425. l. — 48. Arch. f. klin. Chir. 1883. XIX. k. 627. l. — 49. Bull. Soc. Anat. V. k. 898. l. 1879. — 50. Origin of certain cysts. Journal of Anat. and Physiol. 1886. XX. k. 432. l. — 51. Memoire sur une observation de cyste dermoide du plancher de la bouche. Bull. de la Soc. de Chir. 1872. 7. sz. — 52. Zur Casuistik der Dermoideysten der Zunge. Przeglad lekarski. 1898. 8. sz. — 53. Eine Dermoideyste der Zunge. Deutsche med. Wochenschrift. 1895. XXI. k. 35. l. — 54. The Lancet. 1885. I. k.

483. l. — 55. St. Louis Med. and Surg. Journal. IV. köt. 201. l. — 56. Cyste hydatique de la langue. Bull. de Chir. London. 1900. 1062. l. — 57. Fall af echinococcus i tungan. Hygiea. Svenska läkarsällskapets förh. 1876. 99. l. — 58. Beitrag zu selteneren Erkrankungen der Zunge. Arch. f. klin. Chir. 1892. XLII. k. — 59. Lipome de la langue. Bullet. de la Soc. de Chir. 1883. juillet 4. — 60. Lipome de la langue. Gaz. des Hopit. 1866. 29. sz. — 61. Lipome souslingual. Gaz. des Hopit. 1873. 68. sz. — 62. Fatty tumour, simulating ranula. Transact. of the path. Society. XXIII. k. 234—238. l. — 63. Lipome de la langue. Le progrès méd. 1880. 50. sz. — 64. Ueber gutartige Geschwülste der Zunge. D. med. Woch. 1889. XV. 23. l. — 65. Lect. on surg. pathol. 1898. II. k. — 66. Du lipome de la langue. Arch. clin. de Nord. 1895. IV. k. 2—3. fejezet. — 67. Beobachtungen und Studien aus dem Franz Josef-Spitale, 1854. 181. l. — 68. Die krankhaften Geschwülste. 1863—67. — 69. Die Krankheiten des unteren Theils des Pharynx u. Oesophagus. 1880.

Adatok az öröklődő bántalmak ismeretéhez.

— Harmadik közlemény. —

Irtá: *Jendrassik Ernő* dr. egyetemi ny. rk. tanár.

(Vége.)

IX. észlelet (18. eset). *Általános izomgyengeség.* R. Andor (28., 29. ábra) 8 éves (1899). A beteg atyja vézna, 42 éves, de egészséges egyén, anyja erőteljes asszony, a kinek azonban szokatlanul erős felső szemhéja van. A szülők közeli rokonságban vannak; apáik és anyáik testvérek voltak. A betegen kívül még egy, 5 éves leányuk van, a ki erős, kövér és egészséges.

A kis beteg rendszeren és időben született, de már kezdettől fogva sokat betegeskedett, rossz dajkája volt, szopni alig tudott és csak 6 hónapos korában jutott jó dajkához, a midőn fejlődése szellemi-tárgyilag megindult. Ez időtájt vették inkább észre, mert addig csak az általános gyengeségnek tulajdonították a gyermek hibáit, hogy szeme nem jól nyílik, s hogy fejlődése daczára sem tud jól szopni, szopás közben gyakran fulladozás fogja el. Harmadfél éves korában kezdett csak járni és beszélni; járása ekkor igen nehézkes, bicegő volt. A vizsgálat alkalmával a korára elég magas (124.5 cm.) gyermek meglehetősen vézna testalkotással bírt; feltűnő volt fejének alakja: koponyája elül szűkös, hátul a falcsontok táján erősen kiszélesedő, felülről nézve csaknem háromszög alakú s tarkócsontja feltűnően lapos. Elülről nézve koponyája sokkal szélesebbnek látszik, mint alsó állkapcsai, fej-tetője szintén szébeötlen lapos, a nyakszirtson és székkel bir varratai mentén. A legnagyobb vízszintes fejkörület 50.5 cm. A beteg fülei nagyok, erősen előállók. Arczán mindenekelőtt feltűnő szemréseinek csaknem teljesen bezárt volta, felső szemhéjai a jobb szemén csak épen a pupillának megfelelő szélességű rést hagynak szabadon, a balon nyitva maradó rész nem is elég arra, hogy a beteg ezen szemével láthasson; jobban felnyitni szemét a beteg nem képes. Ha a gyermek olvasni kezd, úgy az első 5—10 perczben szemrései lassan tágulnak, ezután azonban mindinkább bezáródnak, annyira, hogy nem tudja folytatni az olvasást. Teljes ophthalmoplegia externa van jelen mindkét szemén, csak belső szemizmiai épek. Szemöldökei magasan állók, arczán egyébként nagyon kevés mozdulat látható, a redők alig kifejezettek. Szája állandóan kissé nyitva van, szájkörüli izmait csak kevéssé tudja beidegezni, füttyülni, orczáját felfújni, gyertyát elfújni nem tud. Félig nyitott szájrészen felső inye kilátszik, fogai rovátkosak, egyenetlenek, töredezettek, helyenként a Hutchinson-fogaknak megfelelőek. Rágni, sőt nyelni is nehezen tud, sok fáradságába kerül a keményebb falat elapró-zása. Inkább bal oldalt tud nyelni; a falat, az ital gyakran gégejébe kerül s erős fulladozást okoz. Nyelvét nehezen ölti ki, beszéde elég jó, hangja nem erős, s ha kissé hosszabban beszél, hangtalanná lesz.

Sajátságos elváltozások észlelhetők végtagjainak és törzsökének izomzatában. Nyaka vékony, nyakizmiai azonban fejét elég jól megtartják, sőt fekvő helyzetben emelni is tudja fejét. Ülőhelyzetben gerincoszlopa erősen meghajlik, ennek megfelelőleg háta erősen kidomborodik, melle ellenben besüpped, vállai előre és felfelé csúsznak; ezzel élénk ellentétben fejét ptosisa miatt hátrafelé kénytelen dönteni. (L. a 29. ábrát.) Vállai a trapeziusok gyenge fejlettsége miatt jellegzetes módon ki és előre emelkednek s deltaizma, latissimus dorsija nagy fokban gyengék. A kar többi izomzata valamivel jobb, de kezeinek nyomóereje igen csekély.

A mellkason a pectoralisok alig láthatók, csak nagy megerőltetésre emelkednek ki, törzsökizmiai egyébként azonban eléggé biztosítják állását és mozgását. Alsó végtagjai soványak, gyengék, czombcsontjainak belső bütykei erősen kiemelkednek. A gyermek állása is feltűnő: fejét (a ptosisist ellensúlyozandó) hátra dönti, gerincoszlopának ágyéki része a rendszeren erősebben hajlott, járása nehézkes, e közben törzsökével ingadozik, s egyensúlyát kezeivel támogatja. Járásban s egyéb mozgásokban igen hamar kifárad, a midőn csak némi pihenés után képes újra menni.

Térdreflexei élénkek. Az izmok villamos ingerlékenysége alig változott.

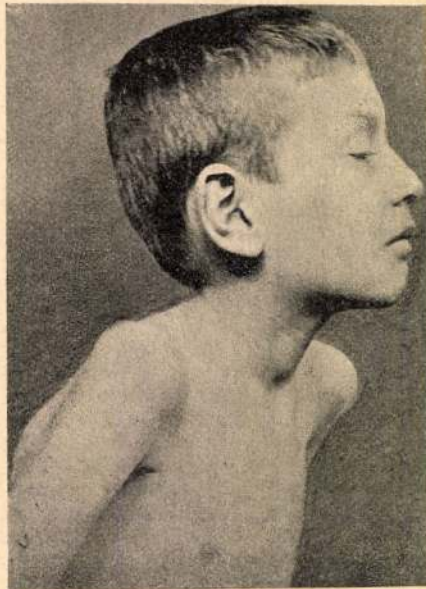
Elmebelileg a fiú igen jól fejlődött, testi állapota állandóan egyforma, hirtelen rosszabbodások, nagyobb ingadozások nem fordultak elő. Az utóbbi időben (1902) *Kornstein Lajos* dr. szívességéből értesülök, hogy a gyermek állapotában lényeges változás nem állott be, sőt mintha némileg kitartóbb volna most izomzata, mint ezélt volt.

Ezen esetet az első időben a myastheniás nyúltvelő bénulás csoportjába számítottam, azonban a további lefolyás nem felelt meg ezen felvételnek. Ha meggondoljuk, hogy ezen, születése óta jelen bajában levő, ma már 11 éves gyermek *állandóan* meg volt az egész tünetcsoport s hogy az *Erb*-féle betegségre oly jellegzetes hirtelen változások nem fordultak elő rajta, alig lehet ezen bántalomra tovább is gondolni. Igaz, hogy a szemizombénulások s egyéb nyúltvelői tünetek, egyes kifáradási jelenségek nagyon emlékeztetnek a myastheniára, de a kifáradást inkább az állandó gyengeségnek lehet tulajdonítani, valódi myastheniás ellenhatás nincs a betegen.

Izomzatának állapota a dystrophia kóralakjának inkább megfelel, igaz, hogy e tekintben először is ritka a szemizmok részvétele a folyamatban, a mire példát jóformán csak *Büg*¹ egy esetében és az alább említendőkből lehet találni, másodsor pedig kissé felöltő a folyamatnak látszólag hiányzó előhaladása. A



28. ábra.



29. ábra.



30. ábra.

dystrophia esetek között azonban ép olyanok vannak feljegyezve, a melyek a felső végtagokon, a fejen kezdődve igen hosszú lefolyásúak voltak és csak hosszú szünet után indult a folyamat ismét haladásnak. A lefolyásnak ez a módja nem is ritka, a midőn már a párhetes gyermekek kezdenek észrevenni bizonyos sajátosságos jelenségeket, az ilyen gyermek későn tanul járni, aztán azonban éveken keresztül még jár s nem ritkán, csak valamely közbe jövő fertőző bántalom indítja erősebben haladásnak a betegséget. Tekintve az igen kiterjedt kórjelenségeket, a gyermekkorban lefolyt nyúltvelői folyamatra nem lehet gondolni s a már zsenge korától kezdve orvosi felügyelet alatt állott gyermekek világrahozott bújakór tünetei sem voltak észlelhetők.

A szemhéjmelők részvételét a folyamatban már néhány esetben közölték, legutóbb *P. Marie*² foglalta össze ezen tünet irodalmát a dystrophiában. *Marie* esetében a rágó izmok is s talán még nagyobb fokban, mint a mieknben, a bántalom körébe bele voltak vonva, ellenben a szemizmok épen maradtak. A szemizmok részvétele a dystrophiás folyamatban igen ritka, talán ide tartozik *Winkler* és *Von der Weyde*³ egy észlelete: 25 éves leány már gyermekkorra óta arcizomgyengeségben szenvedett, majd válllővének izmai gyengültek meg s lassan haladó ophthalmoplegia externa támadt szeméin. Kevésbé számítanám azonban ezen csoportba *Gowers* egy észleletét, a melyben ép inreflexek mellett kis ptosis állott be és a szegolyóknak fel és jobbra nézése szünet meg, majd az arcizmoknak lassú elgyengülése támadt,

később a kar és medenceöv izomzata is sorvadott. *Marie* dolgozatának végén felveti a kérdést, hogy a ptosisnak és a rágó izmok részvétele új typust alkot-e ezen bántalomban avagy a közölt eset a „klasszikai“ arc-, váll-, felkaralagnak egyszerűen válfajául tekintendő? Esetem talán eléggé kimutatja, hogy sem új típusról, sem válfajról nem lehet szó; el kell ejteni a klasszikai jelzést és tiszta a helyzet. Kinek jutna ma eszébe pl. a tabest külön osztályozni tünetei alapján s így típusokat alkotni? A hereditásos betegségek csoportja egységes s csak gyakorlati szempontból lehet bizonyos csoportokat összefoglalni, de ezen csoportokat nagyon szűkre fogni, határozottan téves eljárás volna.

A következő észleletben a külső szemizmok és szemhéjmelők családi bénulása van jelen. A ptosis, mint önálló családi megbetegedés, világrahozott alakjában már meglehetősen ismert kóralak, de mint a későbbi korban támadó önálló megbetegedést még kevés számban irták le. *Gowers*,¹ *Goldzieher*,² majd *Fuchs*,³ *Dutil*⁴

ismertettek idevágó eseteket. A mennyiben a részben hiányosan közölt kórtörténetekből kivehető, a bántalom legtöbb esetben nőknél fordul elő, férfiak tudtommal csak *Goldzieher* és *Dutil* észleleteiben találhatók. A szemészek ezen izolált, állandóan megmaradó s a beteget egyéb tekintetben többnyire egyáltalában nem károsító, az előrehaladottabb korban kezdődő bántalmat kevés alaposítással a dystrophia pathologiai csoportjába tartozónak vették, a mivel a klinikai kép, főleg az előbb már felhozott jelzők értelmében, semmiképen sem egyeztethető össze. *Fuchs* az izomból kimetszett részleteket is megvizsgálta, de az izomelfajulásnak alakja nem eléggé jellegző, hogy abból biztossággal lehetne következtetni a bántalom alapjára. A betegség öröklési természete a legvilágosabban kitűnik *Dutil* észleleteiből, az egyik családban négy nemzedékben hét eset, ezek között hat férfi fordult elő. Mindezen esetekben azonban úgy látszik a ptosis mint egyedüli tünet volt jelen, legfeljebb még a vele járó és a bántalom kifejlődésére némi világot vető kötőszöveti sorvadás, a felső szemhéjnak megvékonyodása s csaknem áttetszővé válása érdemelnek figyelmet.

Esetemben két nőtestvérrel van szó, a kiknek megbetegedési körülményei nagyon hasonlítanak a *Dutil* és *Fuchs* közölte esetekéhez: előrehaladottabb korban, csaknem észrevétlenül támadt a ptosis minden egyéb súlyosabb megbetegedési jel nélkül, de a bénulás nem maradt a szemhéjmelő izomra szorítkozva, hanem ugyan-csak észrevétlenül még más izmokra is áterjedt, sőt az egyébként jól járó és alsó végtagjaiban teljesen ép működésű betegek patella-

¹ *Schultze* „Über den mit Hypertrophie verbundenen Muskelschwund, 1886.“ c. könyve 39. lap.

² *P. Marie*: Revue neurologique 1901. 446. lap.

³ *Möbius*: Neur. Beiträge IV. 144. lap.

¹ *Gowers*: Manual of nervous diseases I. k.

² *Goldzieher*: Centralblatt f. pr. Augenheilk. 1890. 34. lap.

³ *Fuchs*: Archiv für Ophthalmologie XXXVI. k. I. 234. lap.

⁴ *Dutil*: Progrès médical 1892. 401. l.

reflexe is elmarad a bántalom teljes kifejlődésével. Ezen utóbbi tünettől eltekintve, az irodalomban némileg hasonló esetek még találhatók, azokat igen értékes módon összeállította Möbius¹, ezen összeállításból kiderül, hogy szemizombénulások, néha a facialissal együttesen igen sokféle változatban fordulnak elő, mint világra hozott, vagy később felismerhető ok nélkül fejlődött kóresetek, a melyek legalább részben nyilvánvalólag az öröklési degenerálások sorába számítandók.

X. észlelet (19., 20. eset). *Ptosis, ophthalmoplegia externa, inreflex-hidny.* H. S., 40 éves nő és H. L. 32 éves nő (30. ábra), nőtestvérek. Atyjuk 71 éves korban halt meg hirtelen, anyjuk 66-dik évében rákbajban, különben egészséges, ép egyének voltak, az apa az anya vérbéli nagybátyja volt. Ezen szülőknek nyolcz gyermeke közül kettő 45—42 éves korukban egyébként ép állapotban szív- és tüdőbajban haltak meg, két férfi és két nő élnek és egészségesek.

H. S. 10—12 év óta nem tudja felső szemhéjait felemelni, csupán annyi rést tud nyitni, hogy egyik (jobb) szemével látja az utat maga előtt, sőt némi nehézséggel olvasni is képes. Pupillái teljesen épek, a külső szemizmok ellenben mind teljesen bénultak, a szemgolyók kissé jzöttérő helyzetben vannak. A szemhéjak vékonyak, ránczosak, színesen srezettek, a szemgolyók nagyok, a szem körül levő kötőszövet erősen eorvad; a beteg a szemöldökeit felhúzza tartja. Ha jobb szemét eltakaruk, a bal szemrés oly kevésé nyílik, hogy a beteg nem lát.

Arcizmainak beidegzése is igen hiányos, felső ajka petyhüdt, kissé kifordult s ekként szája mindkét zugától kiinduló és lefelé húzó redő támad, a mely arczifejezését sajátságosan megváltoztatja. Arczizomjátékra felszólítva csak igen hiányos és lassú mozgásokat végez. Arczizmai a villamos áramra egészen jól reagálnak. Beszéde nagyon lassú és nehézkes, a beteg férje is állítja, hogy ezen beszédmód csak az utóbbi évek folyamán lassan jött létre, a beteg maga nem veszi észre, hogy beszéde megváltozott volna.

Inreflexei a térdén teljesen hiányoznak.

Testén kiterjedten psoriasis. Ujjai néhány év előtt megfagytak, a minek most is látszik nyoma.

Havi baja csak igen ritkán van, két gyermeke volt, az egyik 2 éves korában diphtheriában meghalt, a másik 15 éves leány, egészséges. A beteg gyakran szenved hemikraniában, egyébként nyugodt természetű, jól alszik.

Nővére F.-né H. L. körülbelül két éve van hasonló bajban, de azt eleinte hosszú ideig észre sem vette, csak férje. Testileg, kedélyileg rendkívül hasonlít idősebb nővére. Arczifejezése sajátságosan álmos, szemöldökei felhúzóttak, szemhéjjai lelógók, külső szemizmai is csak igen hiányosan működnek, míg irise teljesen ép, hasonlóképen látóképessége, látótere és szemháttere (*Grósz Emil* tanár úr lelete).

Külső szemizmait illetőleg megjegyzendő, hogy a beteg lefelé tudja mozgatni szemeit, kissé jobbfelé is, felfelé és balra éppen nem. Alsó fogsorai a felsőkkel egy vonalba esnek. Arczizmai, főleg szája körül igen gyengén mozognak, hiában biztatjuk ezen irányban.

Kedélyhangulata nyomottan látszik, a beteg keveset beszél, habár ő maga ezen tekintetben azt állítja, hogy nem változott. Beszéde lassú, nehézkes.

Inreflexei a térdkalács szalagján igen gyengék, de Achilles-inán is kiválthatók.

Havi baja csak több havi időközökkel jelentkezik s igen kevés. Két gyermeke volt.

A további észlelés folyamán szemeinek oldalt mozgása csaknem teljesen megszűnt, lefelé azonban még bizonyos mértékben mozognak szemei; kedélyállapota kissé élénkebbé vált.

Egy különben ép nővére (a ki azonban nem igen hasonlít a két betegre) szintén nagyon hiányosan mozgatja szándékolt innerválással arczának alsó felét.

Végül még ide zárom a különböző, részben elismerten hereditásos, részben véleményem szerint ide számítandó kóralakoknak sorozatát, a melyek mind a szülők közeli rokonságát tüntetik fel. Meg kell jegyezmem, hogy újabb észleleteimben, eltekintve mintegy tíz dystrophiás esettől, továbbá két más, itt fel nem említett családi kóresettől, a melyekben a szülők rokonságát kimutatnom nem sikerült, valamennyi hereditásos észleletemről beszámoltam s így a szülők rokonságának nagy befolyása az arányszám alapján is feltűnik. Szülői rokonság ugyan előfordul ezen eseteken kívül is, de eddigi adatgyűjtésem szerint aránylag igen ritkán.

A szülők rokonságának befolyását érthetően demonstrálja pl. az előbb ismertetett IX. észlelet, a melyben a beteg gyermeknek nyolcz helyett csak négy dédszüloje volt: az ilyen leszármazásban hiányos a leszármazás sokszoros keverékének kiegyenlítő hatása.

Az első esetben a merevgörösös öröklődő bénulásnak két újabb példáját közölhetem, a melylyel ezen bántalomnak egyúttal hatodik családját is ismertetem; mind a hatban meg volt a szó-

ban forgó öröklési tényező. Az irodalomban legutóbbi közlésem óta *Krafft-Ebing*¹ az ide vonatkozó adatoknak igen hiányos ismerete daczára, szintén kiemelte a szülői rokonságnak befolyását, a melyet egy családi kórtörténettel támogatatható.

XI. észlelet (21. eset). D. Ignác 9 éves fiú, öcsese D. Józsinak, kinek kórtörténetét második közleményemben irtam le. Akkor még ez a fiú csak harmadfél éves volt és egészségesnek látszott, míg a múlt télen lassanként romlani kezdett járása. Anyja e hibát hosszabb ideig csak rossz szokásnak vette, a vizsgálat kimutatta, hogy az alsó végtagok teljesen hasonló alakban betegednek meg, mint idősebb bátyja esetében, merevgörösös, ingadozó a járása, inreflexei fokozottak. Mindkét fiúnak elálló fülei vannak, s mindkettőnek bal füle Satyr-fül. Ezen második megbetegedés teljesen igazolja kórjelzésemet, a melyet az első esetben, midőn még egyedül állott, már a tünetek és a szülők közeli rokonsága alapján állapítottam meg.

XII. észlelet (22. eset). K. Dezső 5 éves (1898). Szülei egészségesek, erőteljes testalkotásúak, de közeli rokonok: a gyermek anyai nagyanyja és apai nagyapja édes testvérek voltak. A gyermek anyjai nagyapja testvérek egy unokája kis leány, a ki állítólag szintén nem ép és kancsalít.

A betegnek két legidősebb bátyja egészséges. Azután jött egy, a ki 1885-ben született, három éves korában kezdett rosszul járni s jelenleg a szülők leírása szerint kis betegünkhöz hasonlóan merevgörösös bénulásban szenved. Az 1887-ben született gyermek ép, ezután két korai elvetelés, majd betegünk született mint utolsó gyermek. A gyermekek mind fiúk voltak, a szülesek rendes lefolyásúak.

Gyermekbetegségek e családban nem fordultak elő.

A kis betegnek elálló fülei, olympusi homloka van, egyébként rendesen fejlett és táplált gyermek. A fej, a felső végtagok épek, az alsó végtagokon ellenben erősen kifejezett merevgörösös tünetek, az Achilles-inak megrövidültek, a lábakat 90°-ig alig lehet felhajlítani; a térd-inreflexek erősen fokozottak; járás közben kissé hajlított térdekkel, csoszogva és a merevgörösös járás egyéb hiányosságaival megy nehézkesen a gyermek.

A következő észleletben a pseudohypertrophiás dystrophia musculorum egy esetét ismertetem, a mely bántalomban általában ritkább a szülők rokonsága:

XIII. észlelet (23. eset). H. Simon 11 éves (1901) tanuló. Szülei közeli rokonok, úgy hogy csak dispenzációval költöttek egybe; a rokon viszony az anya apjának és az apa anyjának valószínűleg testvéri kötelékekből származik, de ezt a beteg anyja nem tudta már egészen biztosan megmondani. A gyermek apja egészséges, erőteljes testalkotású, az anyja is egészséges. E házasságból hét gyermek született, ezek közül három kis korban elhalt, egy 20, egy 17 éves fiú erős és egészséges, egy egyéves kis fiú gyenge, még nem jár. A beteg az 5-dik gyermek, elég gyöngé volt születése alkalmával, de rendes módon és könnyen jött világra, azonban csak három éves korában kezdett járni, akkor is már lábujjhegyére lépett, lábait szétterpesztette s fejét hátrahúzta. Fekvő helyzetéből csakis kapaszkodással tudott felkelni. Járása később még rosszabbodott, s egy év óta már nem is tud járni. Beszélni már egy éves korában kezdett, azóta 2 elemi osztályt jó sikerrel végzett s egyébként is korához mérten jó elméleti képességekkel bír.

A nagy mértékben magával tehetetlen kis beteg szemei szétterősen kancsalítanak, szemeinek látóképessége azonban egyenként jó s szemmozgásai egyébként szabadok; pontosabb szemvizsgálás nem volt kivihető. Pupillái egyenlők, jól reagálnak. Fejalkotása feltűnő, fejteteje lapos, nyakszirtesontja szintén, homlokdombjai előálló; fejkerülete 52.6 cm. Fekvő helyzetben fejtét oldalt mozgatni jól tudja, ülő helyzetben csak nehezen tud megmaradni, mert csakis a függőleges helyzetben tud egyensúlyban lenni, mihelyt oldalt mozdul, azonnal eldől. Felső végtagját csak nagy erőlködéssel tudja emelni, s csakis egyenként, a midőn az ismert kompenzáló törzsökhajlítással és karbehajlítással könnyít feladatán. Vállait leszorítani alig tudja, s ha felkarjánál fogva akarjuk emelni, vállai füléig felesusznak. Alsó végtagját fekvő helyzetben czombjaiban kissé tudja felhúzni, de felemelni nem. Lábai nem reponálható lóláb állásban vannak, alszárai aránylag igen nagy fokban hypertrophiásak, élénk ellentétben felkarjaival, a melyek rendkívül soványak.

Inreflexei teljesen hiányoznak.

A belső szervek működése ép.

XIV. észlelet (24. eset). H. J. 30 éves kereskedő, 1901. április havában jelentkezett először a klinikán. Atyja 63 éves, anyja 58 éves, egészséges; unokatestvérek (anyjának és atyjának apja testvérek). Idegbajosat nem ismert családjában, három testvére kiskorban halt meg, kettő egészséges (férfiak, egyik 38, másik 28 éves).

A beteg kis korában gyengélkedő volt, csukamájolajjal gyógyították. Iskolába járása idején is feltűnően nehézkes volt a járása, a mi főleg futása közben tünt fel. 1839-ig azonban ez őt semmiben sem akadályozta; hivatásának, a mely utóbb meglehetősen fárasztó volt (állósolgálat üzletben), meg tudott felelni, a míg jelzett év május havában lábikráiban kezdett fájdalmakat érezni s alsó végtagjai meggyengültek. Mindazonáltal 1900. január haváig végezte dolgait, azontúl nem volt képes rá. Ekkor járása igen nehézkesé vált, gyakran el is esett, a mikor aztán csak akkor tudott felállani, ha valamibe kapaszkodott.

A felvételtkor az alacsony termetű, gyengébben fejlett beteg

¹ Möbius: Neurologische Beiträge IV. füzet.

¹ Krafft-Ebing: Zeitschrift f. Nervenheilkunde. XVII. k. 87. l.

csontrendszerét elég jónak találtuk, kivéve, hogy gerincoszlopa kissé elhajlott. Belső szervei épek. Fején, nyakán az izomzat jól működik. Nyelése zavartalan, hangja ellenben gyenge és ha kissé tovább beszél, hangtalanává válik s légzése nehezebbé lesz. A lélegzésben a rekesze nagyon kis részt vesz, főleg csak bordaközötti izmaival lélegzik. A felső végtagok minden irányban mozognak, a pectoralis major ép. A felkarok aránylag soványabbak, mint az alkarok. Az alkar hajlítása erőteljesebben megy végbe, az ujjak hosszú hajlítói és feszítői jelentékenyen gyengültek, a csontközötti izmok és a hüvelykujj izomzata ellenben ép. Kinyújtott karjai, főleg a jobb, kissé remegnek, mozgás közben ez megszűnik. Törzsök izmai gyengültek, hanyattfekvő helyzetéből felülni karjainak segítségével vétele nélkül nem tud, még kapaszkodva is csak nehezen.

Alsó végtagjait álló helyzetben ugyan tudja minden irányban mozgatni, de az alszár hajlítói, a lábak felhajlítói jelentékenyen gyengék. Leggyengébbek azonban a m. ileopsoas és a gluteusok; fekvő helyzetben kinyújtott végtagjait felemelni nem is tudja, csak ha quadricepsit megfeszíti, képes arra, hogy medencéjének fordításával alsó végtagját kissé a fekvőhely fölé emelje, behajlított alszár mellett (ilyenkor az alsó végtag súlya tetemesen kisebb) könnyebben sikerül a csomb emelése, álló helyzetben igen bizonytalanul tartja testsúlyát s járás közben medencéje s gerincoszlopa minden lépés alatt erős oldalringást végez. Álló helyzetében az a feltűnő jelenség észlelhető, hogy munkát nem végző izmai teljesen ellazulnak, petyhüdtékké lesznek s a midőn némi ingadozása közben egyszerre szükségessé válik az illető izom összehúzódása, az nagy ugrásban lép contractióba. Hajlított térdrel nem tud állni. Járásán még a lábhajlítás hiányossága is megfelelően jut kifejezésre. Alszárain a lábikraizmok elég tömöttek, az Achilles-in annyira megfeszült, hogy a lábat 90°-ig sem lehet felhajlítani, ennek megfelelőleg a lábak enyhébb pes equinus tartásban vannak. Az izmok látszólagos petyhüdtiséggel szemben a kinyújtott alsó végtagot csak 40° szögletre lehet felemelni, a mi a rendesnél kisebb; a hasonfekvő beteg alszárát sem lehet annyira behajlítani, a mennyire az az ép viszonyok között lehetséges. Tehát izomrövidülés és petyhüdség együttesen vannak jelen.

Az izmoknak ezen feltűnően petyhüdt volta kifejezést nyer a patella inreflexének kiváltása alkalmával. Az összehúzódás a quadricepsben ugyanis az in megütésére élénken áll elő, az izom nagy hullámmal felel, de az alszár nem mozdul ki leelőgő helyzetéből. Ezen eset határozottan tanúsítja, hogy az inreflex még jelentékenyen petyhüdt izomban is előállhat, ha az izom rövidült.

A villamos ingerlékenység jelentékenyebb fokban nem változott meg, a felvett izom-rángás-görbékben sem látni valamely eltérést az éptől.

Az Achilles-inreflex nem váltható ki, lábtünet nincs. A bőrreflexek élénkek, rendes alakban jelentkeznek.

Az érzés egész testfelületén hibátlan. A beteg időnkint fájdalomról panaszkodik, a melyek jobb vállában, továbbá alszáraiban jelentkeznek, nyomásra, mozgásra fokozódnak. E fájdalmak csekélyek s nem látszanak ideges eredetűeknek.

Szemizmai jól működnek, látása jó.

Az itt következő észleletben a Friedreich-féle betegségnek nem éppen tipikus alakjával van dolgunk. Két kis leány, nőtestvérek, a kiken a Friedreich-betegség tünetei mellett sajátos szemizombénulás (rect. ext.) helyettesíti a nystagmust, de e mellett a juvenilis dystrophiának megfelelő gyengeség van jelen a vállöv izomzatában. Mindezen eltérésekhez némileg hasonlókat *Joffroy*, *Dejerine*, *Erlenmeyer*, *Gowers*, *Mendel*, *Ormerod* ismertettek; igaz, hogy ezen esetekben inkább az oculomotorius bénulása, továbbá máshol támadt izomgyengeségek és sorvadások fordultak elő, de lényegileg ezen dolgoknak fontosságot nem tulajdoníthatunk. Ilyen átmeneti alakok a *hérédotaxie cérébelleuse* varietásban is előfordulnak.

Ime az észlelet:

XV. észlelet (25. eset). R. Julis és Eszter (31., 32. ábra) 11 és 10 éves testvérek (1901). A szülők kétszeres *rokonságban* állanak egymással: a gyerekek atyai nagyatyja feleségének unokatestvére volt, ezenkívül még a gyermekek anyai nagyanyja és apai nagyanyja is testvérek voltak. A gyermekek atyja 38, anyja 31 éves, egészségesek. Az anya testvérei is egészségesek, az atya tíz testvére közül három él, egészséges, kettő fiatal korban ismeretlen bajban, egy rákban, egy szívbajban, három tüdővészben haltak meg; ez utóbbiak közül kettő emlitendő fel, ezek 8–12 éves korukban kezdtek rosszul járni s 26–34 éves korukban haltak meg. A két kis betegnek 4 testvére van: egy 13 éves fiú, egy 6 éves fiú, egy 2 éves leány és egy 3 hónapos fiú; ezeken kívül három kis korban halt meg.

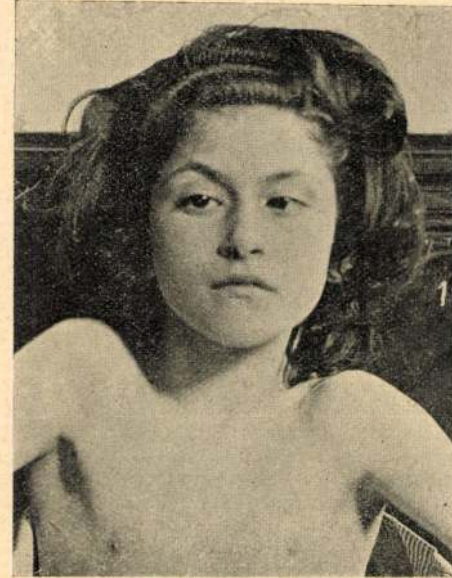
Mindkét gyermek rendes időben és nagyobb nehézség nélkül jött a világra; Eszter a rendes időben tanult meg járni és beszélni, Julis valamivel később, ez utóbbin kis korától fogva észrevették, hogy kissé kancsalit.

R. Julis (33. ábra) négy év előtt kezdett hibásan járni, 1899-ben hagymázat állott ki, azóta nem is tud járni. A korához mérten elég jól fejlett és táplált leányka belső szervei épek, elmebeli képességei igen jók. Fejalkotása jó, dús fekete haja van. Szemei kissé összetérlőleg kancsalítanak alternálólág, szemtekéi kifelé s kifelé-lefelé nem mozognak, ha lefelé nézetjük, úgy erősebben összetérlő kancsalításba jönnek. Kettős képek is kiválthatók. Nystagmus nincs. Látása jobb szemén $\frac{5}{7}$,

balon $\frac{5}{7}$ kisebb túllátóság. Pupillák egyenlők, jól reagálnak; a szemfenék ép.

A kis leány szilárdabb táplálékot jól nyel, az ital ellenben néha farkasútra téved. Hangja dünyögő, orrhangú s feltűnően mély, beszéde kissé vontatott.

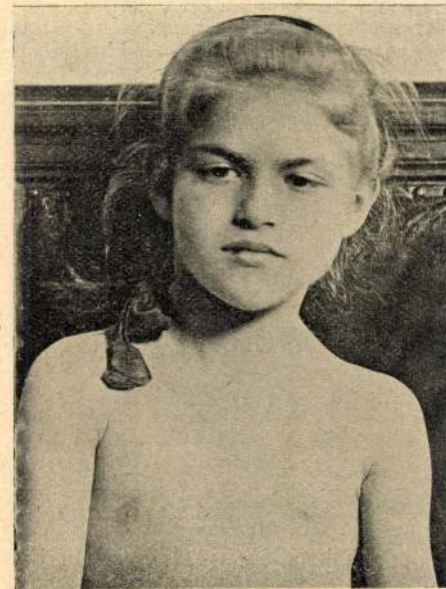
Nyakizmai elég jók; vállalai ellenben az izomgyengeség miatt túlmozgathatók s a törzsöktől fel és kifelé térnek el; egyébként minden irányban mozognak, de csak csekély erővel. Ha karjainál fogva akarjuk felemelni a kis gyermeket, úgy vállalai füléig felesúznak. Karjai,



31. ábra.

kezei elég erősek, kivéve a kéztő felhajlítását, a melyet igen erőteljesebben végez; mozgásban kezei ügyetlenek: ha valamit meg akar fogni kezeivel, ujjait túlságosan tágra nyitja s szabálytalan ingadozásokkal közlekedik a tárgy felé, a leveles a kanálból kilocsos, mielőtt szájához érne.

Törzsökizmai elég gyengék, de aránylag még a legépebbek, gerincoszlopa ülés közben háti részében domborulatával jobbra néző ívben görbül meg s ezen görbület hanyattfekvő helyzetben sem egyenesedik ki teljesen. Ezen gerincoszlopgörbületnek megfelelőleg a bal mellkas jelentékenyen lelapult és behúzódott!



32. ábra.

Alsó végtagjai aránylag soványabbak, főleg alszárai; jobb lába erősebben, a bal kevésbé pes equino-varus állásban (Friedreich-lábak) vannak, öregujjának első perczé erősen felfelé feszített állásban, végperczé kissé hajlított tartásban van. Jobb lábát nem lehet 90°-ig felhajlítani, s ha a beteget lábra állítjuk, úgy jobb lába csak ujjával éri a talajt. A beteg lábát csak igen kevéssé tudja megmozdítani, alszárát és csombját ellenben elég jól mozgatja, mindazonáltal csak fogódzva képes állni; járni egyáltalában nem. Izomtehetetlenségét különben még nagyon fokozza törzsökizmainak folytonos apró nyugtalansága, a mely miatt még ülni is csak biztos megtámasztással tud. A quadricepsben hypotonia van s a csomb hátulsó izmaiban szintén.

Patella-reflexei nincsenek. Has és talp reflexe élénk, az utóbbi *Babinski*-alakban.

Az érzés minden alakjában ép.

A széke gyakran nehéz, vizelete igen gyakori, sőt nem is tudja teljesen visszatartani, ha a vizelés ingere rá jön. Vizeletében idegen alkatrész nincs.

R. Eszter teljesen hasonló tünetekben szenved, jöllehet a bántalom rajta még kevésbé kifejezett. Szülei már két évvel ezelőtt (tehát 1899-ben) vették észre, hogy a kis lány rosszabbul jár, szaladni nem tud. Állapota azóta csaknem észrevétlenül lassan rosszabbodott.

A korához mérten fejlett és elég jól táplált kis beteg elmebeli képességei igen jók; a 3-ik osztályt igen jó eredménnyel végezte. Sötét-szürke hajszíne van s arcban nem nagyon hasonlít nővérehez. Szemei gyakran összetérő kancsalításba jutnak: mindkét külső egyenes szemizom és a trochlearis hiányosan működik, kifelé és befelé elmaradnak a szemgolyók, lefelé nézéskor összetérnek a tekék. Kettős látás kiváltható, oldalt nem szeret nézni a kis lány. Pupillái jól reagálnak, a jobb kissé tágabb a balnál. Látás a jobb szemén $\frac{5}{15}$, balon $\frac{5}{7}$, astigmatismusa van, a mely miatt a papillák elmosódottaknak és megnyúltaknak tűnnek fel.

Beszéde jó; a nyelésben nincs akadályozva.



33. ábra.

Nyakizmai elég jók, vállalai kissé előre húzódtak s csak erőltlenül tudja azokat lefelé és hátrahúzni. Kézmozgásai elég ügyesek, bár kissé lassan mennek végbe. Törzsökizmai kisebb fokban gyengültek, gerincoszlopa kevésbé meghajlott, ugyanolyan alakban, de kisebb fokban mint nővére; bal mellkasfele kissé szűkebb.

Alsó végtagjainak izomzata kissé tömöttebb tapintatú, az alsóarck aránylag soványabbak; az egyes ízületekben a hajlíthatóság jó, kivéve a bokaizületeket, a melyekben határozott pes equinus tartás van jelen, s a lábat 90°-ig sem lehet felhajlítani az Achilles-in, illetőleg izomzatának megrövidülése miatt. Lábujjai az első perczen feszített, a két utolsó perczen hajlított tartásban vannak. A kis lány bizonytalanul áll, kissé széttartott lábakkal, s csípőizületében némileg előrehajlított testtel; ha szemeit bezárja, az ingadozás még fokozódik. Járás közben kompenzáló oldalingadozásokat végez felső testével s e mellett szabálytalan alakban el-eltér mozgásirányától a cerebellaris ataxia alakjában.

Patella-reflexei nem válthatók ki, Achilles-inreflexe is hiányzik. Lábtünet nincs. Bőrreflexei élénkek, talpreflexe hajlító alakban nyilvánul. Az alsó végtagon hypotonia nem mutatható ki.

Vizelés és szék rendszeres.

Az érzés mindenütt jó; néha szédülésről, hátában és térdeiben csekély fájdalomról panaszkodik.

* * *

Nem állott szándékomban, hogy ezen dolgozatban az öröklési bántalmak újabb irodalmát összefoglaljam, az elősorolt esetek közlésének főczélját abban látom, hogy velük az öröklési degenerációk tanának néhány alaptételét jelen ismereteink magaslatán az eddiginél jobban megvilágíthassam. Mint újabb adat ezen észleletekből az látszik kiderülni, hogy

1. az ugyanazon családban előforduló s kétségtelenül legáltalános körvonalaiban ugyanazon kórképnek tünetei az egyes családtagokon nem teljesen egyenlő fokban s talán nem is teljesen azonos kiterjedésben fejlődnek ki. A kórkép általános

jellege híven megmarad az esetek többségében, a részletek azonban kis mértékben variálnak.

Továbbá azt hiszem, hogy ezen bántalmi körben alaptételek gyanánt a következőket kell elfogadnunk:

2. *Téves csupán azon kóreseteket venni családi, illetőleg öröklődő bántalomnak, a melyekben több családtagon fordult elő ugyanazon kóralak, mert egyedül maradó esetek is észlelhetők és mert a legerheltebb családokban is előfordulnak kivételek, a kik lehetnek többségben, de a kik esetleg tovább terjesztik leszármazóikban a bajt.*

3. *Az öröklés mint kórok sajátlagos, oly kóralakokat hoz létre, a melyek más okból nem fejlődhetnek ki.*

4. *Az öröklési kórformák nem tipusos, körülírt kórképekben jelennek meg, hanem a tünetek variálása végtelen sorozatban a legheterogenebb körben fordul elő. Az egyes típusok a gyakorlati használatra fentarthatók ugyan, de nem szabad azokat különálló bántalmakként felfogni.*

5. *Az öröklési bántalmak a szervezet minden szövetét illetik, az idegrendszert ép úgy, mint az izomzatot, a kötőszövetet (obesitás, soványság), a csontokat (achondroplasia, osteodystrophia stb.), az egyes szerveket, stb. Néha csak hajlandóság öröklődik exogen bajokra, máskor aplasiák, hyperplasiák, degenerációk.*

Régebbi tétéleim közül megismétlem e helyen még mint kiegészítőt, e kettőt:

6. *Szokatlan csoportozatú kórtünetek idült, hosszú ideig progrediáló lefolyás mellett a legnagyobb valószínűséggel öröklött degenerációnak felelnek meg.*

7. *A szülőknek közeli rokonsága nagyon fokozza az öröklődő degenerálás lehetőségét.*

T Á R C Z A.

Néhány megjegyzés Bókay János dr. tanár „A tenger melléki kórházokról” című cikkére.

Meleg érdeklődéssel olvastam végig jeles tudósunknak ezen lap f. év szeptember 28-iki számában megjelent tanulságos cikkét. Nincs közöttünk senkisé, a ki át ne volna hatva egy tengerparti sanatorium, illetőleg hospice létesítésének szükségétől. Tudomásom szerint nem egy felolvasás történt már ennek érdekében; utalok ezúttal Szegő dr. az abbaziai gyermek-sanatorium tulajdonosának és Tassy dr. miskolczi orvosnak ily irányú értekezéseire.

Pusztába kiáltott szó volt minden eddigelé; merem remélni, hogy Bókay tanár felhívása nem lesz eredménytelen. Az államnak kellene kezébe venni az ügyet és a cikkben felsorolt idegen államok mintájára egy nagyobb hospice-t létesíteni, mely quasi gyűlhelye lenne az egész ország görvélyes gyermekeinek. Egető szükség ez nálunk, hol a tuberculosis oly ijesztő mérvben terjed.

Magára az intézet elhelyezésére nézve volna néhány megjegyzésem; azt hiszem, nem lesz korai a kérdést már most tisztázni: *Nem tartom helyesnek az intézetnek Porto-Ree vagy a horvát tengerpart bármely részén leendő elhelyezését. Nem tartom helyesnek a következő okokból:*

Porto-Ree, Dubno és általában a „Canal mal temps” körül fekvő part van a legkevésbé megvédve a hideg északi szél, az úgynevezett bóra ellen. Október hótól márczius végeig oly elemi erővel dühöng ez, hogy nemcsak a szabadban való tartózkodás, hanem a közlekedés is majdnem lehetetlen. A part kopár, sziklás, kietlen, csak itt-ott tengődik néhány csenevész olaj- és fügefafa. Nyáron a hőség majdnem tűrhetetlen, sehol egy árnyékot adó fa; a forró nap sugarait az izzó sziklák tisztelesen fokozva lövelik vissza. A part minden átmenet nélkül magasan és meredeken nyúlik a tengerbe. Forrásnak, üdítő tiszta víznek sehol nyoma sincsen. Piszkos cisternavíz iszik az egész lakosság; tartós szárazság idején azután megtörténik, hogy a jobbmódúak a szomszédos Fiuméből hoznak vizet hajókra felrakott hordókban. A mélyebben fekvő részek valóságos fészkei a maláriának. Mint évek óta helyben működő orvos nyugodtan állíthatom, hogy a malária-betegek 90%-a innen kerül ki. Ez az oka itten a legsúlyosabb anaemiáknak és cachexiáknak. A lakosság a legszükségesebb élelmi szereket is az ország belsejéből kénytelen beszerezni, mert a kopár sziklákön bizony alig terem meg valami.

A vidéknek Fiumével, mint vasúti állomással való összeköttetése is sok kívánni valót hagy maga után. A magyar-horvát hajózási társaság k's gőzösei teljesítik a közlekedést a téli hónapokban naponta egyszer, nyáron kétszer. Télen azután gyakran megesik, hogy az erős szirocco miatt a közlekedés néhány napon át szünetel. Kocsival csak meredek hegyeken át és nagyobb öblök (így a buccari) megkerülésével érhető el a part. Végül még csak annyit, hogy horvát „testvéreink” egy tisztán magyar jellegű intézményt nem is néznének jó szemmel.

Minden tekintetben ajánlatosabb volna az intézménynek Fiumében való elhelyezése.

Bár a szoroson vett „magyar tengerpart“ nagy része a kikötői forgalomra van felhasználva, maradt még néhány alkalmas telek; szívesen szolgálok bárkinek e tekintetben felvilágosítással.

Előnye ezen helyeknek: majdnem teljesen meg vannak védve a szelektől, folyóvizet, mocsarak közelükben nincsenek; üde, tiszta forrásvíz (vízvezeték), egész éven át zöldelő babér-, füge-, olajfák, evonymus japonicus, prunus laurocerasus etc. A dűsán tenyésző növényzetnek tulajdonítható, hogy bár közel a városhoz fekszenek, levegőjük mégis kifogástalan. A tenger sekély, az intézeti czélgjainak megfelelő. A telkek a városból közlekedő villamos vasutal pár perc alatt elérhetők, így azután az ételmezés és esetleges sürgős orvosi segély is gyorsan volna kivihető.

Fiume, 1902. október hó 7-én.

Schweitzer Arthur dr.

Szünidei orvosi cursus.

A VIII. szünidei orvosi cursus vezetősége 1902. október 11-dikén a Budapesti Kir. Orvosegyesület helyiségében tartott értekezleten számolt be a lefolyt cursusról. A végrehajtó bizottság tagjai: Dollinger Gyula elnök, Grósz Emil titkár, Alapy Henrik, Korányi Sándor bizottsági tagokon kívül megjelentek: Moravcsik Ernő, Árkövy József, Goldzieher Vilmos, Csapodi István, Ónodi Adolf, Róna Sámuel, Hirschler Ágoston, Havas Adolf, Liebmann Mór, Schwarz Arthur, Haberer Jonathan Pál, Terray Pál, Szontágh Felix, Török Lajos, Feleki Hugó, Gerlőczy Zsigmond, Hochhalt Károly, Vas Bernát, Tóth István, Győry Tibor.

Az elnök megnyitóját a titkár előterjesztette jelentését. Hivatkozva az Orvosi Hetilap 1902. 29—30-dik számában megjelent s az összes előadói karnak megküldött beszámolóra, csak arra szorítkozik, hogy a jövő cursusokra vonatkozó néhány javaslatot tegyen. Ezek a következők: 1. A cursus rendezésének azon systemája, hogy egy alkalommal kevés előadás legyen, bevált, ezen rendszer fenntartása ajánlatos, viszont a hallgatók számának korlátozása is szükséges. Az eddigi tapasztalatok szerint a jövőben már *előre* minden egyes előadásra két előadót kellene felkérni, kik ugyanazon időben tartanának cursust. A jelentkezők addig választhatnak, míg letelt az egyik csoport maximális száma, mely husznál nem lehet több, azontúl már csak a másik előadó hallgatói lehetnek. Ezen módszert a VIII. cursuson azért nem valósíthatták meg, mert nem lehettek elkészülve, hogy a cursusra olyan sokan jelentkeznek, a határidő letelte után pedig egy másik cursus létesítése nem volt lehetséges, mivel a jelentkezők ragaszkodtak az időhöz s az előadókhoz.

2. A tárgyak számát még jobban apasztani kell. A négy fő klinikai tárgyon kívül legfeljebb még négy, cursusonként változó speciális szak vehető fel, mert csak így biztosítható számunkra kellő óraszám.

3. A cursus eddigi 50 korona díja tandíjnak kevés, beiratási díjnak sok, 25 koronára való leszállítását ajánlja, az előadók számára honoráriumot a ministeriumtól kellene kieszközölni.

4. Arra kell törekedni, hogy a cursus hallgatói hatóságai részéről támogatásban részesüljenek.

Az értekezlet a jelentést tudomásul vette s a javaslatokat a végrehajtó bizottságnak számbavételre kiadta. Árkövy József azon javaslatát, hogy a szünidei cursus keretén belül rendezzenek 4—6 hetes magas díjazású cursusokat, nem fogadták el, úgyszintén Alapy Henrik azon indítványát sem, hogy alapszabályok készüljenek s az előadók egyesületé alakuljanak.

Az értekezlet ezután köszönetet szavazott a vallás- és közoktatásügyi miniszternek, Tóth Lajos miniszteri osztályfőnöknek, az orvoskari tanártestületnek, a székesfőváros közkórházai igazgatóinak, a Stefánia gyermekkórház igazgatójának s a VIII. szünidei orvosi cursus elnökének.

A beiratási díjából fenmaradt összegből a Markosovszky Lajos-alapra s Fodor József szobrára egyenként 100 koronát, az előadóknek anyagi kiadásai fejében egyenként 100 koronát szavaztak meg. 200 korona tartalékalapon kívül 34 korona 44 fillér pénztári maradvánnyal zárult a mérleg.

A cursus tisztikarának lemondása után a IX. cursus tisztikarát egy-egy szavazat kivételével egyhangúan választották meg és pedig elnök: Moravcsik Ernő Emil, alelnök: Grósz Emil, titkár: Tóth István. A végrehajtó bizottság tagjai lettek: Bókay János, Dollinger Gyula, Jendrassik Ernő, Erőss Gyula, Schwarz Arthur.

Úti levelek.

I.

Két éve mult, hogy a berlini orr- és gégegyógyászati klinika felépült és vezetője, Fränkel tanár, midőn ismertette, őszintén megírta, milyen nagy öröme van benne. És tényleg lehet is. Habár a fülészettel együtt van teljesen egyenlő területtel elhelyezve, a szakembernek nagy gyönyörűsége telik benne, annyira megfelel minden igénynek, olyan fényes, kényelmes és tökéletes, hogy őszinte szívvel gratulálhatunk hírneves vezetőjének. De szakmánk fejlődésének történetében is egy nevezetes haladási jelent, lévén a continensen oly elenyésző csekély számmal az orr- és gégegyógyászati klinikák létesítve. Németországban csupán három van ez idő szerint. Különböző kórházakban, hivatalos és

magán poliklinikákon folyik az oktatás és szakmánk tudományos fejlesztése. Fränkelnek egy régi szép álma ment teljességbe és ez egész lényén tükröződik vissza, milyen boldogan tanít és működik klinikáján, hogyan sugárzik arca, ha alkotása szóba jön, egy munkás, érdemekben gazdag élet nyerte el vele legszebb jutalmát.

Szép klinikáján ezúttal is érdekes esetek voltak. Gümőkóros eseteket elvből nem vesz fel, kivéven a kétes eseteket és a fuladással járókat. Így is évenként legfeljebb tíz fordul meg. Esetei között érdekes a következőket felemlíteni. Egy férfi, ki 1875 óta áll megfigyelés alatt kétoldali hangrésttágító izom hűdésel, a hangszálalagok medián állásban, inspiratorikus dyspnoe nagyobb mozgásoknál stb. Mosolyogva mutatott rá Krause contracturás elméletére, ime 27 esztendő mulva. De hát ez a kérdés már tárgyaltan lett, hiszen Krause visszavonta elméletét és a Grossmann-Wagner elméletéhez csatlakozott, vagyis a musculi cricothyroidei contracturájának felvételéhez. És midőn Berlinben ezen kérdéssel Krause-vel beszéltem, akkor is hangoztatta előttem ezen meggyőződését. Természetesen, midőn a Fränkel esetét szóba hoztam, hogy hogyan képzeli el, hogy az a kis izom 27 évig állandó contracturában legyen, az a kérdés sem képezhetette tovább a megbeszélés tárgyát. És bár a hangrésttágító izmok hűdésének kérdése még ez ideig sincsen sok tekintetben tisztázva, a Semon tételét erősítő biológiai és klinikai bizonyítékok egy újjal szaporodtak. Ugyanis Grabower Waldeyer intézetében nagyon fárasztó szép vizsgálatokat végzett az idegvégződés morphológiáját illetőleg és nekem készítményeit is bemutatta. És tényleg a hangrésttágító izmok idegvégződéseinek morphológiája elüt a hangrésttágító izmok idegvégződéseinek alakviszonyaitól. Ez által egy morphologikus adat birtokában vagyunk, mely remélni engedi, hogy a Semon tételének alapját a jövőben sikerülni fog megoldani és megmagyarázni, értem azt a tényt, hogy a hangrésttágító izmok és idegek hamarabb szenvednek, mint a hangrésttágító izmok a káros behatások alatt. Ezen szép készítmények megtekintése alkalmával találkoztam Waldeyer tanárral is, a ki, mint minden alkalommal, most is Magyarország igaz barátjának bizonyult. Jóléso melegséggel emlékezett meg Magyarországon töltött napjairól, hazánk iránti szeretete, tudománymívelésünk elismerése őszintén nyilatkozott meg minden szavában. És ennek megtisztelő és szép jelét adta abban is, midőn megkért, hogy közöljem az illetékes körökkel, hogy a maga részéről az igazgató tanácsban indítványozni fogja, hogy Stockholm után az anatómiai congressust Budapesten tartsák meg. Ezt az ajánlatot spontán tette és én igazi örömmel vállaltam el, hogy ezen fontos és megtisztelő izenetet *Thankoffer* és *Lenhossék* tanár uraknak megvigyem.

Egy másik szép esetet mutatott be nekem Fränkel, szintén egy kétoldali hangrésttágító izom hűdést, hol sclerosus multiplex lett felvéve és a hol az egyik hangszálalag rezgő mozgásai tették érdekessé a képet. Ugyanis a baloldali hangszálalag mély belégzések vételénél 5—8 rángást végzett másodpercenként.

Ezen két ritka eseten kívül a többi szép, de ismertebb eseteket nem is érintve, fe említém, hogy két gégerák esetével álltam szemben. Az egyik endolaryngealis beavatkozás alatt áll és már három beavatkozáson ment át, a másikon *Gluck* végzett teljes gégekiirtást. A két esettel szemben állva, önkénytelenül is gondolkodóba esik a szakember és a gégerák therapiájának olyannyira fontos kérdése minden phasisával előtérbe lép. Csupán néhány megjegyzést akarok tenni. Ha tekintetbe vesszük is, hogy Fränkel endolaryngealis módon gyógyított néhány esetben gégerákat, ha tekintetbe vesszük *Semon* nem közölt esetét, hol egy idősebb férfinál egy epitheliomát távolított el, mely eddig 15 év után nem recidivált, úgy még sem zárkozhatunk el az elől, hogy ezt az eljárást, ha kivételesen célhoz is vezet, komolyan félre tegyük. Az mindig csupán egy kísérlet marad, mely ha sikerül, az illető szakember hiúságának kielégítésére alkalmas ugyan, de ez az eljárás a legkritikább esetben volna indokolt, ha csak nem a posteriori mint *Semon* esetében, hol a kiirtott képlet epitheliomának bizonyult. De biztos diagnosis alapján, dacára az egyes eddig elért eredménynek, a magunk részéről feltétlenül a gyök res beavatkozás és eltávolítás mellett vagyunk. És itt volt a másik eset, a gyökeres beavatkozás, a teljes kiirtás esete, recidivákkal a pusztulás útján. És ez az eset felette érdekes, körülbelül 6 évig nyújtotta meg életét és *Gluck* ezt előszeregettel említi, mert nála nemesak fényesen demonstrálhatta genialis műgégjét, hanem curiosumként áll, hogy a beteg a transplantált nyakbőrön erősen növvő szőröket időről időre maga epilálta a garat mélyéből. És ez a beteg, bár el volt erőtlenedve, demonstrálta előttem is műgégjét, a canule-lel összekötött kaucsukcsövet az orron át az orrgaratba vezette és a kérdésekre gyenge, de még mindig érthető hangon felelt. Emlékszem *Wolff* betegére Berlinben, ki azóta már recidivákban elhalt, a mint demonstrálta műgégjét és meglepően érthető beszédét. Épen úgy eszembe jut *Hans Schmidt* betegé Stettinben, ki gége nélkül az oesophagus bemenetén támadt redőkkel tudott beszélni és magát megértetni. El kell ismerni, hogy *Gluck* mesterséges gégeje genialisan van kigondolva és a nyak bőréhez varrt légeső a készülék által vagy az ajkakkal, vagy az orrgaratüreggel összeköttetésbe hozva, a készülékben rezgésbe hozott levegő az ajkak előtt vagy orrgaratban az intendált beszéddel megkapja az articulatiót és ez a beszéd teljesen kielégítő. Így láttam *Gluck*-nál egy beteget, kinél az extirpatio után az oesophagus és a légeső is egy-egy canule-lel volt összekötve, a gége és mélyebb garatterülete ki volt irtva, a nyak még kötés alatt, ebben az állapotban is demonstrálta előttem eszközét és a beteg a száj elé tartott készülékkel felelt a hozzá intézett kérdésekre. De ez a benyomás mélyen érintett, látni az extirpált terület képzelhető nagyságát és a recidiva biztos esélyeire gondolni, önkénytelenül is előtérbe tolni a

gondolat, hogy ilyen nagy beavatkozásokat ideig-óráig megnyújtott ilyen étellel megindokolni lehet-e. A teljes extirpációkkal elért múlt eredmények mellett igazi örömmel töltött el *Semon*-nak a baj kezdeti szakában végzett thyreotomiákkal elért meglepő szép eredménye. *Semon* a helyes útat választotta ott, a hol eredményre számítani lehet. Egyes esetekben részleges gégeextirpációt is végzett. Összesen 30 esete van, az első tizben mutatkoztak még recidívák, de az utolsó 20 esete, melyek közül az érdekesebbek kórtörténeteit is bemutatta nekem, egytől-egyig gyógyult. Egyik utóbbi szép esete egy idősebb férfúra vonatkozik, ki meggyógyulva, dacára magas korának, állását a tengerészetenél újra baj nélkül elfoglalhatta. Ezen meglepő örömdetes szép eredményeketől esik registrálnunk.

Ónodi Adolf.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Törekvések a sebészeti eszközök, a kötőszerek és a varróanyag csirátlanítását tökéletesíteni.

Közlő: Hüttl Hümér dr.

Irodalom: 1. *Polak:* Die Desinfection der schneidenden chirurgischen Instrumente mit Seifenspiritus. Deutsche med. Woch. 1901. 36. sz. — 2. *Lévai:* A fémesszközök sterilizálásáról. Gyógyászat 1896. 130. lap. — 3. *Lévai:* Ueber Sterilisation der Metallinstrumente. Wiener klin. Rundschau 1896. 13. sz. — 4. *Hofmeister:* Sterilisation von Spritzen durch Auskochen. Cbltt für Chir. 1896. 641. l. — 5. *Schmiedlechner:* A bőraláfecskendésre használt oldatok sterilizálása és eltartása. Orvosi Hetilap. Újabb gyógyszer. 1897. 13. l. — 6. *Braatz:* Eine Verbesserung der Unhandlichkeit der metallenen Messergriffe. Aertzliche Polytechnik. 1897. Februar. — 7. *Ihle:* Ueber Asepsis. Münch. Med. Wochenschr. 1895. 11. és 12. sz. — 8. *Roser:* Das chirurgische Instrumentarium und das Verbandzeug des praktischen Arztes. Zeitschrift für prakt. Aertzte 1896. 45. sz. — 9. *Goldschmidt:* Sebészi hengertárcza. Gyógyászat 1896. 261. l. — 10. *Mikulicz és Vollbrecht:* Ein neues chirurgisches Taschenbesteck. Deutsch. Militärzt. Ztschft. 1896. 156. l. — 11. *Nicoll:* Observations in the sterilisation of catheters and bougies and on the presence of bacteria in the urethra. Annals of surgery 1899. R. Cbltt für Chir. 1900. 12. l. — 12. *Grünfeld:* Harnröhreninstrumente aus Glas. Wiener med. Woch. 1896. 24. és 29. sz. — 13. *Posner u. Frank:* Zur Frage der Blaseninfection durch Katheter. Cbltt f. Chir. 1897. Melléklet, 129. l.

A műszereknek vegyszerekkel való csirátlanítása teljességgel elégtelen, egyedül a kihevítés, vagy mint idők folyamán legezelsz ribbnék bizonyult, a kifőzés nyújt eredményt e tekintetben. A vízhez 2% natrium carbonicumot (sodát) kell tenni, nem csak növeljük ez által a forróvíz bactericid hatását, hanem állítólag elejét vesszük eszközöknek megrozsdásodásának is. Jobban meg tudjuk a rozsdásodást gátolni az által, hogy a műszereket a sodaoldatba csak akkor tesszük be, ha a folyadék már felforr, mert azt mindnyájan tapasztalhattuk, hogy a hideg vízbe betett műszerek rozsdásodnak meg leghamarább. Ezen körülmény oka abban rejlik, hogy a hidegvízben levegő és szén-sav van feloldva, mely a melegítésnél apró buborékok alakjában a vasra rakódik és azt megtámadja. Az előleges felforrálásnál ezen oldott levegő kiszabadul és eltávozik. Kifőzés után az eszközöket egy csészébe, mely szintén a *Lautenschläger* által készített *Schimmelbusch*-féle desinfectiohoz tartozik, 2%-os carbololdatba tesszük, honnan a műtétnél közvetlenül használatba jönnek. Bár többen, pl. *Braatz* és *Sänger*, később *Ihle* a carbololdatba való helyezést feleslegesnek jelentették ki, részünkről azért nem akarunk róla lemondani, mert 1. a sodaoldatot jó leöblíteni a műszerekről, különben csúszósak, 2. mert a rászáradt sodaoldatot az eszközökről nehéz letisztítani, 3. mert a levegőn szabadon fekvő műszerekre a mütét folyamata alatt por rakódik le. Természetesen nem lehet ellenvetésnek elfogadni azon kijelentést, hogy por rakódik a sebbe is, mert ha mindjárt igaz is, hogy a levegőből a sebbe por hull, nem látjuk be, hogy minek vigyünk be még többet az eszközökkel.

Minden a műtétnél használatba kerülő tárgyat ki kell főzni. Nemcsak a fém, hanem tapasztalataink szerint a gummiárúk (drain, gummilapok és lepedők, condomok, melyek a *Trendelenburg*-cannule köpenyét képezik, gummikeztyűk, *Nelaton* katheterek), üvegholmik, porcellán edények stb. is igen jól tűrik a kifőzést. Külön ki kell említeni a sondákat, mert ezen annyira kedvelt eszközök még mindig gyakori hordozói a fertőzésnek. Használatukat igen meg lehet szorítani, ha a sebész nem csak érkeiben, hanem logikájában is bizik. Száz helyett csak egy példát említek fel: ha egy évek óta orsóalakban megduzzadt térdizület felett a bőr szederjes sarjaktól körülvevő sipolynylásokat mutat, kár a diagnózist a járóbetegetrendelésen nem desinfectált sondával szentesíteni. Emlékezzünk meg *Stromeyer*-ről, ki azt tartotta a vezértörzsorvos első feladatának közelgő háború esetén, hogy az orvosok táskáiból kivegye a sondákat.

Még ma is vitás, hogy a műszerekkel együtt vágó eszközeinket is kifőzzük-e. Sokan azt találták, hogy a kés éle a sodaoldattól mit sem szenved, ha esetleg es surlódástól vagy ütődéstől alkalmas tartók vagy vattába való becsavarás által védelmezzük. Ezt mi is igaznak találtuk, azonban egyúttal oly hátrányát tapasztaltuk a kifőzésnek, mely azt legalább a kése nézve lehetetlenné teszi. Aczéljuk megpuhul, úgy hogy

már néhány metszés után a scalpell egészen tompa. A kések kifőzését ennek folytán elejtettük és megelégszünk a mechanikus megtisztítással, mert tudjuk, hogy a fényes, rovátka nélküli sima tárgyak polírozás által is majdnem csiramentes állapotba jutnak. Ollóknál az aczél megpuhulása nem annyira káros, mert élük nem olyan keskeny, hogy a kopás azonnali tompaságot eredményezne, a kifőzést tehát náluk megtartottuk. *Polak* a vágó műszereket szappanspirituszal áztatja, mossa és dörgölteti le. Borszeszszel való leöblítés után csiramentesek lennének, mert szerinte a spir. sapon. kalin. 15 perc alatt megöli a műszerekre beszáradt staphylococust.

A sebészek kivétel nélkül egyetértenek abban, hogy a műszereknek sodaoldatban való kifőzése elégséges csirátlanítást teremt, miért is e pontra nézve a technikai továbbképzés nem szükséges. Az utolsó öt év alatt a műszerek csirátlanítására vonatkozó közlemény alig jelent meg. Mégis fel kell említenem, hogy az eszközök kellemetlen rozsdásodása arra készítette *Lévait*, hogy a rozsdásodás tünetényét elemezze. A rozsa az aczél csak akkor támadja meg, ha nedvesség, éleny és szén-sav egyszerre hatnak reá. A rozsdásodás elkerülése ezéjából tehát vegyileg le kell kötni a szén-savat. A használatos natrium carbonicum nem köti meg a vízben oldott szén-savat, ezt egyesegyedül a lúg, leg-helyesebben a nátrónlúg teszi. Natrium hydroxydatumból elég 1, sőt 1/4% arra, hogy a víz szén-savát megkösse.

Majdnem felesleges külön kiemelni, hogy a fecskendőket szintén csirátlanítani kell. Az újabb szerkezetű fém, üveg és asbest dugatűből álló fecskendőknél, melyeket a műszerek előszeretettel díszítenek az „asepticus“ jelzővel, a desinfectiális egyszerűen kifőzéssel történhetik. A régebbi, de talán még ma is legjobb börtolatytű fecskendőknél a kifőzés csak akkor ártalmatlan, ha a bört 24 óráig 2—4%-os formalinoldatban áztattuk. Ilyen előkészítés után a kifőzés nem esökkenti a bőr puhaságát, simulékonyágát és tartósságát. Persze azon olcsó fecskendők, melyeknél az üveg és fém alkatrészek nem csavarmenetekkel vannak csatlolva, hanem csak gyantából álló balzsammal ragasztva, még a formalin után sem állják ki a hevítést.

A bőraláfecskendésre használt oldatok tisztasága sem közömbös, *Marpmann* nem egyszer egy köbmilliméterben 811—7923 csirt talált. Ezen hibaforráson *Freysöldt* úgy akart segíteni, hogy az oldatokat széndioxyddal, *Morinucci* hővel, az atropint és eserint 1/1000 sublimát hozzáadásával, *Vicario* a *Pasteur*-féle retortában 120° meleggél csirátlanította. *Marpmann* és utána *Schwartzmayer* gyógyszerész discontinuans (fractionált) thermodesinfectio által csirátlanított oldatokat phiolákba beforsztva hoztak forgalomba. A magángyakorlat számára melegen ajánlhatók. Nagyobb mütéteknél érzéstelenítő folyadéknak legelőnyösebb eucain és tropacocain oldatokat használni, mert ezek a közönséges felforrálást is jól tűrik.

Braatz kifogásolja a modern fémből készült késnyeleket, azt állítja, hogy nagyon vastagok és esetlenek. *Braatz* egészen keskeny késnyeleket csináltatott, a melyek fölé egy gummiréteget (gummidraint) húz. A kést a gummival együtt lehet desinfectálni. A mi nézetünk ellenkező, mert mi úgy tapasztaltuk, hogy épen a vastagabb késnyeleket, mint milyeneket újabban *Collin* készít, sokkal kellemesebbek, mint a lapos és keskeny angol nyelek. Nevezetesen a kórházban nagyobb megrendelést tettünk londoni *Weiss*-féle késekre, használatuk azonban, bár kiváló, sőt azt lehet mondani felülmúlhatatlan aczélból voltak készítve, korlátozott maradt az alkalmatlan és szokatlanul könnyű aluminium nyél miatt. Általában a kinek keze csak kicsit is rozsket, könnyű műszerezet bajosabban boldogul, mint nehézzel, melyet biztosabban ural. Az is kellemetlen, hogy az aluminium kést sodaoldattal nem lehet érintkezésbe hozni, mert az alcali az aluminiumot kitünően oldja.

Az antiseptikusnak a húgyúttak megbetegedésének kezelésénél óriási szerepe van, a kathetereket tehát mint legfontosabb urológiai műszereket csirátlanítani is ilyen állapotban a használatig eltartani kell tudnunk. (Irodalom 11—31.)

Fém és gummi (*Nelaton*) kathetereknél a csirátlanítás könnyen sikerül, mert használat előtt ép úgy kifőzhetők bármint edényben sodaoldatban, mint az eszközök. A kifőzés után a sodát mindenesetre le kell róluik öblíteni, mert a húgyesó nyálkahártyáját erősen izgatja. E célra destillált víz, konyhasó, vagy enyhe lysol- és bórolat használható. A fém és *Nelaton*-kathetereknél a csirátlan állapotban való eltartás tehát nem fontos, mert desinfectiojuk néhány perc alatt elvégezhető. Kifőzött *Nelaton*-kathetereket egyébiránt hosszú ideig lehet antisepticus oldatokban (carbol, sublimát) eltartani, a nélkül, hogy minőségük szenvedne.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Állategészségügyi évkönyv az 1901. évre. A m. kir. földművelésügyi minister megbízásából hivatalos adatok alapján szerkesztette *Hutyra Ferencz* dr., az állatorvosi főiskola rektora, egyetemi tanár. Tizenötödik évfolyam. Budapest. Pallas r.-t. nyomdája. 1902.

Az „Állategészségügyi Évkönyv“-nek a napokban megjelent XV. évfolyama Magyarország állategészségügyének az 1901. évben való állapotát ismerteti.

A gondos szerkesztő munkája „bevezetés“-ében, miként az előző évfolyamban, úgy ezúttal is általános áttekintést nyújt az egész könyvben tárgyalt gazdag anyagról. A „bevezetés“-t az „Állatorvosi szolgálat“-ról szóló fejezet követi. Tudvalevő, hogy az állatorvosi közszolgálat államosítására vonatkozó 1900. évi XVII. t.-cz. értelmében az 1901. évi

január hó 1-től az állatorvosi közszolgálatot az állategészségügyi hatóságoknál m. kir. állatorvosok végzik s az új szervezés hazánk területét hét állategészségügyi felügyelői kerületre osztotta. 1901-ben az ország területén 1012 polgári állatorvos működött, a kik közül m. kir. állami állatorvos volt 595, helyhatósági 260 és magánállatorvos 157. Az állatorvosi tisztviselő vizsgálatot 1901-ben mindössze 27-en tették le.

Az évkönyv következő szakasza a házi állatok betegségeivel foglalkozik. 1901-ben 270,789 hasznos házi állat (és pedig 7326 ló, 7425 szarvasmarha, 21,699 juh és 234,339 sertés) betegedett meg fertőző betegségeiben s a megbetegedett állatok közül 155,230 (és pedig 1731 ló, 4934 szarvasmarha, 3082 juh és 145,483 sertés) elhullott, illetőleg leöltetett. A hivatalból jelentendő ragadós betegségekről szóló adatokat tekintve, kiténik, hogy a keleti marhavész, valamint a tenyésztési bénaság egy esetben sem fordult elő, ragadós tüdőgyulladás pedig csak egy esetben. Örvedetes javulás mutatkozik 1900-hoz képest a következő fertőző betegségekre vonatkozólag: a takonykórság esetek száma (787) 6-10%-kal csökkent, a száj- és körmfájás eseteké (1655) 94-20%-kal, a sertésolsz és sertéskolera eseteké (209,271) pedig 22-90%-kal. Ezzel szemben rosszabbodás constatálható a következő fertőző betegségekre vonatkozólag: a lépfene esetek száma (6927) 110-10%-kal emelkedett, a veszettség eseteké (2153) 71-10%-kal, a juhhimlő eseteké (7068) 103-60%-kal, a rühösség eseteké (18,488) 129-60%-kal, a hilyagos kiütés eseteké (906) 178-60%-kal, a bivalyvesz eseteké (482) 66-20%-kal, a sertésorbáncz eseteké (24,942) pedig 16-40%-kal. Megjegyzendő, hogy e számadatok mérlegelésekor és az 1900. évre vonatkozó adatokkal való összehasonlításakor nem szabad szem elől téveszteni, hogy az 1901. évre szóló statisztikai kimutások az állatorvosi közszolgálat új szervezése következtében sokkal szabatosabban állapították meg, mint az előző esztendőben. Az intenzívebb szolgálat, a szakértőknek az ország területén való egyenletes elosztása eredményezte, hogy a ragadós betegségek megállapítása és bejelentése is pontosabban történhetett.

Az évkönyv következő fejezete a hivatalból nem jelelt tömeges megbetegedéseket tárgyalja. Ha a nem ragadós betegségeiben elhullott hasznos házi állatok számát (11,639 ló, 13,155 szarvasmarha, 66,976 juh és 15,667 sertés) a ragadós betegségeik elpusztultakéval összegezzük, kiderül, hogy 1901-ben 222,667 hasznos házi állat (és pedig 13,370 ló, 18,059 szarvasmarha, 30,458 juh és 161,150 sertés) hullott el, mely veszteségnek pénzürtéke 10,959,757 koronának felel meg. (Az elpusztult lovak értéke 2,562,125 korona, a szarvasmarháké 2,906,408 korona, a juhoké 398,424 korona és a sertéseké 5,092,800 korona). Az 1900-ban elhullott 255,455 hasznos házi állat 10,982,203 korona értékét képviselt.

Az évkönyv további fejezete az állategészségügyi intézmények állapotának eseteleése s a védőoltások eredményeinek részletezése, végezetül pedig az állategészségügyre vonatkozó és 1901-ben megjelent törvények és rendeletek alkotják.

A-y.

Lapszemle.

Venereás bántalmak.

„Tanulmányok az endemikus és öröklött syphilisről” című hosszú tanulmányt közöl Düring. Míg Európában az accidentalis syphilis-fertőzés a genitális fertőzéshez úgy viszonylik, mint 5:100, addig Kis-Ázsiában a fordított viszony áll fenn. Ennek oka a rossz higiénikus viszonyokban, a hiányos tisztaságban és a fertőzés veszedelmének nem ismerésében rejlik. Egyébiránt úgy Törökországban, mint általában Kis-Ázsiában a syphilis Düring szerint súlyosabb formákban nyilvánul, a minék okát Düring abban keresi, hogy a syphilis ott még nem a kellőképpen mitigált, a kezelés igen hiányos vagy teljesen elmarad, az egyéni ellentállás igen rossz. A hereditaer syphilis mindezeknél fogva igen gyakori. Ha azonban a syphilis Kis-Ázsiában még csak újabb keletű betegség is és endemikusan lép fel, mindazonáltal nagyobb fokú „malignitás”-sal itt sem bír.

Az esetek legnagyobb számában csak azért súlyosabb a syphilis, mert a fenti okokon kívül kellőképpen nem lesz kezelve. Düring Kis-Ázsiában szerzett nagy tapasztalatai alapján azon meggyőződésre jutott, hogy erős és egyébként egészséges emberek észszerű életmód mellett már kevés higanynyal is annyira meggyógyíthatók, hogy a késői syphilidek alig érik el a 14/20-ot. Gyenge, cachectikus egyéneknek és olyanoknak, kik rendetlen életmódot folytatnak, még a Fournier-Neisser-féle intermittáló higany kezelés — melynek Düring egyébiránt nem nagy barátja — sem fogja a gyakori recidivákat avagy a késői syphilidek fellépését megátalolni. E késői (tertiaer) symptomákat Düring endemikus syphilisnél 30%-ra becsüli. Igen érdekesek Düring nézetei a syphilis és tabes közötti összefüggésről. Habár több ezer syphilises, a legtöbbszőr elhanyagolt beteget észlelhetett és kezelhetett, tabest mégis igen ritkán volt alkalma észlelni; ugyanez áll a paralysis progressiváról. A syphilist nem tartja Düring e bántalmak kórokozójának.

A hereditaer syphilist illetőleg Düring a „syphilis par conception”-t vagy „choc en retour”-t, midőn t. i. az anya a foetus által fertőztetik a nélkül, hogy a férj közvetlenül a fertőzés okozója volna, bezonyított ténynek fogadja el, azonban tagadó állást foglal el a Profeta-féle törvény-nyel szemben.

Egyének, kik tertiaer syphilisben szenvednek, Düring tapasztalatai szerint hereditaer syphilises gyermekeket nemzenek, s eképpen helytelen Düring szerint is azon felfogás, mely szerint oly egyének, kiknél a syphilis harmadlagos tünetekben nyilvánul, e betegséget az utódokra nem vihetnék át. Igaz ugyan, hogy kivételesen az ily tertiaer

syphilisben szenvedő szülőktől egészséges gyermek is származhatik, de az ellenkező mindenestre gyakoribb. A hereditaer syphilisnél a 20. életévig a recidivák gummás syphilidek alakjában igen gyakoriak. Az öröklött syphilisnek úgynevezett degenerációs tüneteivel szemben Düring nagy óvatosságra int. Fournier és iskolájának erre vonatkozó tanait túlzásnak tarja. Hogy a syphilis aetiologikus összefüggésben állana az „anomalies, malformations, monstruosités”-kel stb., mint azt Fouriner és iskolája állítja, azt Düring határozottan tagadja. Az ismert Hutchinson-féle trias közül a fogakat majdnem mindig normalisnak találta, habár a Hutchinson-féle fogakat feltétlenül pathognomikusnak tartja. Az interstitialis keratitist igen ritkán a harmadik Hutchinson-féle symptomát, tudnillik a süketiséget, hereditaer syphilisnél sohasem észlelte. Annál fontosabbnak tartja e bántalomra nézve a „felületes interstitialis, diffus, sclerotizáló glossitist”. (Archiv für Dermat. u. Syph. 1902. július és augusztus.) Sellei dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A fersant legújabbban a bolognai egyetemen Ghezzi próbálta ki. Ghezzi kísérleteiben nemcsak a vért vizsgálta a fersant adagolása közben folytonosan és a legpontosabban, hanem azt is figyelemmel kísérte, hogy a vizelet és bélsár útján mennyi vas ürítetik ki a bevett készítményből. Kísérletei alapján nagyon dicséretes szerző a fersant, mert azt tapasztalta, hogy usque 3 gr. pro die az egész vasmennyiség felszívódik, sőt a nagy adagoknak (usque 10 gramm pro die) legnagyobb része is. (Gazzetta degli ospedali. 1902. 24. sz.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 40. szám. Sellei József: A venereás bántalmak munkásoknál; prophylactikus intézkedések. Pajor Sándor: Közlemények az inhalatio és pneumatoterapia köréből. Porosz Mór: A prostatitisről és gyógyításáról. 41. szám. Schein Mór: A kopaszság keletkezéséről. Ladányi Mór: Tetanus gyógyult esete.

Orvosok lapja, 1902. 41. szám. Farkas Miksa: Az ideges gyomorbetegségek gyógykezelése. Szana Sándor: A gyermekvédelem szervezése Temesvárott.

Magyar orvosok lapja, 1902. 41. szám. Márer József: Az emberi test különböző tájain lévő idegen testekről, a napi gyakorlat szempontjából tekintve. Neumann János: Öt szülés egy általánosan szűk medencéjű asszonynál. Hoór Károly: Készülék a színérzés (szinvakság) gyakorlati meghatározására. Goldzieher Vilmos: Az utóképek kóros persistenciájáról.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 41. szám. Englisch: A peniscarcinoma. Kose: Kísérletes vizsgálatok a tüdőembóliára vonatkozólag. Hrach: Aphasia és hemiplegia az arteria fossae Sylvii embóliája következtében typhus után. Frankl: A craniotomia és technikája, tekintettel a magángyakorlatra. Kornfeld: Gonorrhoea és házasság.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 41. szám. Moser: A scarlatina orvoslása scarlatinastreptococcus-serummal. Goldner: Adat a veleszületett lágyaksérvi diagnosztikához és gyakoriságához. Sternberg: A brachydaetylia ismeretéhez. Hofbauer: Recurrens hűdés mitralstenosis esetében. Rode: Az orrsővény traumás tályogának néhány esete.

Wiener medicinische Presse, 1902. 41. szám. Horvák: Malaria ellenes oltás Kuhn-féle serummal. Ganghofner: Hirtelen halálesetek a gyermekkorban. Preindlsberger: Kómütetek.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 41. szám. Breuer: A fehér vérszövetek megszámlálásának technikájához. Buschke: Scleroedema, Schuler: Typhus abdominalis orvoslása lactopheninnel 450 eset alapján. Levinsohn: A primaer glaucoma okai.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 41. szám. Michaelis: Fehérjepraecipitinek. Ascoli: Haemolytikus vérplasma. Bönniger: A tejsav kimutatása a gyomornedvben. Rostowzew: A ductus choledochus nagymérvű cystikus tágulata. Wormser: Börgangraena subcutan infusió után. Kaliski: Adat a pentosuria ismeretéhez. Karwat: Méhruptura szülés közben csepleszelődéssel; laparotomia után gyógyulás. Goldschmidt: Atrabiliin az urológiában. Küster: A horkolás megakadályozása. Wolff: A gümőkóros izzadmányok lymphocytái.

La semaine médicale, 1902. 40. szám. Dieulafoy: A vakbél hypertrophias tuberculomája; a fossa iliaca dextra daganatainak diagnosisa.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 41. szám. Verhoogen: A baloldali pleuraürbe áttört aortaaneurysma. Le Roy des Barres: Musculotendinosus anastomosis paralytikus dongaláb eseteiben.

Gazette hebdomadaire, 1902. 81. szám. Vandenbossche: Appendicitis dysenteria után és a vakbél dysenteria okozta átfűrdés. Landolt: Emésztési zavarok az orr- és az orggaratúr megbetegedéseiben szenvedőknél. 82. szám. Duvernay: A scrotum gangraenás lymphangitis újszülöttben.

Le progrès médical, 1902. 41. szám. Zalackas: Cholelithiasis biliaris. Distefano: A vörös vérszövetek isotonijája.

The lancet, 1902. II. 14. szám. Th. T. Whipham: A megfigyelésről az orvostanban. A. W. Mayo Robson: A sebészeti haladása az utolsó 30 évben. Dyce Duckworth: Ismeret és okosság az orvostanban. J. Burnet: Az appendicitis orvoslása. T. R. Bradshaw: Myelopathiás albumosuria. Herbert C. Jonas: Sokszoros tályogok typhusban; másodlagos haemorrhagia; az a. profunda femoris ligaturája; gyógyulás. D'Arcy Power: A pete-

fészkek eltávolítása inoperabilis emlőrák három esetében. *H. D. Rolleston*: Pulmonaris és tricuspidalis regurgitatio esete idült bronchitis és emphysema után.

British medical journal, 1902. október 11. *W. H. Welch*: Újabb tanulmányok az immunitásról. *W. Erb*: Spastikus és syphiliticus spinalparalysis. *J. A. Hayward*: Chloroform okozta halál.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal ki mutása szerint az 1902-dik év 41. hetében (1902. október 4-dikétől október hó 11-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1902-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751,177, katona 16,484, összesen 767,661. Elve született 432 gyermek, elhalt 244 egyén, a születések tehát 188-al mutták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 29.3. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 16.5, az egy éven felüli lakosságnál: 13.3 az öt éven felüli lakosságnál: 13.3 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 1, pertussis 1, morbilli 1, scarlatina 6, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 9, meningitis 5, apoplexia 2, eclampsia 3, szervi szívbetegség 22, pneumonia 19, pleuritis 1, pneum. catarrh. 6, bronchitis 2, tuberculosis pulmonum 36, enteritis 26, carcinoma 14, ezek közül mérhárk 5, egyéb újképleték 4, morbus Brightii és nephritis 14, veszülöttettség 11, paedatrophia 2, marasmus senilis 11, erőszakos haláleset 12, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 3, bal- és jobbkezes 6, kétséges 1 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2753 beteg, szaporodás e héten 806, csökkenés 723, maradt e hét végén 2839 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi október 8-dikától október 15-dikéig terjedő 41. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 51 (52), diphtheria, croup 21 (26) hagymáz (typhus) 5 (14), kanyaró (morbilli) 67 (61), trachoma 6 (3), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 9 (7), orbáncz (erysipelas) 29 (19), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (0) járv. fültömirtiglyob 5 (1), ezenfelül varicella 38 (13).

□ **Egyetemi alkalmazások.** Az orvoskari tanártestület f. hó 14-én tartott ülésén megválasztották: Az I. számú belgyógyászati klinikához Tóvölgyi Elemér dr. díjazott gyakornoknak. A II. számú belgyógyászati klinikához Zirkelbach Antal dr. díjazatlan gyakornoknak. Az I. számú női klinikához Záborszky István dr. díjazott gyakornoknak (meghosszabbítás). A II. számú női klinikához Stern Gusztáv dr. díjtalan gyakornoknak. Az I. számú kórbontozati intézethez Steiner Pál dr. díjazott gyakornoknak. A II. számú kórbontozati intézethez Fodor Leo díjazott és Vidakovich Kamill díjazatlan gyakornoknak. Az élettani intézethez Pekár Mihály dr. I. tanársegédnek (meghosszabbítás). Az I. számú anatómiai intézethez Grossich Ruggero díjtalan gyakornoknak, Balázy Dezső és Cristian János demonstratoroknak.

Ugyanezen ülésen a tandíj 13 orvostanhallgatónak engedtetett el egészen és 58-nak félig, azonkívül 1 gyógyszerstanhallgatónak egészen és 6-nak félig.

40 koronás Schordann-féle segélyben részesültek: Pintér István, Schulhof Sándor, Vass Albert, Wassermann Simon, Weisz Armin és Vadas Vilmos orvostanhallgatók; 28 koronásban: Gálfi István.

A Woga-féle 400 koronás ösztöndíjat Bakos József gyógyszerész-növendék nyerte el. A Schordann-féle utazási ösztöndíj az 1902/3. tanévre Láng Kornélnek ítéltetett oda.

|| **A kolozsvári Ferencz József tud.-egyetem központi épületének ünnepélyes megnyitása** a Mátyás király szobrának nagy ünnepélye kapcsán f. hó 13-dikán történt. A szoborleplezésre összegyűlt illusztris társaságtól körülvéve a vallás- és közoktatásügyi miniszter hosszabb lelkes beszédben avatta fel az új épületet. Utána Schilling Lajos rector felolvasta József kir. herczegnek hozzá intézett levelét, melyben sajnálatának adott kifejezést, hogy tudóhurta miatt nem lehet jelen az ünnepélyen. Igéri azonban, hogy a tavaszi szemle alkalmával meg fogja az egyetemet látogatni. E levél felolvasása után a rector köszönetet mondott a közoktatásügyi miniszternek felavató beszédéért, mire a társaság a tanári kar kalauzálása mellett megtekintette a klinikákat.

+ **Hüttl Hümér** dr. magántanári colloquiumát a tanártestület elfogadta és öt nyilvános próbaelőadáshoz boesátotta.

⊕ **Az Erzsébet királyné sanatoriumban** a megnyitástól (1901. november 13.) a múlt hó végéig 333 beteg részesült elsősorú zárt gyógyintézeti kezelésben; közülök 37-en ingyenes alapítványi helyen, 7-en nyolcz korona, 13-an hat korona, 276-an pedig napi 4 korona szerény ápolási díj mellett. Az ápolási költségekhez való ezen hozzájárulást sok esetben betegsegítő pénztárak viselték a beteg helyett, egészben, fél vagy kétharmad részben.

A betegek közül 201 volt férfi, 132 nő; foglalkozásra nézve a földművestől, gyári munkástól és kereskedősegédétől az ügyvédjelöltig a vagyontalan és szűk eszközökkel rendelkező néposztályok minden foglalkozási ága képviselve volt. 1902. szeptember 30-dikán ápolásban maradt az intézetben 106 beteg; távozott elejétől fogva a mondott napig 225, meghalt a sanatoriumban kettő. A távozók közül 34-en javulás nélkül, 43-an tüneti javulással, 148-an pedig visszanyert vagy megszilárdult munkaképességgel hagyták el az intézetet.

A sanatorium most is telve van. Az egyenként megüresedő helyekre mindazonáltal tüdőbajosok folyamodásai előjegyzés czéljából

állandóan elfogadtatnak. A magát felvételnél óhajtó beteg, ha egy *levelező-lapon az intézet igazgatóságához* (Budapest, 2. sz. postahivatal) fordul, rövid úton megkapja a *felvételi nyomtatványokat*, melyek alapján a felvételi kérvény benyújtható. Minthogy a *felvétel nem a sanatoriumban* történik, kérdezősködő betegek e távoli helyre ki ne fáradjanak; kérvényük beérkezése után az intézet igazgatósága postafordultával értesíti őket a további teendőkről.

○ **Kinevezések.** Engel Gábor dr.-t, a kolozsvári Karolina országos kórház igazgatóját a közoktatásügyi miniszter a VIII. fiz. osztály III. fokozatába léptette elő. *Strelinger József* dr. debreczeni bábaképezdei segéd ez állomáson egy évre újra megügyatott. *Kocsis Elemér* dr., volt szemklinikai tanársegéd a szt.-János kórház szemészeti osztályára rendelő orvosnak nevezetett ki.

⊗ **Az egyetemi kórházegylete** diák-kórházat létesített. Ennek megnyitása a közoktatásügyi miniszterium, a tudomány-egyetem és műegyetem képviselőinek jelenlétében f. hó 4-dikén történt.

+ **A kolozsvári önkéntes mentőegyesület** szeptember havában 191 esetben nyújtott segélyt.

△ **Az egyetemi I. sz. női klinika** szülészeti poliklinikája szeptember hóban 61 esetben 34 műtéttel nyújtott segélyt. Évi folyó szám: 704.

× **Hőgyes tanár Pasteur-intézetében** az 1902. év szeptember havában 195 veszett vagy veszettségre gyanús állat marta egyén (189 magyarországi, 4 horvát és szlavonai, 2 boszniai) nyert antirabikus védőoltást. 176 egyént eb, 13-at macska, 3-at szarvasmarha, 2-öt sertés és 1-et ló mart meg. Évi folyó szám: 2096; egyetemes folyó szám: 19,153. Haláleset e hóban 1 fordult elő.

△ **A Reiniger, Gebbert és Schall-féle elektrotechnikai gyár** érdekes gyűjteményrel vett részt a német orvosok és természetvizsgálók Karlsbadban tartott vándorgyűlése alkalmával rendezett kiállításon. Az orvosokra nézve érdeklő bíró újdonságok közül a következők említhetők: készülék, mely lehetővé teszi, hogy Röntgen-inductorok minden további megszakító nélkül működésképesbe hozhatók akár váltakozó, akár forgó árammal; berendezés stereoskopos átvilágításra, minek folytán a képeket plastikusan látjuk; készülék a testrészek (szív stb.) valódi nagyságban feltüntetésére a Röntgen-féle átvilágításkor; fénytherapiás készülékek bőrbajok orvoslására kizárólag kémiai sugarakkal (kék fény); új massage-készülékek elektromos üzemmel; végül egy új szerkezetű, nagyon jól működő influenzgép.

▲ **Lapunk mai számához a Pesti Alfréd által szerkesztett Orvosi Évkönyv prospectusa van mellékelve.**

| **Lápfürdőknél otthon való használata** czéljából jó szolgálatokat tesznek a *Mattoni-féle lápkivonatok*, a melyek hatósági felügyelet mellett készülnek és részint szilárd alakban (*Mattoni-féle lápsó*, ládákban 1 kg. tartalommal), részint folyékony alakban (*Mattoni-féle láplig*, palackokban 2 kg. tartalommal) kerülnek forgalomba. Az említett mennyiségek épen egy fürdőre valók. A sötét cizszerű előbb forró vízben feloldani és azután keverés közben a fürdővízbe önteni. Kivánatra a Mattoni-czég lápföldét is szállít, a melyből 50—75 kg. kell egy fürdőhöz. A lápkivonatokat nagy előnye, hogy velük könnyen lehet a fürdők láptartalmát fokozni, másrészt pedig a szükséghez képest szabályozni is. Minthogy hamisítványok is forgalomban vannak, a kereskedésekben mindig kizárólag Mattoni-féle lápkivonatokat kell kérni. Orvosoknak, a kik a Mattoni-féle lápkivonatokat még nem ismernék, vagy a kik maguk akarják használni, avagy a szegény-gyakorlatban alkalmazni, a Mattoni-czég Franzensbadban (avagy főlkja Budapesten, Bécsben és Karlsbadban) szívesen boesát rendelkezésre teljesen díjtalanul megfelelő mennyiségeket.

▲ **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. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapest.

Természetes forró, meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások. zubany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyvíz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúsz, kőszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felelő kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága** Budán.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XLV. rendes tudományos ülés 1902. október 14-dikén.) 686. l. — Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület Nagyváradon. (1902. május 15-dikén tartott XXXIV. évi közgyűlés.) 686. l. — A budapesti kir. orvosegyesület-sebészeti szakosztálya. (III. rendes ülés 1902. április hó 24-dikén.) 688. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(LXV. rendes tudományos ülés 1902. október 14-dikén.)

Elnök: **Taufer Vilmos.** Jegyző: **Grósz Emil.**

Taufer Vilmos elnök a következő megnyitót mondja:

T. Orvosegyesület! M. t. vendégeink!

Hagyományainkhoz híven újra ünnepi ülésre gyülekeztünk össze, először azért, hogy szaktudományunk előkelő munkásai iránt pályadíjak odaítélése által elismerésünk adóját lerójuk, másodsor azért, hogy egy nagyszellemű orvostársunk emlékezetében elmélyedve, életének folyását lelki szemünk elé állítva, szellemének hatását a tudományra és közéletünk vizsgálgjuk és méltányoljuk, hogy megismerjük azt a maradandó hatást, melyet korára és szellemi haladásunk jövőjére munkássága által gyakorolt.

A míg egyrészt hálánkat rójuk le iránta e megemlékezésünkkel, másrészt tanúságot merítünk életéből magunknak és a jövő nemzedékek javára.

Ez alkalommal, különben zárt családi körünket, kivételesen, mélyen tisztelt vendégek is szerencsétlenné eljövételükkel, tehát nem lesz fölösleges, ha elmondom, hogy 65 évvel ezelőtt az orvostudományok történetében nagy átalakulás hajnalán állottak elődeink. A megrendíthetetlennek látszó dogmatikus irányzat mohos falú várának erős kapuját az exact bávárlati irány kezdte ostromolni az orvostudományban is; az igazságoknak tartott tanokhoz kétely férközött, a tekintélyek kora kezdett lejárni. A betegségek lényegének tanulmányozásába is behatolt a természettudományok közös methodusa, az a methodus, mely a természettudományok minden ágazatában örök időre közös kapcsolatot képez, mit abban fejezhetünk ki, hogy: először a megfigyelés, másodsor a módszeres kísérlet és ezek alapján az auctoritást el nem ismerő ítélet és végre, a minden előítéletől mentes magyarázása a jelenségeknek, az igazságnak.

Orvosi történetünk lapjai mutatják, hogy mily erős, sokszor kíméletlen volt a küzdelem. Nem egy a küzdők közül maradt a porondon; ki ne tudná, hogy pl. Semmelweisünk is azon idők elkeseredett harcának következtében a tébolydában végezte életét. Új, nagy, az egész emberiséget érdeklő eszmék indultak ellenállhatatlan hódító útjukra a civilizált népek felfogásában, olyan eszmék, amelyek előtt elzárkózni botorság volt s a legmakacsabbnak is csak ideig-óráig lehetett, olyan eszmék, melyek eleméntáris erővel, még megrázkódtatások árán is előbb-utóbb diadalra kellett, hogy jussanak. Józan kritikát gyakorolni, ez új eszmékből a valóban jókat leszűrni, a rhapsodikus ötleteket a maguk értékének semmisségére leszálítani; a tudományos bávárlat méltó feladatának találták akkor is a kor legjobbjai. Hazánk tudománytörténetének becsületé e válik, hogy az új korszak kezdetének legelején már találkozott egy kis csoport magyar orvos, a ki megértette a kor szellemét és központot keresett, a hol az új tanokat megvitatta, egymást oktatva, a tudomány haladásának új korszakát a szélesebb orvosi körökkel is közölni, megismertetni, hivatásának tartotta. Ilyen szellemben keletkezett a Budapesti kir. orvosegyesület.

Ha végig tekintünk kis nemzetünk kulturális fejlődésén, ha vizsgáljuk a tudományok képviselőiben tekintélyre jutott intézményeit, egyesületeit hazánknak, alig találunk közöttük egyet is, még a Tudományos Akadémiát, vagy a Természettudományi Társulatot sem véve ki, mely megelőzte, vagy hatásában az illetékes körben felülmulta volna Egyesületünket.

Elődeink már korán tisztában voltak azzal is, hogy a mi tudományunk haladása és ezen tudományunk munkásai a szélesebb köröket aligha érdekelhetik, hogy a társadalom méltánylására és elismerésére rendünk munkásai vajmi keveset számíthatnak; s ezért úgy az egyesület maga, mint egyes fenkőlt gondolkozású tagjai bölesen tévők, a mikor arról gondoskodtak, hogy az Orvosegyesület intímus családi körben erkölcsi elismeréssel jutalmazza azokat a munkásokat, a kik szaktudományukban bizonyos évek keretében a legderekasabbat produkálják. Mai ünnepünk egyik tárgyát ezen elismerésünk kifejezése fogja képezni az orvostudományok ilyen derék munkásai iránt.

Egy szerencsés gondolat, egy képzelt, vagy valódi új ténynek felismerése, egy közhasznú intézménynek kezdeményezését követő siker a közönséges eszű embert könnyen megtéveszti a magáról alkotott ítéletben és hajlandóvá teheti arra, hogy önmagát megbámulja; az Istentől megáldott genie, legyen az természetbávár, művész, vagy politikus, kiben a gondolatok egész tárháza nyilatkozik meg, különös kegyeltje a sorsnak és jótévőjévé válhatik az emberiségnek; és mégis, úgy vélem, hogy a legszobott, a legkielégítőbb, a legtisztéletreméltóbb a működése annak, a ki nem szerencsés véletlen, nem az intuitio útján, hanem a methodikus munka, a tények, az emberek és a körülötte nyüzsgő élet megfigyelés útján jut el a logikusan összefüggő igazságok felismeréséhez és az ezekből levont tanulságok böles összevetése útján befolyásolja körét, az emberiséget, és a jövő haladásának útjait egyengeti, vagy építi meg

a sors által neki kijelölt körben. Az ilyen férfúnak életét szemlélni, egyénisége fejlődését tanulmányozni, megismerni, működésének lényegét és kihatását a jövőre elemezni: örvendetes, nemes és tanulságos feladat. Ilyennek ismertük mi Markusovszkyt! Az ő szellemébe elmerülni, maradandó tetteiért hálánkat leróni, gyűltünk össze ez ünnep ülésen és én szerencsésnek érzem magamat, hogy ez ülést megnyithatom.

Mielőtt napirendünk tárgyalásába fognánk, az Orvosegyesület mélyen érzett háláját fejezem ki igen tisztelt vendégeink iránt, azon férfiak iránt, a kik, mint Markusovszky egykori munkatársai vagy barátai eljöttek meghallgatni, hogy miképpen méltányoljuk mi az ő munkatársukban azt a magas szellemű egyéniséget, a ki magas hivatalos állásában orvosi ügyeink fejlődésére olyan böles és nagy horderejű befolyást gyakorolt, mint előtte senki más.

Talán nem csalatkozom, ha vendégeink érdeklődésében annak jelét is látom, hogy a kir. Orvosegyesület kitarotán és alapítóinak magasztos szellemében működővén ernyedetlenül, mostanában a társadalom illetékes körei is meglátják, észreveszik és méltányolják egyesületünknek minden külső hatást perhorreskáló, kizárólagos és valóban tudományos működését.

Ezennel van szerencsém ünnepi ülésünket megnyitni.

A jegyzőkönyv hitelesítésére felkérem: *Chyzer Kornél*, *Hegedüs János* és *Réczey Imre* tagtársakat.

Grósz Emil előterjeszti jelentését a „Balassa-pályadíj“-ról, melyet *Kövesi Géza* és *Roth Schultz Vilmos* dr.-ok: „A vesebeteg anyagcsere-jéről és a vesebetegknél alkalmazott gyógyeljárások értékéről“ című dolgozatának ítélték oda.

Grósz Emil előterjeszti jelentését az „Orvosi Hetilap“-díjról, melyet *Imre József* dr. (Hódmezővásárhely) „A vakság okai a magyar Alföldön“ című dolgozatának ítélték oda.

Grósz Emil előterjeszti a *Budapesti kir. Orvosegyesület pályázati hirdetését.*

I.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület a kezelése alatt álló Balassa-díjalapból 800, azaz nyolcszáz korona pályadíjat tűz ki magyar nyelven írott orvosi értekezés megjutalmazására. A tárgy szabadon választható, de a munkaterv és egy kidolgozott fejezet 1903. május 31-ig az egyesület titkári hivatalához, a szerző nevének feltüntetésével benyújtandó. Az elfogadott tervezet szerzője az 1903. október hó 14-iki nagygyűlésen fog megbízatni azzal, hogy munkáját két éven belül elkészítse s az egyesület választmányához benyujtsa. Ha a kész munka érdemesnek bizonyul, ez esetben az 1904. vagy 1905. október hó 14-iki nagygyűlésen fog a pályadíj kiadatni.

II.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület a kezelése alatt álló Balassa-díjalapból 800, azaz nyolcszáz korona pályadíjat tűz ki magyar nyelven írott orvosi értekezés megjutalmazására. A tárgy szabadon választható, de a munkaterv és egy kidolgozott fejezet 1904. május hó 31-ig az egyesület titkári hivatalához, a szerző nevének feltüntetésével benyújtandó. Az elfogadott tervezet szerzője az 1904. október hó 14-iki nagygyűlésen fog megbízatni azzal, hogy munkáját 2 éven belül elkészítse és az egyesület választmányához benyujtsa. Ha a kész munka maga érdemesnek bizonyul, ez esetben az 1906. október hó 14-iki nagygyűlésen fog a pályadíj kiadatni.

III.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület a kezelése alatt álló Orvosi Hetilap-díjalapból 200, azaz kétszáz koronát tűz ki jutalmul a kór- vagy gyógybávárlat körébe vágó legjobb eredeti cikkre, mely magyar állami illetőségű szerzőtől az Orvosi Hetilap hasábjain 1898. június hó 1-től 1904. május hó 31-ig terjedő hat év alatt megjelent vagy meg fog jelenni.

A jutalomdíj az egyesület 1904. október hó 14-ikén tartandó nagygyűlésen fog kiadatni.

Végül *Korányi Frigyes* tartotta meg emlékbeszédét *Markusovszky Lajosról*, melyet mellékletünkben egész terjedelmében közlünk.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természet-tudományi egyesület Nagyváradon.

1902. május 15-dikén tartott XXXIV. évi közgyűlés.

(Vége.)

Nem ismeretlen körülmény ugyan előttem sem, hogy mennyi nehézséget kell a magánygyakorlatot folytató orvosnak leküzdenie, míg ritkább kóralakot mutató, tanulságosabb betegének beleegyezését megnyerheti ahhoz, hogy az egyleti helyiségbe gyűlt tagtársainak bemutat-hassa, tudom azt is, hogy szaküléseinknek egyszersmindkorra előre megállapított ideje is akadályt gördít a betegbemutatás elé, de ezek

figyelembevétel mellett is kevesel nem kell a betegbemutatók számát, tudva, hogy városunkban több je'entékeny kórház, igen nagy beteganyaggal, épen tagársaink vezetése alatt áll. Ez a beteganyag minden nehézség nélkül felhasználható bemutatók és előadások czéljaira, ezért ez alkalommal azzal a kérelemmel fordulok a kórházak élén álló vagy azokban működő tagtársaimhoz, hogy egyetünk felvirágzása érdekében hozzák meg az áldozatot, a melylyel a kórházi beteg bemutatása jár s ezzel mindnyájunknak háláját fogják kiérdemelni.

A szaküléseknek előre megállapított ideje se legyen gát, mert a mint a multban volt már reá eset, hogy néhány pellagrás beteg megtekintése végett a szokásos időn kívül is egybegyűltünk, úgy hasonló összejövetelnek mi sem állja útját ezután is s az a meggyőződés, hogy ritkább és tanulságos esetek demonstrálása a rendes szaküléseken kívüli időben is elég vonzóerővel lesz ez egyet tagjaira, a kik a felhívásnak engedve, készséggel áldoznak egy kevés időt, ha az idővesztéséért a nyert okulásban kárpótlást nyernek.

De ha már a betegbemutatók elé akadályok gördülnek, még ritkábban kívánkozok alkalom kórboneztani készítmények bemutatására, ha nem is tagadhatjuk, hogy a lefolyt év e tekintetben kivételes volt.

A magánygyakorlatban az elhalt beteg felboncolása kivételes ritkaság, abból a czélből, hogy a kezelő orvos tudványát elégítse ki, még ritkább. Csakis a kórházak nyújthattak, nem épen gyakran, kórboneztani készítményt, a Biharmegyei közkórház és a Bábaképző intézet.

Hogy a bizonyára nem jelentéktelen halálozás mellett csak nyolcz esetben volt kórboneztani készítmények megtekintésére alkalmunk, úgy vélem, abban találja magyarázatát, hogy oly nagyarányú kórház, minő az említett közkórház, sem rendelkezik boncoló orvos felett és csak kivételes esetekben, ha erre az ott működő orvosok igen nagy elfoglaltságuk mellett olykor időt szakíthatnak, boncolják fel az ott elhalt beteget.

Ha a viszonyok e tekintetben változást hoznának, bizonyára egyetünk is hasznát látná.

Csupa ismert közhely volna, ha ez alkalommal a kórbonezolások hasznáról akarnék szót vesztegetni s annak fejtegetésébe becsátkozni, hogy mennyi okulást meríthetünk kórboneztani készítmények bemutatásából. Egyet azonban nem hallgathatok el, azt, hogy akárhányszor a hulla különválasztott részlete többre tanít, mint a gondjainkra bízott beteg szervezetének vizsgálata.

Ha egyebet nem, kétségbevonhatatlanul felismerhetjük láttára tudásunk és képességeink határait s ha o felismerésnek nem is lesz resignatio az eredménye, de bizonyára megóv az elbizakodástól, mert elénk tárja tévedéseinket, elárulja, ha az élő ember állapotának felismerésében tévedtünk s megmagyarázza, hogy egyik-másik beavatkozásunknak miért nem lehetett sikere.

S ha a British Medical Association 1901. évi congressusán Goodhart főorvos arra hivatkozik, hogy fiatal korában ismert egy orvost, a kiről azt tartották, hogy annyit tudott, hogy ritkán állhatta meg határozott diagnózis nélkül, annyit tény, hogy ő is csak egy ily orvosra emlékezett, mint kivételes egyénre.

Hogy gyógybeavatkozásaink is akárhányszor a jóhiszeműség s a remény ingatag talaján támadtak — a miért a halál utáni ékesen szóló documentumokban, minők a kórbonezolások eredményei, hasznos kijózanítás rejlik —, igazolhatja a jelenkor egyik legkiválóbb orvosának, Leydennek találó szava, a midőn azt mondja: "... in der Praxis gibt es kein ruhiges Abwarten und die Illusion der Hoffnung eilt den Thatsachen weit voraus."

Egy tekintetben eléggé kielégítő volt az egyetnek elmúlt évi működése; a számban és értékben jelentékeny referáló előadásokat értem, a melyeknek fontosságára közgyűlési jelentéseimben ismételten reámutattam. A már idézett mondás, hogy a ma orvosa a tudomány újabb és legújabb vívmányait nem nélkülözheti, hogy azokkal élnie kell, ma inkább mint valaha, mert minden nap újat hoz és újat a következő perczben már háttérbe szorítja az újabb, ékesen szóló bizonyítéka annak, hogy a referáló előadások tárgysorozatunkban méltán követelhetnek jelentékeny helyet.

Legjelentősebb vállalkozása volt egyetünknek, hogy az egyet keretén kívül álló férfiakat, szaktudományunk elismert nevű vezető alakjai közül, nyerjünk meg arra, hogy egyetünket szellemi támogatásban részesítsék és szaküléseink tárgysorozatát egy-egy általánosabb érdeklő előadással gazdagítsák. Mert valóban gazdagodást jelent, ha alkalmunk lehet arra, hogy a tudomány activ munkásainak közvetlen előadásából ismerjük meg a tudomány újabb vívmányait és elméleteit.

Az egyet felkérésére e férfiak közül többen hálára kötelező készséggel vállalkoztak reá, hogy szerény egyetünket látogatásukkal megtiszteljék és szaküléseinken nagy érdeklődéssel hallgatott előadásait megtartsák.

Grósz Emil dr. budapesti egyetemi rk. tanár volt az első, a ki meghívásunknak engedve, áldozatot és fáradságot nem kimélve, ez évi június hó 29-dikén tartott szakülésünkön gazdag tapasztalatainak értékes eredménye. t egy nagyobb összefoglaló előadásban ismertette meg velünk.

Előadása, mint részletes kimutatásunkban említve volt, arról az összefüggésről szólt, a mely a szembajok és a szervezet egyéb betegségei közt felismerhető, e munkálatával is igazolva, hogy a szorosabban körülhatárolt specialis szakmával foglalkozó orvosnak sem szabad megfeledkeznie arról, hogy beteg emberrel áll szemben és nemesak a beteg szervvel kell foglalkoznia.

Örömmel foglalom jelentésembé azt az ígértét is, hogy — már egyetünk nagyrabecsült tagjaként — a jövőben ismét eljön közénk, hogy hasonló irányú előadással emelje munkálkodásunk színvonalát.

A folyó évben ismét újabb kiténtetés érte egyetünket. Felhívásunkra a magyar orvosi rend egyik legkiválóbb alakja,

Parjesz Zsigmond kolozsvári egyetemi tanár is készséggel vállalkozott a nem csekély áldozatot igénylő feladatra, hogy városunkba fáradsva egyetünkben előadását tartson.

Márczius hó 23-dikán, egy e czélra egybehívott szakülésünkön tisztelhetjük őt vendégünkül, a midőn „Adatok a malaria kérdéséhez” igénytelen czímmel nagyértékű s hazánk egész orvosvilágában bizonyára figyelmet keltő előadását egy teljesen actualis kérdéstről megtartotta. Ünnepe volt e nap egyetünknek, melyet az tesz emlékeztetéssé, hogy a választott tárgyra vonatkozó kutatásait és megfigyeléseit egyetünk vendége e napon velünk ismertette meg először, mielőtt még az orvosi sajtó útján nyilvánosságra hozta volna.

Purjesz tanár szíveségének köszönhetjük, hogy ugyanazon rendkívüli szakülésünkön Jancsó Miklós dr. egyetemi magántanár urat is üdvözölhetjük, a ki ugyanakkor „Újabb vizsgálatok a malariaparasitáknak fejlődéséről a szunyogokban” czímű előadásában a kérdésnek más részét világította meg. Előadásának értékét nagyban emelte, hogy ig n nagyszámú göröcsői készítmény és szép kivitelű rajzok, photogrammok bemutatása követte azt.

Mindhárom előadó valóban hálára kötelezte egyetünket e közreműködésével s e hálánk cs-kély jelét akarjuk adni, a midőn mai közgyűlésünk alkalmából ismételten köszönetet mondunk.

Készséges vállalkozásuk arra a reményre jogosít, hogy törekvéseinket mások is támogatni fogják s felhívásunk és kérelmünk ezután sem fog eredménytelenül elhangzani. Ez idővel egyetünk felvirágzásának egyik tényezőjévé válhat és erkölcsi tekintélyben való gyarapodásnak tekinthető, ha évkönyveink lapjait ily kiváló férfiak nagyértékű előadásai fogják ékesíteni.

Ez volt az egyetnek munkája; egyéb feladat megoldására nem vállalkozhatott. Az Országos Orvos-Szövetség helybeli fiókjának megalakulása óta orvosrendi kérdések megvitatása tárgyalásainak anyagát nem képezi, másrészt meg ez év folyamán arra sem nyílt alkalom, hogy akár országos érdekű, akár városunk kisebb körét érdeklő közegészségügyi kérdésben emeltünk volna szót. Ily irányú beszámolóra lényegesen megnyírbált programunk nem szolgáltatott anyagot.

Ebbeli szereplésünk már az is feleslegessé tette, hogy a közfelfogás ma már helyesebben itéli meg a közegészségügy kérdéseit, a melyeknek fontosságát igaz értékök szerint méltányolni tudja, és hasonló czélú szaktestület és egyesület sürgetése és beavatkozása nélkül is a város ügyeinek vezetői azon vannak, hogy az idők követelményeit e tekintetben is kielégítsék.

Ha a multban, a mint azt több ma már létező közegészségügyi intézmény története mutatja, nem egy kérdésben és nem egy intézmény létesítése érdekében ismételten kellett szavát hallatnia, míg egy-egy közegészségügyi szükséglet nagy huzavona és késlekedés után kielégítést nyerhetett, ma már ily sürgető szó nélkül is állandó a törekvés, hogy a szükséges közegészségügyi intézményeket, csaknem a város erejét meghaladó áldozattal, előkészítsék és létesítsék.

A csatornázás kérdésére és a gyermekkórházra utalok. Az első állandó gondját képezi azoknak, a kik e város sorsát intézik, az utóbbi ma-holnap megkezdheti áldásos működését a köz javára.

Nem egyetünk munkája és érdeme ugyan, de ily szaktestületben nem mellőzhetem hallgatással, hogy rövid idő előtt még két más, közegészségügyi szempontból jelentős közintézmény alapjait is megvetették. Egyetünk két tagjának fáradozása és kezdeményezése volt mindkét esetben az, a mi elismerésünkre is számot tarthat. A létesítendő nagyobb-szabású elmebeteg kórházát és az újonnan építendő, az eddiginél nagyobb izraelita kórházat értem. Az elsőnek tervezetét ez évi második szakülésünkön ismertette a létesítés érdekében sokat fáradozó tagtársunk, Fráter Imre dr.; az új izraelita kórház felépítését csak a napokban határozta el a kórházat fenntartó jótékonsági egyesület.

Tünyomólag orvosokból álló egyesületben ily intézmények fontosságát fejtegetnem felesleges és bizonyára érthetőnek fogják találni, hogy azokról e helyen is szó esett.

Nem volna teljes jelentésem, ha mindenről szólva, csak azt mellőzném hallgatással, a mit egyleti életünkben hiánynak tartok.

A szaküléseken tartott előadások sorát áttekintve, lehetetlen, hogy fel ne tűnjék, hogy abban egy sines, a mely tárgyát a gyógyszerészet vagy a természettudományok köréből merítette volna, már pedig egyetünk czíméhez és jellegéhez hiven ezeknek is sorát kellett volna ejtenünk. Mulasztás lesz, ha a jövő e tekintetben változást nem hoz s már most jelzem a tervet, a melynek czélja az egyet multjában tekintélyes szerepet játszó, a nagy közönséget is érdeklő, természettudományi előadásoknak egész sorozatával nyilvánosságra lépni.

Kötelességemhez hiven a taglétszámról is meg kell emlékeznem s azt a sajnálatos körülményt bejelentnem, hogy az egyet tagjainak száma elhalálozás, elköltözés és részben kilépés által némileg megapadt. Jelenleg e szám, néhány hét előtt elhalt tagtársunkat leszámítva 89. Ebből orvos 64 (helybeli 43), gyógyszerész 10 (helybeli 8) és természettudományi tag 15. A helybeli tagok száma összesen 51.

A havi szaküléseinkről felvett jegyzőkönyveknek áttekintésekor néhány oly feljegyzésre is reá bukkanunk, a melynek érintését mai jelentésemben sem mellőzhetem. Egy mult év novemberében kelt feljegyzésben egy nevet örökitettünk meg, a melyet minden orvosnak tisztelettel kell ajkára vennie.

E név Virchow Rudolf neve, a kit találóan és méltán az orvostudomány fejedelmének neveztek s a kit koronás fők tiszteletére rendezett ünnepélyeknél magasabb és lélekemelőbb ünnepélyen a művelt világ minden részéből összesereglett tisztelői szeretettel és csodálattal vettek körül, a midőn születésének nyolczvanadik évfordulóját teljes szellemi frissességben érte meg.

Minden művelt nemzet képviselői, a társadalom legkiválóbbjai, országok sorsát intéző férfiak gyűltek egybe, hogy a jelen idők legnagyobb orvosbúvárait, az orvostudomány történetének egyik oszlopát alakítják halhatatlan érdemeikhez méltóan ünnepljék s nem egy jelentős beszédben adtak kifejezést annak, hogy az ő nagy neve az orvostudomány történelmének s általában a culturalis törekvések történelmének legszebb lapjait fogja ékesíteni, mert azok közé a kevesek és korszakalkotók közé tartozik, a kik egész nemzedékek, orvosgenerációk gondolkodására átalakítólag folytak be s a modern orvosbúvárlatnak, az orvosi gondolkodásnak új irányt mutattak.

Az orvostudományok művelésének e szerény tűzhelyén is részt kellett vennünk az ünneplésben, mert szellemének kincseiből minden orvosnak rész jutott, s annak jeléül, hogy a nagy férfiut, a liberalis gondolkodót, az igazságnak megalkuvást nem ismerő hirdetőjét, a sokoldalú tudóst mi is érdeme szerint megbecsüljük s az orvostudomány átalakítóját mi is teljes nagysága szerint méltatni tudjuk, nevét jegyzőkönyvünkben megörökítettük.

Néhány hónappal később, kevés idő előtt a német orvosvilág egy más nagy alakjáról esett szó együletünkben. *Leyden* nevét iktattuk akkor jegyzőkönyvünkbe, a legkiválóbb német klinikusét, a ki hetvenéves születési évfordulója alkalmából nagyarányú ünneplések tárgya volt.

Ha ma a német orvostudománynak jut a vezető szerep — ha a nemzetek szerinti megkülönböztetésnek egyáltalában értelme van —, e vezérszerepet vivő orvostudománynak is egyik legjelentékenyebb alakja *Leyden* és méltán reá szolgált arra, hogy minden orvoslással foglalkozónak mintaképe legyen.

Néhány szóban úgyszólván orvosi hitvallását írta meg, a midőn egyik legutóbbi művében így szól: „Die praktische Medizin lässt sich nicht im Laboratorium allein machen, denn sie hat überall mit dem Menschen zu thun” és a midőn kifejezést ad annak is, hogy a gyógyító orvos a recipe irással nem meríti ki feladatát: azonkívül a beteg elhelyezésével, fekhelyével, ápolásával és táplálásával is törődnie kell, gondoskodnia kell a beteg felüdítéséről is, az ő gondja, hogy a betegszobába levegő, világosság meg napfény jusson, neki kell gondoskodnia a beteg nyugalmaról, pihenéséről s ha kell, foglalkoztatásáról is.

E kijelentésének minden egyes szava kutatásainak, tudományos vizsgálódásai eredményének egy-egy batárkövét jelzi és rámutat arra is, mely intentio vezette, a midőn a gyógyszeres terapia mellett egész erejét, hosszú évek lankadatlan munkáját arra szentelte, hogy a gyógyító orvos fegyvertárát más fegyverekkel is gazdagítsa, mintha csak egy neves angol orvosnak azt a kifakadását akarta volna tárgyalanná tenni: túlságosan kevéssé becsüljük a betegnek adott egyéb tanácsaink értékét, a midőn lehetővé tesszük, hogy annyira túlbecsüljék az orvoságok értékét.

Betegápolás; diaeta, pszichikai kezelés, physikai gyógymódok, a sanatoriumi kezelés, betegápolás, betegápolás és gyakorlás egyaránt nagy méltánlára találtak nála s nem volt senki, a ki nagyobb kitarással igyekezett volna mindezt könyvekben, folyóiratokban, egyletek alapításával, kiállítások rendezésével és előadásokkal orvoskörökben népszerűsíteni. Még ezekkel sem érte be; figyelme még sok egyéb lényegtelennek látszó tényezőre is kiterjedt, a mint tanítá, a beteg szempontjából az orvosi művészet ez „imponderabilia” is értékesek, már pedig szerinte a beteg szempontja a fő s minden orvosi tudományos törekvésnek is végcélja: segíteni, „die Kunst zu helfen”.

Boldog a nemzet, a mely ily nagy fiakat ünneplhet s a mely tudományossága kincseiből minden nemzet fiainak juttathat.

Figyelemreméltó, azt mondhatnám nagyjelentőségű adata mult évi feljegyzéseinknek az is, a mely egy társuletet, az aradi orvosegyület átiratával foglalkozik. Ez átiratban a magyar orvosi rend történetében tudommal páratlan eseményről — culturtörténeti jelentőségűnek is mondhatnók — történik megemlékezés, arról, hogy egy lelkiismeretes és buzgó orvosnak a város közönsége, a melynek tevékenységét szentelte, szobrot emelt. Az ekkép tisztelt orvos az 1889-ben elhalt *Darányi János* dr. Arad városi tisztifőorvosa volt, a ki három évtizeden át működött odaadással, lelkiismeretes, emberbaráti önfeláldozással és emberszeretettel a város közegészségügye és a köz javára.

A kinek emlékét ily ritka módon becsülték meg, mint azt a magaslatló átirat is említi, nem volt világhírű tudós, szaktudományát értékes felfedezésekkel nem gazdagította, orvosnemzedékek gondolkodását nem alakította át, csak tisztéből folyó és orvosi kötelességét teljesítette híven, odaadással.

A magyar orvosi rend történetében páratlanul áll ez az esemény és feljegyzése méltó. Némi részben kiengesztelt azért a szégyenteljes mulasztásért, hogy a magyar orvosi rend egyik tragikus véget ért tagja, a nagy *Semmelweis* iránt, a kinek nevét ma már világszerte tisztelettel említik, mert felfedezésével tudományunk történetének alakjai, az emberiség jötevői közé emelkedett, csak elkésve és nem egészen megfelelő módon róttá le a köteles háláját.

Büszkén hivatkozhatott a társuletesület átirata arra, hogy kezdeményezésének és buzgalmanak köszönhető, hogy az ország egy városának közterén immár áll az első magyar orvos-szobor, de a midőn kezdeményezése érdemét elismerem, nem hallgathatom el, hogy átiratának befejező szavait „az elhalt orvos megbecsültetésére remélni engedni, hogy az élő orvosi nemzedék is működéséhez jogosan fűzött elismerésre talál” hinni nem tudom. Az élő orvos elismerése! Erről sokat lehetne beszélnünk, ha az alkalom és az idő megengednék. A mig egy életet testet-lelket romboló munkában átélő orvosok özvegyei kolduskönyvéren tengődnek, mig az orvosok zöme élethalál-harcot folytat a szükkeblítőség, kapzsiság és mindennemű ellenséges viszonyok és áramlatok ellen, a melyek megélhetését, boldogulását fenyegetik, mig az orvosok

veszendőbe ment tekintélyüket visszaküzdeni nem tudják, az élő orvosnak jutott elismerésről szólni nem időszerű.

Tisztelt közgyűlés! Ezzel felsoroltam mindazt, a mi bennünket a lefolyt együleti évben foglalkoztatott s jelentésemet befejezhetném, ha a sors akaratából ismét veszteség nem érte volna együletünket.

A midőn rövid idő előtt e jelentés anyagát rendeztem, örömmel láttam, hogy ezúttal nem kell gyászetről beszámolnom. De e reményemben csalódtam, mert a mult hó végén váratlanul annak a hírét vettük, hogy együletünknek egyik régi vidéki tagja, *Bügler Adolf* dr. elhalt.

A fiatalon elhunyt tagtárs nem tartozott azok közé, a kik közéleti szereplésükkel vonják magukra a figyelmet s a kiknek nevét gyakran említik; nehéz hivatásának élt csak, zajtalanul, igénytelenül, közkatonaként.

Mint a csatatér névtelen harcosa, a ki hir és dicsőség nélkül vérzik el az ügyért, élte, harcolta ő is a vidéki, a körorvosi élet nehéz harcát s ki tudja, nem hivatása roskasztó terbei ásták-e alá különben is gyenge szervezetének épségét, hogy idő előtt, aránylag fiatalon dőlt ki az élők sorából.

Ha élete történetét csak e néhány szóba foglaljuk is össze: tanult, fáradt, míg orvosá lett, azután a körorvosi hivatás nehéz igáját vonszolta, míg alatta le nem roskadt, lehetetlen megilletődés nélkül szegény elhalt tagtársunkra gondolunk.

Ha valaki, mi becsüljük meg emlékezetét.

Együleti helyiségünk falán egy veszteségre emlékeztető arczképpel több lesz és mindinkább gyarapszik az, a mi a multé és megszűnt jelenvaló lenni.

Szinte azt mondhatnám közel négy évtizedes életet élő együletünknek ereje e multban gyökerezik s ha e perczen képzelem végigsuhan az alakokon, a kik ez életet irányították, ha a valóban lelkes, buzgó és tevékeny munkásokra gondolok s a multtal szembeállítom a könnyen lankadó, kételkedő és közönyös jelent, kedvem volna serkentésül visszaidézni a letűnt multat.

Gáncs és kicsinylés, közönyös nemtörődés vagy immel-ámmal folytatott munkásság helyett, merítsünk ösztönzést a multak példáiból s akkor együletünk az aggság erőhanyatlása mutatkozni sohasem fog.

Hogy így legyen, mindnyájunkon mulik, ha nem így lesz, valamennyiünk közös bűne.

En, az egyület fiatal erőben gazdag új munkáit látva, remélni merem, hinni akarom, hogy együletünk új virágzás korát fogja élni.

Elnök nagy sajnálattal értesült a titkári jelentésből *Bügler Adolf* dr. együleti tag elhunytáról; indítványozza, hogy a jelenlevők kegyeletök jele gyanánt álljanak fel helyeikről. (Megtörténik.)

Berkovits Miklós dr. indítványára a közgyűlés jegyzőkönyvi köszönetet szavaz a titkárnak páratlanul serény működéséért

3. Nyiry Ödön dr. pénztáros az elmúlt évről szóló pénztári jelentést olvassa fel, a melynek főképp a hátralékos tagdíjakról szóló részre kelt feltűnést.

Ez arra indítja *Dőri Ferencz* dr. együleti tagot, hogy elítélje az együletnek oly tagjait, a kik tagdíjaikat nem fizetik rendszeren s azt az indítványt terjeszti a közgyűlés elé, hogy utasítsa a választmányt a hátralékos tagdíjaknak legfeljebb három hó alatt való behajtására, ha ez másképp nem történhetnék meg, az együleti ügyész beavatkozásával.

Edelmann Menyhért dr. örvend, hogy a hálátlan feladatra felszólaló vállalkozott, de bejelenti, hogy a választmány ez ügyben már határozott s hogy határozata foganatosításának mi sem állja útját.

Munk Béla dr. az év végeig adna halasztást

Berkovits Miklós dr. a két indítványt egyesíti; azt indítványozza, hogy a közgyűlés bizza meg a választmányt a tagdíjaknak az év végeig történendő behajtásával. Ezúttal a közgyűlésnek tudomására hozza, hogy az egyület anyagi viszonyain a közel jövőben az is javítani fog, hogy az elnök jóvoltából az egyület díjtalanul új helyiséget nyer s hogy anyagi hozzájárulással is lendíteni fog az egyület helyzetén.

4. Révész Vilmos dr. könyvtáros a könyvtár állapotáról szóló jelentését olvassa fel.

Ezután az elnök a maga és tisztársai nevében lemond az eddig viselt tisztségéről s indítványára a választások tartamára korelnök *Bodor Károly* dr. veszi át a közgyűlés vezetését. A jegyzői teendőket *Julier Vilmos* dr. korjegyző végzi.

A választás megejtetvén, a közgyűlés egyhangúlag újra megválasztja:

Elnöknek: *Konrad Márk* dr.-t, alelnöknek: *Berkovits Miklós* dr.-t, titkárnak: *Edelmann Menyhért* dr.-t, jegyzőnek: *Mayer László* dr.-t, pénztárosnak: *Nyiry Ödön* dr.-t, könyvtárosnak: *Révész Vilmos* dr.-t.

Berkovits Miklós dr. indítványára az új alapszabályok értelmében, a közgyűlés nyolcz rendes és két pót-választmányi tagot választ.

Választmányi tagokká lettek szavazattöbbséggel: *Baróthy Ákos* dr., *Bartha János* dr., *Bodor Károly* dr., *Dőri Ferencz* dr., *Fráter Imre* dr., *Grósz Menyhért* dr., *Koroste n Lajos* dr. és *Kutiák Ágoston* dr.; póttagokká: *Nemes Aron* dr. és *Nyiry György* gyógyszerész.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(III. rendes ülés 1902. április hó 24-dikén.)

Elnök: *Dollinger Gyula*. Jegyző: *Ilyés Géza*.

I. Kömetzés esete.

Hüttl Hümer: Bemutató a szakosztály figyelmét esete kapcsán a hólyagnak magas kömetzésnél levegővel való felfúvására hívja fel,

mert így elkerülhető a praevesicalis ürnek beszenyezése a hólyag-megnyitás mozzanatában. Langyos bőrvizes hólyagmosás után betegét Trendelenburg-féle fekvésben helyezi a műtőasztalra?

A symphysissel párhuzamos, felfelé kissé homorú metszéssel nyitja meg a cavum praevesicalet. A vérzés csillapítása után egy segéd, a ki a műtétben különben nem vesz részt, Nelaton-kathetert vezet a hólyagba és azt egy Richardson-féle labdával felfújja. A hólyag ekkor a seb mélyéből kékes vizerektől áthúzódva jól láthatólag elődomborodik. A megnyitás két rögzítő fonal között történik, vizelet alatta nem ömlik ki, csak levegő távozik sercsegő hanggal. A sebet nem árasztja el piszkos folyadék. Bemutató ezen levegőfelfúvásnak tudja be, hogy kilencz eddig ily módon műtött esete hólyag- és hasfalvarrat segélyével per primam meggyógyult. Az elővezetett eset adatai ezek:

S. J. 63 éves férfi, tipikus kópanaszok és lelet, közömbös vegyhatású vizelet mellett. Chloroform narcosisban április 8-án magas hólyagmetszésnél három darab uratkő távolítottak el, két etage-os hólyagvarrat s a hasseb bezárása után hat nap alatt p. p. gyógyulás.

II. Izeget a bal térdizületben.

Hüttl Hümer: N. G. 30 éves férfi f. év márcziusban vette észre térde fájdalmasságát, hogy járásnál lába hirtelen megakad, úgy hogy tovább menni nem tud, akkor az izület legkülönbözőbb nyomkodásra és gyúrásra szabadul a fájdalomtól.

Baja miatt 1902. április 2-dikán a budapesti poliklinikai kórházba vétette fel magát.

A bal térdizületben nagyobb mandulaalakú, kemény test tapintható, mely helyét rendkívül könnyen változtatja, úgy hogy majdnem elugrik a vizsgáló kéz alól. Időnként eltűnik az izület öbleiben, úgy hogy újlag csak órák múlva lelhető fel.

Eppen ezen körülmény, hogy az izéget tapintásnál ilyen könnyen változtatja helyét, okozott némi fejtörést, hogy műtétnél mikép rögzítsék, nehogy, mint a hogy az már nem egyszer megtörtént, a műtét előkészületei vagy menete alatt tűnjék el. Mivel a daganatot aránylag legjobban maga a beteg tudta felkeresni és rögzíteni, a műtétnél a betegnek saját assistentiáját vette igénybe.

A beteg kezét a legpontosabban deszficiálva, általuk rögzítette a térd alsó segmentumában a szabad testet. A további elcsúszást meggátlandó, még a bemetszés előtt a tibia porczához odatűzte az izegeret, mire az eltávolítás egyszerű bemetszéssel egész könnyen sikerült április 11-dikén.

A sebet esomós varratokkal egyesítette. A seb p. p. gyógyulása után minden kóros tünet eltűnt. Az eltávolított izéget szabadon fektet, 3 cm. hosszú, 1 1/2 cm. széles volt, nagyjában mandula alakot mutatott. Egyik felszíne domboru, másik homoru. Tisztán porczból állott, rajta sem osteochondritis dissecans, sem valami előrement trauma jelei nem találhatók.

III. Bélszűkületet okozó bélkő esete.

Hüttl Hümer: A. F. 54 éves nő régen fennálló makacs székrekedéstől eltekintve beteg nem volt. 25 év előtt támadt jobboldali lágyék-sérve mult év november 6-dikán kizáródott és vidéken műtettet. A lefűződő bél visszahelyeztetett, az odanőtt cseplesz pedig esonkoltatott. Műtét után hasfalkötőszövetlob kis tállyoggal a sebben. A műtét óta székrekedése még makacsabbá vált, mert az azelőtt hatásos hashajtó most már nem hozott eredményt. Székelés után nagy fájdalmak voltak és vannak; a belek hangos korgással mozognak, a hasfalán át jól láthatók. A fájdalom jobboldalon a műtét helye felett a legnagyobb, innen a jobb keresztájtára és czombra is kisugárzik. A fájdalmak székelés után 1—1 1/2 napig tartanak, azután nyugalma van a legközelebbi székelésig. A fájdalom lesoványodott, vérszegény, hasa elődomborodó, rajta időnként bélmozgás, asymmetria (Vall-féle tünet) jól kivehető. A jobb csípő-tájban tapintható fájdalmas resistentia. A has dörzslésére élénk peristaltica váltható ki, különösen látszólag egy kacsban, mely a leirt resistentiához vezet. Állandóan láztalan. Klinikai körisme: bélstenosis valószínűleg alképlet által feltételezve. Műtét április 3-dikán chloroform narcosisban. (Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

439/902. kórh. szám.

Fejérvármegye „Szt. György” közpórházánál Székesfehérváron 1902. november hó 1-ével egy alorvosi állás üresedésbe jön. Ezen állásra, mely évi 1000 korona fizetés, lakás és élelemzettel van javadalmazva, ezennel pályázatot hirdet s felhívom mindazokat, a kik azt elnyerni óhajtják, hogy az 1883: I. t.-cz. 9. §. II. pontjában előírt minősítettségüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi október 31-dikéig benyújtsák.

Székesfehérvár, 1902. évi október hó 12-dikén.

Alispán szabadságon:

Szűts, főjegyző, kórh. v. h. elnök.

723/902. f. i. szám.

A kormányzatomra bizott Ugocea vármegye tiszáninneni járásában megüresedett járási orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom azokat, a kik ezen, évi 600 (hatszáz) korona fizetéssel, 600 (hatszáz) korona úti átalánnyal javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy életkorukat, erkölcsi viselkedésüket, magyar állampolgárságukat, eddigi alkalmazásukat és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában, valamint az 1893. évi 80099. számú belügy-ministeri szabályrendeletben megszabott minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám folyó évi október hó 30-dikéig annyival inkább adják be, mivel a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Nagy-Székely, 1902. évi október hó 8-dikán.

Gróf Csáky László, főispán.

7998/1902. szám.

Losonc r. t. városnál elhalálózás folytán megüresedett, 400 korona fizetéssel s a szabályrendeletileg megállapított orvosi szemledjék élvezetével javadalmazott tisztiorvosi állásra Nógrád vármegye alispánjának folyó évi szeptember hó 30-dikán 22807/902. szám alatt kelt felhatalmazása alapján pályázatot nyitok.

Az 1886. évi XXII. t.-cz. 74. §-ában előírt képesítéshez kötött ezen állásra pályázó orvostudorokat felhívom, hogy szabályszerűen bélyegzett, képzettségüket, eddigi működésüket, valamint a tisztiorvosi vizsga sikeres letételét igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket folyó évi november hó 10-dikén déli 12 óráig hivatalomhoz annyival inkább nyújtsák be, mivel az elkésztett pályázatok figyelembe vételét nem fognak.

Losonc, 1902. évi október hó 6-dikán.

Wagner Sándor, polgármester.

6619/1902. szám.

Békés vármegye közpórházának elmebeteg-osztályán lemondás folytán megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1200 korona készpénzfizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelemzés. Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamódványaikát méltóságos dr. Lukács György Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám folyó évi október hó 27-dikéig küldjék be. Később érkező folyamódványok figyelembe nem vétetnek.

Gyula, 1902. évi október hó 7-dikén.

3-2

Berkes dr., kórházi igazgató.

519/902. E. szám.

Dobsina r. t. városnál lemondás következtében megüresedett II-od szülészeti állásra pályázatot nyitattik.

A II-od szülészeti javadalmazása 200 kor., azaz: kétszáz korona évi fizetés és 30 kor. lakbér a városi pénztárból, valamint a vagyonosabb szülőkétől a nekik nyújtott segélyért fizetendő díjakból áll.

A szülészeti oklevéllel ellátott pályázati kérvények 1903. évi január hó 10-dikéig alulírott polgármesteri hivatalnál benyújthatók.

A német és tót nyelveken jártas pályázók előnyben részesülnek.

Dobsina, 1902. évi szeptember hó 26-dikán.

2-2

Szontagh, polgármester.

Egyéb üresedésben levő állás.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
okt. 26.	körorvos	Pétervásár	1200 k., 200 k. lakb., 400 k. úti át.	Szabó J. főszolgabíró
30.	körorvos	Etéd	1000 k., 200 k. úti át.	Pálffy J. főszolgabíró, és lakás
30.	körorvos	Szin	1200 k., 400 k. út. át.	Gedcon Aladár fszb., Torna
nov. 1.	közs. o.	Daróc	1200 k., lakás	Szabady Tivadar, fszb. Oklánd
1.	közs. o.	Bács-Fekete-hegy	1200 k.	Császár főszlgb., Bács- Topolya
3.	körorvos	Árpád	1100 k.	Nagy Márton főszlgb., Nagy-Szalonta

HIRDETÉSEK.

Elektromagneses intézet

dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában
Budapest, Városligeti fasor 13.

Elektromagneses erő alkalmazási tere: álmatlanság, izomcsúsz, neuralgiák, ischiás, szívrogosok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine stb. — Orvosi vezetés. — Kezelés egész napon át. Mérsékelt díjak. Kívánatra prospectus.

DR. DOCTOR KÁROLY V. EGYETEMI TANÁRSÉGÉD

ORVOSI LABORATORIUMA

Budapest, IV., Városház-utca 10.

Vegyi, göröcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegtani tanárségéd.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13—15.

Minden igényeknek megfelelő magánygyógyintézet. Felvételnek férfi- és nőbetegek, nögyógyászati, sebészeti, belgyógyászati, fül-, gége- és szembántalmakkal; hizlaló kúrák; tabes betegek gyógyítása (dr. Frenkel-féle módszer) dr. Sarbó Arthur egyet. magántanár vezetés alatt. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár vagy speciálista által. Állandó orvosi felügyelet. Jó ellátás. Telefon. Prospectus.

Zambeletti-féle oldható vasarseniát

vérszegénység, sápkórság és kachexiák kezelésére.

Cseppek, labdacok, injectiók.

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

A t. orvos urak kéretnek díjmentes minták vógtt a lerakatokhoz fordulni. Kérdezőkódések a következő lerakatokhoz infézendők :

MAGYARORSZÁG: Dr. Budai Emil,
Városi gyógszertár, Váci-utca
és Dr. Egger Leo, Nádor-gyógszertár,
Váci-körút 17, BUDAPEST.

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

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

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

SCHLESINGER LEÓ, BUDAPEST.

Nagy mérvben

vérképző,

erősítő és

tápláló-

szer.

Tartalmaz 21%

természetes

fehérnyét.

Ára:

kor. 3.20

frt 1.60.

PURO
HUSNEDV

PURO gyógyszer-vegyészeti intézet.

Dr. SCHOLL H. Thalkirchen-München.

Képviselet Ausztria és Magyarország részére :

GRÖTZINGER KÁROLY, Wien, III., Reisnerstrasse 6.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^rEGGER

Indicaió: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhaachitis.
Kapható minden gyógszertárban.

Dr. Römpler-féle sanatorium tüdőbetegek részére
Görbersdorf (Szilézia).

Kezelő orvos: Dr. Joel. Elsőrangú intézet remek hegyi fekvés-
sel, a modern hygiéna minden kényelmével berendezve.
Nyári és téli kúra. Képes prospektusok.

CSÁSZÁR-FÜRDŐ BUDAPESTEN.

Nyári és téli gyógyhely. Elsőrangú kénes hévízfű gyógyfürdő,
páratlan gőzfűdővel, legmodernebb iszapfűdőkkel, pompás
ásványvíz-uszodákkal, kő- és kádfűdőkkel, 200 kényelmes lakó-
szobával. A legsolidabb kezelés

Prospectus kívánatra ingyen és bérmentve.



Lápfűdők a házban.

Az ásvány-lápfűdőknek egyedüli
természetes pótléka
LÁPSO | **LÁPLUG**
száraz kivonat | folyékony kivonat
rekeszekben 1 kg. | üvegokban 2 kilo.

Főraktár:
ÉDESKUTY L.
ásványvíz-nyagkereskedés,
cs. és kir. udvari szállító
BUDAPESTEN.

Dionin

kittinő pótszere a codeinnak és morphinnak.

Largin

magas-százalékú ezüstfehérnyevagyület különösen a gonorrhoea
és a szembántalmak kezelésében.

Jodipin

a jodkaliák bevált pótszere, különösen harmadlagos bujakóránál
és görvélykóránál, továbbá asthmánál és emphysemánál.

Diphtheria-ellenes gyógyserum

Irodalom ingyen és bérmentve. * államilag felülvizsgálva, 500- és 1000-szeres normal-egység. * Irodalom ingyen és bérmentve.

Stypticin

bevált méhbeli haemostaticum.

Tannoform

kittinő adstringens és antidiarrhoeum.

Bromipin

új csillapító szer, különösen ajánlható ideges állapotok és
epilepsia ellen.

E. Merck

vegyi
gyára,

Darmstadt

Emlékbeszéd Markusovszky Lajos fölött.*

Irta: Korányi Frigyes.

I.

Néhány hónap mulva tíz éve lesz, hogy egyesületünk volt elnöke és tiszteleti tagja: *Markusovszky Lajos* meghalt. Az Egyesület mélyen tisztelt Igazgató tanácsának megbízása folytán ma feladatom, hogy szemlét tartsak élete fölött, vázolván a t. Egyesület előtt annak tartalmát és folyását.

Hálás volna ez a feladat akkor is, ha beszámolószerű vázlat alakjában akarnám életfolyásának jellemzését nyújtani! Markusovszky azon halandók közé tartozott, a kikbe a természet a maga termő erejének egy energiáteljes részét oltja be, a kiknek lelkébe nem hat be semmi a nélkül, hogy magas értékű individualis jelleget öltene, s ha nyilvánulásra jut, az eleven erő fokozott energiájával hat be ismét mások lelkületébe, tetteket szül és tettekre ragad! Azért életét mindenütt maradandó nyomok jelzik. Elég volna felsorolni, mit tett és mit hozott létre a magyar orvosi irodalom, az orvosi tanítás és tudományfejlesztés, Magyarország közegészségügyének terein, miként emelte az orvosi állás becsét kifelé és ethikai tartalmát befelé, hány szállal járult azon, ma már erős kötelék létrehozásához, a mely a magyar Tudomány-egyetemet a nyugati kultúrával és azok központjával összeköti; ezeken szemeinket végig vezetve, előttünk állana a tetterős, tettűs, nagy kihatású férfiú, s ha lelkületének alapszínét akarnám felmutatni, előttem függ a kifejezésteljes arczkép, mélyreható tekintetével, nyugodt, szilárd jellemének öntvényévé alakult arczkifejezésével, s azzal a valamivel, a mi a meleg, emberbaráti szívet, a belső szellemi lénynek önmagán kívüli érdekekbe való átolvadását, az önzetlen, nemes, áldozatkész és mégis higgadtan mértéktartó jellemet árulja el!

Ha ezeket sírkövére vésetnők, akkor úgy állana ott a sorozat, mint egy tartalomdús könyv végén a sokat mondó tárgymutató.

De a tárgymutató még nem a mű, a mint hogy a méz még nem a méh, a festmény még nem a festő és Tizian vagy Rafael műve hatásának egész melegétől csak akkor lehet áthatva a szemlélő lelke, ha bemélyedő

gondolatának láthatárába beemelkedik Tizian és Rafael az ember, érzéseivel, lelkének mozgató rugóival, érzési és művészi fejlődésének körével és korszakával. Ily módon kellene nekem vázolni *Markusovszky*-t is, a mint a tett mezejére készült, fejlett, nőtt, küzdött, szorongott, örvendett, a nemes siker csendes boldogsága és a csalódások rágó érzései között haladt teljes ötven éven át — az utolsó pillanatig. Ez volna — jól tudom — a méltó alak, a melyben Markusovszky emlékünnepe megüli a budapesti kir. Orvosegyesület.

Ámde ilyen egy kiterjedésű feladat meghaladja erőmet és hivatott történetíróra vár, de egy ilyen életleírás egy ünneplő ülésre szánt idő határai közé nem is illeszthető. A történetíró meg fogja találni az útmutatást azon mélyen átgondolt, tartalomdús emlékbeszédben, a melylyel tisztelt barátom *Högyes Endre* a Tudományos Akadémiában Markusovszky emlékét megörökítette. Itt nekem meg kell elégednem azzal, ha sikerül ezen eszmékben és gondolatokban gazdag élet egyes olyan momentumait feltüntetnem, a melyek Markusovszkyt jellemzik hatásában és belső lelki életében, és a melyeket, részben legalább, vele való személyes összeköttetésem szolgáltat.

Szinte azt mondhatnám, hogy évtizedek során át úgy fonódott össze saját életem az övével, mint a tanítványé a mesterével, a kit becsülni, szeretni tanult és kinek nyomát követni igyekezett. Több, mint 50 lefolyt évnél történetén kell visszatekintennem, azon 50 év történetén, a melyben hazánk összes intézményei, emberei, társadalma és közviszonyai átalakultak, a melyben az újkori Magyarország létrejött.

Ezen nagy események ezerszeres szálaiból alakult emlékszőveményen mint fátýolrétegeken kell áthatolni szememnek, hogy feléledt világosságban tűnjék fel előttem az idő, a melyben Markusovszky alakjával először megismerkedtem.

1847-ik év egy napján az orvostanhallgatók között elterjedt a hír, hogy *Balassa* előadást fog tartani egy új, epochalis felfedezéséről; egynéhány hallgatótársammal mi is bementünk az előadó terembe.

Az újvilágútczai alacsony és elég szűk tanterem podiumán ült Balassa János, könnyű, nádszövetű karoszekén, a szék mögött állt a bécsi műtőintézetből hazakerült Markusovszky — a ki ott Rokitansky, Hebra, Schuh,

* A budapesti kir. orvosegyesület 1902. évi október 14-iki LXV. nagygyűlésén tartott emlékbeszéd.

Semmelweis baráti körében élt — mint assistens, kettejük körül egy csoportban Kovács Sebestyén Endre, Arányi, Wagner János, Lumniczer Sándor, Bókai János, Sass István, Ozorenszky Károly, Péte Zsigmond, megannyian a talentum stigmájával felruházott, választékos megjelenésű, sympathikus ifjú alakok, a kik feszült figyelemmel kísérték a sajátságosan igézetes hanglegjtésű Balassa szavát. Balassa lelkesült hévvel fejtegette az orvosi tudomány nagy, új felfedezését, a pár hónappal előbb a Massachusetts-Hospital-ban Warren által sebészi műtéténél először használt aether-narcosist. Bámulatós hatásának bemutatására nem sokkal azután egy kőmetszés vitetett végbe, azzal a praecisióval, a mely Balassát az akkor élő európai műtevő sebészek legelsőjévé, vagy legalább a legelsők egyikévé tette, s azzal a tökéletes szabatoságú segédkezéssel, a melyet Markusovszky nyújtott.

Sajátságos, egymást kiegészítő két alak! Balassa nyulánk termete, a nyugati klasszikus formákra emlékeztető fej, selyemszálú, finom hajzattal borítva, szinte nőiesen finom, fehér arczbőre, elegáns mozgásai, szinte lebilincselő szelidségű és mégis éles tekintete; mellette Markusovszky vállas alakja, nyakára hulló dús hajzattal, széles homlokzatú feje, nyilt, határozott, szinte kihívó arcza, erőteljes tagjai, nagy méretű, élénk, de praecis mozgásaival. Mindkettő a tudomány, a nemes eszmék és törekvések geniusa által besugározva, mindkettő a compact, gyakorlati eszmék által sarkalt, initiáló elme, de az egyik az »odi profanum vulgus et caveo« jelmondat zománczával bevonva, a másik a tettek arenájára hivatott küzdőnek kifejezésével. És valóban, életök ennek megfelelően folyt le. Balassa minden surlódás és akadály nélkül hódította meg tanárait, főnökeit, a tanügyek intézőit, mint 28-dik életévében tanárrá kinevezett ifjú környezetét, betegeit és csakhamar egész Magyarországot a föld népétől a királyi családig; Markusovszky keresve és kísérletezve hivatási körét, előbb jogász, azután orvos, philosophiai és paedagogiai tanulmányokba mélyedő nevelő, végzete által különböző irányba terelve, minden téren a nehéz feladatokkal szembeállítva, azokat legyőzve, megszeretve és a küzdelmekben erősödve. És olyan volt Balassa életének vége, küzdelem és haldoklás nélkül röppent el közülünk aránylag fiatalon, neje azt hitte, hogy alszik, és megdermedő lélekkel érezte meg fagyos kezén, hogy meghalt. A Balassa ideális lényének egy olyan erély-vértezett munkatársra volt szüksége, mint Markusovszky s egy providentialis intézkedés volt, hogy ez a két férfiú egymást megtalálta, megértette és a lélek egész melegével szerette.

Az aether-kísérletek után kevés idővel léptem mint hallgató a sebészeti kóroda kapcsolatába. Ez az átmenet reám egy ma alig elképzelhető légkörváltozás jelentőségével birt; tanfolyamunk első három évében a tanítás fő alakjai voltak Csausz, Schordann és Tognio. Mindhárman komoly, tudománytisztelő és kivált Schordann, tudományért lelkesedő férfiú, Csausz előadása imponált komoly szabatossága által, Tognioé gyönyörű latinsága,

élénk előadása, a melylyel Hartmann Fülöp általános pathológiáját fejtegette és sarcastikus megjegyzései által, a melylyel az akkor Sauer és Balassa által képviselt újkori pathologiai tanokat gyakran kísérte. Schordann a tudomány és logika lelkesült hirdetőjeként szólott hozzánk cathedrai emelvénéről. Tartalomra nézve azonban mind ezen előadások szárazak voltak és demonstratív tartalmuk vajmi szegény! ismeretet, gondolkodást tagadhatlanul szegényesen ébresztettek. A IV. évben Sauer, Arányi és Balassával álltunk szemben. Sauer Skoda lelkesült tanítványa volt, mint Arányi a Rokitanskyé Balassa szorgalom és genius által képesített, az akkori sebészet magaslatán álló nagy sebész, a ki az akkor már megszilárdult kórboncztant és fejlődésben levő histológiát birta és értékesítette, e mellett általánosan képzett, nagy látkörű orvos. Míg első három évünkben csak kevés kecsgetett hallgató termünkbe a tantárgy, a IV. évben szemünk előtt csakhamar nimbus vette körül tanárainkat és orvosi hivatásunkat. Lankadatlan szorgalommal látogattuk az előadásokat és szinte mohósággal lestük a betegfelvételt. Első kórodai betegem egy üszkös alszárfelekélyben szenvedő volt, a délutáni vizit alatt ennek ágyánál álltam először szemben Markusovszkyval. Azontúl Markusovszky szívesen mutogatta meg a fekély fokozatos tisztulási és sarjadzási folyamata jeleit és ismert alaknak tekintett.

Tanulási buzgóságunkba azonban belevegyült egy eltérítő irányú elem is. A pesti egyetem fiatalságában kezdett egy addig ismeretlen szellemi mozgalom feltűnédezni, a mely Kossuth Lajos hirlapi cikkei és az általunk többször látogatott pestmegyei gyűléseken tartott elragadó beszédei, más oldalról Petőfi hazafias költeményei által élesztetett. Már 1846-ban Oroszhegyi Józsa elnöklété alatt alakultunk vagy huszan egy társulattá, a melyben költészeti, történelmi és politikai felolvasások tartattak. Louis Blanc, Lamartin, Ledru-Rollin, Michelet munkáit mohón tanulmányoztuk és fejtegettük. Az 1848 diki februári francia forradalomnak hozzánk elszivárgott híre kezdte háttérbe szorítani az orvosi tanulmányok vonzó erejét. Márczius 14-dike estéjén elterjedt volt a bécsi forradalom híre s az egyetemi fiatalság jobb elemeit már előkészítve találta márczius 15-dike.

Márczius 15-dikén épen Sauer előadása ért véget, midőn az újvilágutczai egyetemi épület szűk udvaráról szokatlan zaj hatott fel az épület második emeletére. A folyosóról letekintve, ott láttuk a Hatvani-utczáról nyíló ajtón belül egy széken állva *Petőfit*; mellette Jókai, Vasvári Pál, Bulyovszky Gyula, körülvéve 20—30 ifjú által; lesettünk a lépcsőn, az udvar csakhamar szorongásig megtelt és felhangzott a krétahalvány Petőfi ajkáról a »Talpra magyar«. A folyosó ablakában feltűnt Balassa és Markusovszky arcza is. Az utcán csoportban álltak a joghallgatók, kiknek körében előzőleg jelent volt meg Petőfi, az ifjak azután együtt vonultak a hozzájuk csatlakozott tömeggel a Hatvani-utczai Horváth-ház elé, a melyben elhelyezett nyomdából adták ki mint

első censura nélküli nyomtatványt, a »Nemzet követelményeinek« címzett 12 pontot, a melyeket az épület emeleti erkélyéről ismertetett Irányi Dániel és szórtak a hallgatók közé a körülötte állók.

Az egyetemi tanulmány rendszeressége ezen naptól megszűnt volt és nemsokára formszerűen is be lett szüntetve. Az egyetemi ifjúság szervezkedett, kebelében egy bizottság lett alakítva, melynek elnökeül lettem választva s midőn márczius 19-dikén egy küldöttség indított Pestről a pozsonyi országgyűléshez: a fiatalság képviselőjében Meixner Jánossal és Vasvári Pállal együtt küldöttünk fel a bizottsággal. Midőn márczius 19-dikén a küldöttség rendelkezésére bocsátott dunai gőzhajóra léptem: ott találtam Balassát, mint a küldöttség tagját. Ezen út és a Pozsonyban töltött két emlékezetes nap szolgáltatta az első alkalmat arra, hogy Balassával közelebbi érintkezésbe jussak.

Nemsokára megalakult a felelős magyar ministerim. Br. *Eötvös József*, mint közoktatásügyi minister a ministeriumban az orvosi tanításügy előadójául és az egyetemi orvosi kar igazgatójául Balassát nevezte ki, a ki az orvosi tanításnak a tanszabadság alapján való szervezését munkába vévén, a nézetek és teendők tisztázása végett májusban egy értekezletet hívott össze. Az értekezleten jelen volt Markusovszky és az egyetemi hallgatók képviselőjében én is; tanúja lehettem azon benyomásnak, a melyet Markusovszky a tanszabadságra vonatkozó, mély tanulmányt és átgondoltságot eláruló megjegyzései mindenkire tettek. De legnagyobb figyelmet keltett felszólalása azon alkalomból, hogy indítványba hozott az orvosi történelem rendszeres tanításának eltörlése. Stockinger, a ki a theoretikus sebészet és műszertan mellett ezen szakmának is tanára volt, érzékenyülten és nyomott hangon védte szaktanításának ügyét, az értekezlet tagjaira azonban szavai kevés hatást gyakoroltak, s midőn ügyét már csaknem elveszettnek lehetett tekinteni, felállt Markusovszky. Felszólalása elején kifejezte, hogy azok előtt, kik a historia medicat kimerítve tartják lenni az események chronológiájában, a történelem tanítása méltán szükségtelennek látszhatik. Azután elkezdte kifejteni, hogy viszont milyen szellemserkentő és nevelő hatása van a fiatal elmékre annak, ha bevezettetnek annak ismeretébe, hogy miként keletkeztek az észleletek, eszmék, hogy jönnek létre a felfogások és tanok, hogy küzdtek egymással, hogy tisztultak, milyen befolyást gyakorolnak a tudományok fejlődésére az egyes emberek és közviszonyok, az egyes tudományszakokra a többi tudományos szakok fejlődési foka, s midőn Markusovszky felszólalását bevégezte, egy perczre mély csend következett, a melyet Balassa szakított meg azon kijelentéssel, hogy azt hiszi, ezen kifejtések után senki sem fog kételkedni a historia medica fontosságáról és tanításának jogosultságáról. Talán nem tévedek, ha azt hiszem, hogy Markusovszky jelentőségének a szélesebb körök előtti elismerése ezen fellépése által lett bevezetve.

Actualis hatása azonban ezen tanácskozásoknak nem volt. Parendornál megdördültek az ágyuk, a tantermek bezáródtak, az ország ifjúsága a csataterekre vonult.

A Balassa és Markusovszkyval való érintkezésből származhatott, hogy midőn az egyetem sebészeti és szemészeti klinikája Balassa főnöksége és Markusovszky vezetése alatt sebészi honvédkórházzá lett berendezve, én be lettem rendelve a muraközi hadseregtől Markusovszky mellé alorvosul s így érintkezésem vele ismét gyarapodást nyert. Ez tartott január 1-éig, midőn Windischgraetz közeledtével Pestet elhagyta, az egyetemi honvédkórház feloszlott, Markusovszky pedig az ácsi csata után a súlyosan sebesült *Görgei* gondozása végett táborba szállt.

II.

A szabadságharcz epepeája 1849-ben Világosnál véget ért. A magyar hadsereg kezéből a fegyver kiesett. Az egész széttagolt országban a reactio közegei jutottak uralomra. A csaták és politikai élet hősei hazátlanokká vagy martyrokká lettek. A hadjárat alatt elnémult iskolák ajtain is csak halk, bizonytalan lépésekkel vonultak be az új viszonyokban járatlan tanítók, tanárok és növendékek s az egyetemen aggályos bizalmatlansággal indult meg a tanítás, senki sem tudta, mit hoz a holnapi nap!

Balassa is megjelent ismét tantermében — de Markusovszky nélkül; ő, mint a Görgei hadseregében és személye körül működött orvos, valamint Sass István, a ki honvédorvos volt, tanársegédi állásuktól meg lettek fosztva és néhány hét lefolyása után Balassa is, egy, a Kossuth Lajos felkutatott iratai közt talált hazafias hangú levele miatt el lett mozdítva tanszékétől és az Újépületbe bebörtönözve.

A pesti egyetem orvosnövendékeinek évkönyveiben méltányló hely illeti meg azt a tettet, hogy akkor, mikor a kar dekánja: Tognio maga elé idézte azokat, a kik alacsony, úgynevezett magyar kalapot hordtak, vagy nevüket magyarosították volt és úton-útfélen úgy nyilatkozott, hogy Balassát egy sebészeti »virtuoz«-nak tartja, kire az egyetemnek semmi szüksége sincsen, a mikor a pesti rendőrfőnök: a hirhedt Prottmann előtt az egész város remegett és 3—4 embernek összejövetele már a rendőrség közbelépését vonta maga után, akkor a klinikának Balassáért lelkesülő hallgatói elég bátorsággal birtak maguk közül egy küldöttséget választani, a mely megjelent Prottmann előtt és kérte Balassa visszahelyeztetését tanszékébe. Prottmann, a kit csak kegyetlen intézkedéseiről ismert a világ, a küldöttségnek általam kifejezett kérését meghallgatván, megilletődéssel felelte, hogy óhajtásának is megfelelne, ha kivánságunk teljesülne. Balassa befolyásos tisztelői ugyanezen irányban tettek lépéseket és két havi fogság és ezt követő zaklató tárgyalások után Balassa tényleg vissza lett helyezve tanszékébe.

Az országban ez időben néma csend és tétlen megadás uralkodott minden téren, úgy a tudomány terén is; nem létezett tudományos társulás, sem tudományos

irodalom, a külföld ez időbeni epochalis, élénk orvosi tudományos életéről a »Prager Vierteljahrschrift«, a Hebra bécsi folyóirata és egy pár francia lapból vettek tudomást azok a kevesek, a kik egyáltalában a tudományos élettel érintkezésben álltak. Az itthon itt-ott feltűnedező tudományos törekvések már jóformán sarkokban elfonnyadtak, hiányában a szellemi érintkezésnek és támogatásnak, hiányában a véleményalakulás és eszmék körüli csoportosulás lehetőségének.

A fogságból kiszabadult Balassa igyekezett régibb barátait és elvtársait ismét maga köré gyűjteni. Markusovszky magán segéde lett, s azok, a kik az egykori aethernarcosis-kísérletnél jelen voltak, nagyobbrészt megszoktak volt jelenni lakásán, vasárnaponkénti szegényordinációja befejezésének idején. Itt azután egy-egy szivar mellett, mely épen olyan finom volt, mint minden, a mi ezen aesthetikailag is kimagasló egyéniséget környezte, meg lett beszélve mult és jövő, orvosi és társadalmi élmények, remények és a sokkal bővebb csalódások. A társaság tagjai többszörösen változtak, voltak, a kiket a viszonyok kényszerítettek a fővárost elhagyni; viszont gyarapodott a társaság értékes új tagokkal, ezek egyike volt a Bécsből leköltözött halhatatlan *Semmelweis*, egy másik a Párisból hazatelepedett kimagasló szellemű *Hirschler Ignác*.

Pest még kis város volt, az ország közlekedési viszonyai kezdetlegesek. A fővárost egy vasútvonal kötötte össze Béccsel, egy másik Szolnokkal, hajózás csak a Dunán és a Tisza kisebb részén állott fenn, az idegenforgalom csekély volt s ennek megfelelt az orvosok elfoglaltsága. Az ország jelentőséggel bíró minden iránya orvosi gyakorlatának legnagyobb része a Balassa kezében összpontosult, ezen óriási gyakorlat mellett is voltak neki napjai, melyeket pihenésre és üdülésre fordíthatott. A vasárnapi összejövetelek mellett még egy más társasági alakulás jött létre. A hadsereg feloszlása után Markusovszky haza hozta hűséges sárga paripáját, a melyen Görgei oldala mellett szokott volt lovagolni, nem egyszer ágyuk dörgése közt, egészen Világosig. Nemsokára Lumniczer szegődött hozzá lovagló társnak. Mindkettőjüknek elég idejük volt reá. Lumniczer egy hozzám írt levélben keserű humorral írta: »Párisból Luertől hozott műszereim közül egyedül azon késnek veszem hasznát, a melylyel tyúkszememet vágom.« Balassa is kedvet kapott lovagolni, példáját követték Kovács Endre és Halász Géza, és ez volt szándéka *Semmelweis*nek is, szándékának azonban a sors nem kedvezett, lovardái gyakorlatainak egyikén a ló levetette és jobb karja eltört. Balassának két paripája lévén, az ő szíveségéből néha a paripátlanok s köztük én is, résztvehettünk a társaságban, a mely utóbb a »*faculté de médecine à cheval*« elnevezést nyerte.

A rendőrök gyanus szemmel kísérték ezen rendszeres találkozásokat. Ekkor azonban már védelemre tett szert a társaság. Prottmann neje súlyos beteg lett s hozzá Balassa lett meghíva. Személyének varázsa

Prottmannra sem tévesztette el hatását s ezt annyira felmelegítette, hogy mint Balassa egyszer mosolyogva elbeszélte, őt »collegájának« fogadta azon czímen, hogy »*Sie, Herr Professor entfernen das Schädliche aus dem Körper des Menschen und ich aus dem Körper des Staates*«. Ezen, Balassának nem épen inye szerinti összehasonlítás révén Prottmann megadta a Balassa-társaságnak a *salvus conductus*t. Az akkor létező viszonyok közt szinte a tespedéstől mentő hatása volt ezen kis társulásnak, a mely rokontörekvésű, tudománykedvelő, a mellett egyenes jellemű és egymás iránt sympathiával is telt férfiakból állott. Ezen tulajdonságokban feküdt a kapocs, a mely tagjait egymáshoz fűzte, azok, a kiknek gondolatiránya vagy izlése másnemű volt, lassankint kiváltak, viszont csatlakoztak hozzá mások, mint Than Károly, Jendrassik Jenő, Orzovenszky.

A viszonyok további alakulása közben újra érvényesülni kezdett az a befolyás is, a melylyel Balassa Bécsben régibb összeköttetéseinél fogva az ottani tanárok nál birt, s ezt fölhasználni kívánta arra, hogy Markusovszky pályája ismét bevezetessék azon mederbe, a melyből a forradalom eseményei kikökkentették. Minden oldali megfontolás után meg lett állapítva köztük, hogy Markusovszky a sebészeti propedeutica docenturájára habilitáltassa magát. Balassát ebben nem csak személyes barátsága vezette, hanem főképen Markusovszky kiváló talentumának és sebészeti képzettségének méltánylása, a melyet már tanársegédi állásában tanusított s a melyre nézve Balassával egy értelemben voltak: Markusovszky volt főnöke: Wattmann, valamint Rokitansky, Skoda, Hebra, Sigmund, a kikkel szintén szorosabb személyes viszony kötötte össze. Hogy Balassa mily melegséggel igyekezett Markusovszky docenturáját keresztülvinni s az ellene feltornyosuló akadályokat elhárítani, azt mutatják levelei, melyeket Markusovszky hátrahagyott iratai között találtam. Az egyikben Bécsből 1851. szeptember hó 21-dikéről keltezve ezt írja Balassa: »Folyamodásod pakettjét tegnap vettem. Ügyedben, mint magaméban fogok eljárni. Az öreg Wattmann épen most volt nálam, ígérte, hogy ügyedet Wellnél ajánlani fogja.« A másikban Bruck a/d. Muhr-ból, 1852. évi szeptember hó 15-dikéről keltezve ezt írja: »Voltam Bécsben az egyetemi ügyek referense Wellnél. Well, miután ellenvetéseit megczáfoltam, czélszerűnek tartja az eszmét. Felőled így nyilatkozott: »*Er gefällt mir recht gut*.« A docenturára nézve pedig aként utasított, hogy a szak tárgyból készíts egy értekezést, a mely, ha nem »originell«, kimutassa, vajjon mi módon tudod a mások művéből származott anyagot egybeállítani; továbbá előadást kell tartanod, a miből kitűnjék az előadás modora »und was er für ein Organ hat«. Minderről azután véleményt ad a facultás. Készíts egy értekezést a sebészi boncztan czéljáról, feladatáról. A vasat verni kell. Türelem, kitartás!«

A docentura habilitálásához kötött követelmények tehát nem lettek volna valami nagyon súlyosak még

akkor sem, ha valamivel magasabb színvonalon álltak volna. Egy körülményt azonban számításon kívül hagyott Balassa. Pedig az idők akkori folyása szerint az egy áthághatatlan akadálnak bizonyult, t. i. azt, hogy Markusovszky protestáns volt. Az ez ellen való küzdelembe belefáradtak mind a ketten s Markusovszky nehéz szívvel bár, lemondott a docentura tervéről és ezzel együtt, megszerzett jeles sebészeti képzettségének szakszerű értékesítéséről. A tág orvosi gyakorlat terén azonban mind kiterjedtebb elismerésre tett szert s nem hosszú idő múlva a főváros legbecsültebb orvosai sorába emelkedett. Megfelelően magas értelmi fejlettsége, roppant olvasottsága, kiváló modora, puritán, egyenes jellemének, gyakorlatának köre is az intellectualis tekintetben kimagasló emberek körében fejlődött ki. Helyzete ez által állandósított alakot nyert, nem forgácsolta többé erejét s idejét nem realizálható törekvésekre, hanem férfias elhatározottsággal fogadva az adott viszonyokat, további élettervét ezen alapra fektette.

* * *

Balassát, valamint körének tagjait megszakítás nélkül foglalkoztatta tudományos és közviszonyaink szerfölötti elmaradottságának nyomasztó érzése és a helyzet javítása fölötti eszmecsere; de a kibontakozásnak a meglévő viszonyok között alkalmas útját, s eszközlésére vonatkozólag tisztázott tervet megállapítani nem bírtak.

Markusovszky iratai között ezekre vonatkozólag egy sora a leveleknek és tervezeteknek található, a melyek azonban egyes részükben, vagy egészükben a gyakorlati kivihetőség hiányában szenvedtek. Hiányzottak a szakemberek, hiányzott valamely, a fejlődésre alkalmas tér, az érintkezés, egy szóval minden, a mi egy sikert ígérő társadalmi, vagy tudományos actióra szükséges.

Ezen eszközök keresése közben merült fel egy magyar orvosi lap megindításának eszméje s az eszme egyszer megszületve, abban minden érdekelt egyetértett, hogy annak vezetésére senki sem lehet úgy hivatva, mint Markusovszky. Így keletkezett az Orvosi Hetilap.

Keletkezése, első alakulása és fejlődésének útja sokkal ismertebb e körben, semhogy ennek vázolásába bocsátkoznom indokolva volna. A lapnak Markusovszky kezében elért jelentőségét nem lehet plastikusabban feltüntetni, mint a hogy azt tisztelt barátom Hőgyes Endre akadémiai emlékbeszédében tette.

»Markusovszky — mondja Hőgyes — 1857 közepe-től (a lap júliusban indult meg) 1888 ig, tehát 32 és fél éven keresztül állott az Orvosi Hetilap élén. E lap hasábjain találjuk meg az ő közéleti működésének és azzal együtt a hazai orvosi és közegészségügyek három évtizedre terjedő fejlődésének naplóját. Az első évfolyamokból mindjárt látjuk, mint csoportosítja maga körül a buzgó szerkesztő orvosi rendünknek legkiválóbb és legmunkaképesebb tagjait: Balassát, Lumniczert, Semmelweist, Hirschlert, Korányit, stb.) látjuk, mint lel-

kesíti évről évre az egyetemi év megnyitása alkalmával szorgalomra, önálló tudományos gondolkodásra és az öntevékenységre, helyes irányú tanításra az ifjú és az egymásután következő generációkat. Látjuk, mint hinti el az ő elmefuttatásaiban és vezércikkeiben a helyes felfogás magvait a modern orvos hivatásáról, feladatáról, az egyetemi tanításról és tanulásról, mint fejtegeti az egyetemi oktatáshoz szükséges intézkedések lényegét, orvosi és természettudományi karainak fennálló szükségleteit, mint veti meg alapját a hazai közegészségügy érdekében később megindult mozgalomnak. Nincs oly kiválóbb orvosi és felsőbb közoktatási alkotás, a mi az elmúlt három évtized alatt nálunk történt, melynek csiráit fel ne találjuk az Orvosi Hetilapnak már legelső évfolyamaiban; a különböző évfolyamokat áttekintve, látjuk, mint van elvetve valamely eszmének a magva, mint kel az ki és fejlődik lassankint és mint testesül kulturális alkotássá Markusovszkynál és munkatársainak és ügybarátainak kezében.«

»Valóban az Orvosi Hetilap által azon időben kifejtett tudományos és publicistai mozgalom szilárd alapul szolgált azon nagyszabású reformoknak, melyek egy-két évtizeddel később lendületbe jöttek és még befejezésükre, vagy legalább folytatásukra várnak mai nap is.«

»Minden valamire való eszme a hazai orvosi ügyek e reform-korszakában vagy Markusovszkytól magától keletkezett, vagy legalább átszűrődött az ő agyán keresztül.«

Az Orvosi Hetilapnak eszme- és munka-serkentő hatása minden téren észrevehető volt. Az irodalom terein megnyilatkozott az más orvosi lapok keletkezésében és íróik számának előhaladó gyarapodásában; egyre élénkebben kezdte az orvosokat foglalkoztatni az egyetemnek, a kórházaknak, a közegészségügy és a fürdőügy állása; Európa politikai viszonyainak alakulása folytán az egész országban fellendült a bizalom hazánk sorsának javulása iránt, mindinkább közeledni láttuk az időt, a melyben az orvosi tudomány terén életet szervezni kell s a helyes irányzat meghatározására szükségét éreztük annak, hogy közvetlen szemlélet útján ismerkedjünk meg hazai viszonyainkkal és a külföldi iskolák állásával.

Ebből a meggyőződésből indult ki a levélváltások egy sora köztem és Markusovszky meg Hirschler közt, a melynek folyamán megérlelődött a terv, hogy egy tanulmányutat tegyünk Európa nevezetesebb egyetemi városaiba. Ezen tervünket ki is vittük daczára Markusovszky azon időbeni ingadozó egészségének s e célból beutaztuk Bécsset, Prágát, Német-, Franciaországot és Angliát. Ezen utazás alatt szerzett tapasztalásaink közölve lettek az Orvosi Hetilap 1858 és 59-diki évfolyamaiban. Londoni tervezgetésünk egyike folytán jött létre az első pályadíj is, a mely az Orvosi Hetilapban megjelenendett legjobb munkára kitűzve lett, s a melyből utóbb a Balassa-díj és az Orvosi Hetilap-díj kifejlődött.

A tudományos világ ez ennek zászlóvivő személyével való megismerkedés után haza térve és saját elmaradottságunkat szemlélve, szinte sajgó érzés hatása

alá jutottunk. Markusovszky fokozott hévvel foglalkozott a hazai tudományos szükségletekkel és kielégítésük eszközeinek kifejtésével lapjában, és állandó levelezésben állott itthoni törekvő és rokonirányú kartársainkkal a vidéken is.

Ugyanezen eszmemenetből és Balassa régibb utazásának egy levelébeni lelkesült leírása által serkentve határoztuk el azt is, hogy 1859-ben az ország felvidékének jelentékenyebb városait és nevezetesebb fürdőit meglátogassuk. 1859. július elején indultunk útnak: Markusovszky, Hirschler Ignác, a gégetükrészetnek akkor dicsfényével körülvevett egyik megalapítója, Czermák tanár és én. Vasuton csak Miskolczig lehetett utazni, onnan két kocsival utaztunk Kassára és Eperjesre. Markusovszky, úgy mint előbbi utunkban, az utazás alatt is állandó kocsis- és hálószeres társam volt, így alkalmam nyílt életszokásait részleteiben megismerni; egyszerűség, czélszerűség volt általános jelleme, mindnyájunk között neki volt legkisebb úti podgyásza, de abban semmi sem hiányzott, a mi egy ilyen útra szükséges és bámulatos térkihasználással csomagolva, minden a leggyakorlatibb alakban és minőségben. Edzettségénél fogva ő sohasem fázott, sem melege nem volt. Az út tervét és irányát Markusovszky állapította meg, az utazás naponkénti tendét és beosztását, oeconomicus részét, néha még az úti ruházatot is: könnyű legyen-e vagy meleg, Hirschler kormányozta, olyan ellenmondást nem tűrő, orosz zamatú, absolutistikus szigorral, a mely neki Czermák részéről és közös helyeslésünkkel az »Absolutzki Korutzki« tréfás elnevezést szerezte meg.

Eperjest elhagyva, kocsinkat előre küldve Sáros-megye gyönyörű vidékein és kitűnő útain gyalog mentünk. Így gyalogolva érkeztünk Sirókáról egy mélyen vágott kigyózó úton este felé a *Branyczkó* gerinczére. A látvány, a mely előttünk megnyílt, elragadó hatású volt. A gerincz alatt meredeken nyúlt a mélységbe a gyéren fiatal fákkal borított hegyoldal, a melyen 1849. év február 5-én Görgei hadtestének három fiatal honvédszászlóalja, a rettenthetetlen Guyon Richard tábornok által személyesen vezetve, és követve a golyók zápora közt egy magasán tartott feszülettel elől haladó piaristát: Erdőssy Lászlót, a hóval fedett sikamlós területen alulról felfelé törve, halálmegvetéssel küzdött reggeli kilencz órától estig minden lépésnyi földért a Deym osztrák tábornok jóval erősebb seregének felülről lefelé irányzott öldöklő tüze ellen, mígnem este felé a diadalmas nemzeti zászlót kitzúzhatta azon serpentinnek legmagasabb pontján, a melyen mi felmentünk. A Branyczkó alatt terült el a Szepesség keskeny síkfölde, a melynek tulsó határán legalsóbb alapjuktól csúcsaikig állottak előttünk a Kárpát lánczolatnak égbe meredő bércei. Szótlanul állottunk jó ideig, leghosszabban szótlanul Markusovszky. Az ő szemei előtt nemcsak a bércek, nemcsak a történelmi emlékek merültek fel, azon bércek tulsó oldalán látta lelki szemei előtt feltűnni születési helyét: Csorbát, a hol növekedett és a mély

szellemű protestáns lelkész, rajongva szeretett édes atyja ajkáról szívta először magába a vallásnak, a tiszta jellem, a tudománynak és hazájának szeretetét.

Lassú lépésekkel haladtunk le Korotnok felé és más napon Tátrafüredre értünk. Az ott töltött két hét bőséges alkalmat nyújtott bejárni a Tátra természeti szépségeit s elmélkedni viszonyaink fölött, s azután Szepes-, Liptó-, Túróc- és Gömörmegye fürdőit meglátogatva, utazásunk utolsó részét Szucsánytól Illaváig a Garam és Vágh folyón tutajon téve meg két napon, még meglátogattuk Trencsén, Pöstyén, Szliács, Vihnye és egy pár kisebb fürdőt.

A következő években Markusovszky még számos alkalommal tett tanulmányutakat külföldön és különösen 1862-ben ismét meglátogatta Angliát, a hol közel négy hónapig behatóan foglalkozott a közegészségügyi viszonyokkal s kormányzattal és ezen utazásból hozta haza az Orvosi könyvkiadó-társulat létrehozásának eszméjét is, a melynek a New Sydenham Society mintája szerinti létesítéséhez haladék nélkül hozzáfogott.

Az Orvosi Hetilap több cikkében szemlét tartott a magyar orvosi irodalom elmaradottsága, ennek káros befolyása felett az orvosi tanításra és az orvosok tudományos színvonalára. Az orvosi magyar könyvek hiánya annyival érezhetőbb volt, mert az előbb divott erőltetett germanisatio visszahatása gyanánt a fiatal nemzedék körében a német nyelv ismerete mind hiányosabb lett. Markusovszky a társulat feladatát egy 1864. márczius 4-diki cikkében következőkbe foglalja össze: »A társulat első feladata kétségkívül oly munkákat állítani ki, melyekre leginkább s közöttünk a legnagyobb résznek szüksége van; a második feladat: megnyitni a magyar orvosi közönség számára a művelt népek orvosi búvárlatának forrásait s erejéhez képest a bármily nyelven megjelent munkákkal gazdagítani orvosi irodalmunkat; a harmadik, ezekkel párhuzamosan járó feladat végre, oly eredeti, hazai művek megjelenését elősegíteni, melyek a tudomány színvonalán állanak s a társulat tagjai kívánalmainak megfelelnek. A harmadik azon szép szereppel ruházza fel társulatunkat, hogy szűk időkben s mostoha irodalmi körülmények közt segédkezet nyújthat a hazai búvárlatnak. Az egyik munka ki fogja egészíteni a másikat s társulatunk könyvtára idővel a művelt világ orvosi irodalmi remekműveinek nagy részét fogja tartalmazhatni eredeti munkákon kívül.«

Egy év lefolyása után a társulat megalakult s a hangulatot, melyet az orvosok közt megalakulása keltett, legjobban kifejezi azon elnöki megnyitó beszéd, a melyet a társulat első elnöke: Balassa 1864. február 20-dikán tartott. Ez a beszéd ma is megérdemelné, hogy szóról szóra felhangozzék a magyar orvosi világban; hazaszeretet, az orvosi hivatás magasztosságának hitvallása, a magyar kultúra orvosi tudomány fejlődési feltételeinek hiánya feletti őszinte fájdalom; a magyar orvosok sanyarú és a tudománnyal való lépéstartást akadályozó helyzete, az önálló tevékenység általi kiemelkedésnek

szüksége és az erre való egyesülésre való riadószerű felhívás lángoló szavakban hangzik fel benne. A könyvkiadó társulatról így szól: »Orvosrendünknek oly nagy hazai czél körüli csoportosulása magasztos látvány«. Angolország nyelve két nagy és hatalmas nemzetnek nyelve és mégis hasznosnak és szükségesnek látszott egy olyan orvosi egyesület alakítása, mely részint az eredeti angol irodalmi működést támogassa, részint az idegen orvosi szellemi munkának becsesebb termékeit átplántálni segítse és így az angol orvosi közönség az egész művelt világ orvosi szaktudományának gyors haladását követhesse.

»Mennyivel indokoltabb ezt nekünk tennünk, kik kevesen vagyunk, az európai népcsoportok között elszigetelten állunk, hogy gyenge szakirodalmunk lábra kaphasson. A tény, a Magyar orvosi könyvkiadó-társulatnak gyors megalakulása, világosan mutatja, mennyire éreztük mindnyájan annak szükségét, hogy hazai orvosi irodalmunk elevenebb lendületnek induljon.«

Balassa azután átmegy az örvendetes változásokra, a melyek az egyetemen létrejöttek a magyar tanítási nyelv általános jogosultságának elismerése által, a magyar orvosi szaklapok szaporodása és fiatal tudósok generációjának fejlődése által felemlíti Bene, Csasz és Schordann tudomány-ösztönző nagy hagyatékait és beszédét így végzi: »lehet-e a hazai tudományosság felkelő napjának fényesebb jelét felmutatnunk, mint a milyen a »Könyvkiadó-társulat« alakulásában nyilvánul, a hol az adott jelszóra öregek és fiatalok, erősek és gyengék tettkeszen felkeltünk. Olyan ügy, melynek ilyen apostolai vannak, olyan haza, mely ilyen fiakkal dicsekszik, meggyőződésem szerint, felvirágzásnak megy elébe.«

* * *

Balassa jóslata tényleg valósulásként indult. Az 1863-diki óriási szárazság által okozott alföldi inség alkalmat szolgáltatott arra, hogy néhány politikai kiváltságunk érintkezésbe jöjjön az Uralkodóval. Br. Eötvös József azon benyomással jött haza Bécsből, hogy az Uralkodó közvetlen közelében Magyarországra kedvező áramlat indult meg, Erzsébet királynéban a közvélemény sejteni kezdte ezen áramlat ápoló védjét; az alkotmányellenes kísérletek egymásután kudarcot vallottak és végre Sadvánál a fegyver alkotmányunk ellenségeinek kezéből esett ki, *Deák Ferencz, Eötvös József és Andrássy Gyula* tüntek fel a színtéren.

III.

1867-ben az Andrássy-ministerium megalakultával Magyarország önkormányzati jogának tényleges birtokába lépett. *Báró Eötvös József* közoktatásügyi miniszter lett s ezzel Markusovszky életpályája, értékessége próbakövének állomásához ért. Az Orvosi Hetilap megindulása idejétől tanulmányokat és terveket hirdetett, okta-

tott és ösztönzött. Most báró Eötvös a tettek terére szólította s felhívta a közoktatási miniszteriumba, mint az egyetemi ügyek előadója belépni.

Az állásnak, a melyre meghivatott, külső attribútuma nem volt fényes, sem kecsegtető. Az 50-ik életévét meghaladott Markusovszky, a ki elismerten az ország intellektuális kitünőségei és a főváros legjelesebb orvosai közé tartozott, teljesen független állással is rendelkezett, a kit személyes baráti viszony kötött össze br. Eötvös Józseffel, Treforttal, Horvát Boldizsárral, Wenckheim Bélával és a közélet más legjelesebb férfiai-val, a hivatalos hierarchia igen alacsony fokán mint titkár lépett be a miniszteriumba. Egész jellemiránya szerint azonban előtte az volt a kérdés sarkpontja, mit lehet a neki felajánlott téren tenni a maga elé tűzött életfeladat: a hazai kultúra előmozdításának érdekében. És e tekintetben az állás háladatosnak ígérkezett; báró Eötvös bizalmát már régen és korlátlanul birta, Balassának támogatásáról biztosítva érezte magát s a miniszterhez való viszonyát nem a rangfokozat, hanem a kölcsönös becsülés és bizalom határozta meg a hivatalos érintkezésben is. Ily körülmények között most meg kellett várni, mennyi értékkel bír alkotási képessége a tettek mezején?

Eötvös ministerségének első idejében a közoktatás terén nagy és különböző természetű nehézségekkel kellett küzdenie. Ezeknek egy példáját szolgáltatja az egyetem törvényes szervezésének kérdése. Az 1848:XIX. törvénycikk ugyan kimondta az oktatás és tanítás szabadságának elvét, de az elvek alkalmazásának módja a közoktatásügyi miniszternek egy jövő országgyűlésen hagyatott meg előterjeszteni, s a viszonyok megváltozása folytán két évtizedre letűnt a napirendről.

Az új alkotmányos aera ezen idejében pedig a tanítás és kivált a főiskolai tanítás feladatai és módszerei tárgyában a fogalmak még a törvényhozói körökben is meglehetősen tisztázatlanok és sok tekintetben ellentétesek voltak. Br. Eötvös ezért szükségesnek látta, hogy az egyetem szervezésének alapelveit, különösen a tanszabadság biztosítása tekintetében törvénybe igathassa.

Markusovszky hátrahagyott iratai között megtalálható nyoma annak a sokoldalú, a különböző nyugati államok felsőbb oktatására kiterjedő beható tanulmányozásnak, a melylyel ő Eötvös erre vonatkozó megbízásában eljárva, a törvényjavaslatot előkészítette. Érintkezésbe lépett a külföld legjelesebb egyetemi férfiival, fogalmazványaiában fáradhatatlannak mutatja magát a vezető eszmék tisztázott megállapításában és a félremagyarázást kizáró stílusos kifejezés keresésében. Egyes pontoknak három-négy átdolgozására lehet akadni, míg egy egészen tiszta fogalmazvány alakjában megállapodott.

Eötvös szándéka ellen több oldalról fel lett hozva az, hogy az egyetemek szervezetét országos törvényben meghatározni nem volt szokás. Eötvös azonban az 1870-iki országgyűlés elé terjesztett egyetemi törvény-

javaslatának indokolásában egyenesen kimondta, hogy »ezen ténynek tudatában részemről már azért is szükségesnek láttam az új szervezetnek legalább alapvonalait törvényjavaslatban terjeszteni elő, mert óhajtom, hogy a tanszabadság és annak minden következményeiben való szigorú alkalmazása törvénnyel biztosítsék«, és egy másik pontban, hogy: »a tanárok tudományos működésükért és annak irányáért soha semmiféle veszélynek kitéve ne legyenek«. Ha ezen szavakból a sorok között ki lehet olvasni, hogy milyen irányban látszott szükségesnek védelemről gondoskodni, egy másik része a törvényjavaslatnak az egyetem felekezeti jellegére vonatkozó bonyodalomra mutat. El lehet képzelni, milyen természetű áramlatok lehettek azok, a melyeknek hatása alatt a törvényjavaslat a különböző rectorátokban oda alakított, hogy a róm. kath. theologiai fakultáson kívül még egy gör. kath. és egy protestáns fakultás felállítását is tervezze az egyetemen. Ezen törvényjavaslat ellenében az egyetem philosophiai fakultása nyújtott be egy emlékiratot, a melyben reá utalt arra, hogy ilyen alaptól kiindulva, a vallásegyletlőség még egy zsidó theologiai fakultás felállítását is követelné, és reá utalt arra is, hogy mennyire megzavartatnék az egyensúly az egyetem vezetésében a theologiai tanároknak egy létrejövendett aránytalan nagy száma által. Szóba jött még az is, hogy egy polytechnikai fakultás csatoltassék a tudomány-egyetemhez. Hasonló zavaros fogalmak más közoktatási kérdések körül is felmerültek, s csak lassankint sikerült a közvélemény és törvényhozás terén tömöríteni az átgondolt elemeket és megállapítani azon rendszabályokat, a melyek az Egyetem egészséges fejlődésének alapját megadták és hozzá lehetett fogni azon égetővé vált feladat tervszerű és következetes megoldásához, hogy egyetemünk az előhaladott nyugati kultúra modern követelményeinek megfelelőleg átalakítsassék.

Már 1867-ben felhangzott Markusovszky ébresztő serkentő szava. Egy, az »Orvosi Hetilap«-ban február 27-dikén megindult cikksorozatban így szól:

»A legközelebbi múlt napok egy nagy eseményt jegyeztek fel nemzetünk történelmének évkönyveibe, a miért hazánk népei századokon át küzdöttek és szenvedtek: az önhatóság és önkormányzat helyre lőn állítva. Az ország visszanyerte ősi jogait, a nemzet ismét urává lett életének és hozzáfoghat annak rendezéséhez.«

A cikk folyamán azután kifejti az egyetemi, különösen az orvosi tanítás, másrészt a közegészségügy fontosságát és szükségleteit és ezek teljesítésének útját. Ezek megállapítására bizottmányok kiküldését ajánlotta a közélet jelentékeny férfiakból.

Eötvös alatt tényleg megindult ezen kétoldalú munkásság. 1867. október 9-dikén az orvostanári kar fel lett híva egy új tanítási és szigorlati rend tervét elkészíteni, valamint a szükséges intézetek és eszközökre nézve felterjesztést tenni. Megindultak az erre vonatkozó tanácskozások az egyetemi karok, valamint a képviselő-

házi bizottságok körében. Az ezekhez kötött vérmes remények teljesülésének azonban nem kedvezett az áramlat. Létrejött ugyan a Than Károly mintaszerű vegytani intézete, de a politikai kérdések küzdelmei, a pénzügyi nehézségek s végül azon mélyen sujtó veszteség, melyet a végzet hazánkra mért, midőn a magasztos szellemű báró Eötvös Józsefet hosszas betegség után életkora javában elragadta közülünk, mindezek kelleltetőleg hatottak a haladási eszmék rendszeres keresztülvitelére és a Pauler-ára sem vitte azt lényegében előre.

Néhány évi lankadás után jutott a közoktatási tárca a nagy látkörű, a természettudományok jelentőségétől áthatott, energikus és az utak megválasztásában gyakorlati *Trefort Ágoston* kezébe, a kinél Markusovszky befolyása ismét teljes érvényre jutott. Újra fel lett véve a tanácskozások fonala. Ki lett küldve egy parlamenti bizottság, mely Csengery Antal elnöksége alatt személyes szemlét tartott az orvosi kar intézetei felett és meggyőződött azoknak tarthatatlan állapotáról; a tanári testületek megkezdték Pesten és Kolozsvárott a reformokra vonatkozó értekezleteket, felterjesztéseket, ezeket a megfelelő hivatalos támogatással és alakkal ellátta Markusovszky. 1872. év április havában Trefort saját elnöksége alatt hívott össze egy értekezletet, a melyen részt vettek: Rupp, Wagner, Kovács József, Tormay, Hollán és magam is. A tanácskozás tárgyát képezték a tanintézetek, a szükséges kórodáknak és egy országos kórháznak felállítása. Ezen mélyreható előkészületek után sikerült Trefort meggyőző érveléseinek, a melyeket nagy befolyásával támogatott *Tisza Kálmán* is, a szükséges hiteleket a törvényhozástól kieszközölni és így létrejöttek azok a rohamos, szinte bámulatot gerjesztő átalakulások, melyeket teljes joggal szoktak felüntetni azon symbolikus két képben, a melyek egyikében fel van mutatva a rozzant kinézésű kétemeletes ház a Hatvani- és Újvilág-utcza sarkán, a melyben a physiologia és sebészet kivételével az összes orvostani intézetek el voltak helyezve, mikor Eötvös a ministeriumot átvette: a másikon pedig azon nagy csoportja a modern berendezésű tanintézetek díszes épületeinek, a melyekben az újkori igényeknek megfelelően folyt az orvosi és természettudományi tanítás és tudományművelés Trefort ministersége végén.

Ezek az építkezések olyan impozáns jeleivé váltak a tudomány-egyetem fejlődésének, hogy nem csoda, ha a szemlélők nagy részének gondolata ezeken akadt meg. Ennél azonban sokkal nagyobb horderejű és sokkal nehezebben elérhető is volt a modern irányú átalakulás azon része, a mely az egyetem és legkiválóbban az orvosi tanítás tudományos szellemének terén létrejött és ebben nyilatkozik legfényesebben Markusovszky kimagasló hatása. A bécsi körök előtt, a hol a tanszékek betöltésének ügye végeldöntés alá jutott, a pesti egyetem jóformán egy »quantité negligable« volt. A pesti tanári testületek pedig, eltekintve a szakemberek gyér voltától,

a kik közül választani lehetett, még a felekezeti tekintetek nyomása alatt is állottak s legjobban kigondolt javaslataik is előbb a helytartó-tanács, azután a magyar cancellaria merőben laikusokból álló birálatán kellett, hogy keresztülmenjenek. Hogy ezen heterogen természetű testületeknél hány és minemű befolyások küzdöttek egymás ellen, azt el lehet képzelni. Így alakult meg az orvostanári testület, a melyben egy csoportja a magánjellemeikre nézve igen tiszteletreméltó férfiaknak a tudományos haladás mezején nemcsak maguk képviselték a mozdulatlanságot, hanem a succrescentia megválasztásában is többé-kevésbé idegenkedtek azoktól, kik az újkori álláspontokat képviselték.

Egyik igen vérmes és kemény szavairól ismeretes képviselő, a ki az absolut rendszer alatt kinevezett tanárokat már ez okból is minél előbb nyugdíjazandóknak tekintette, egy beszélgetésében azt kérdezte Eötvöstől, hogy mikor fogja már megtisztítani az Egyetem rossz szagú Augias istállóit? A bölcös és szelid lelkű Eötvös azt felelte: »az Augias-istálló megtisztításának két módját ismerem, az egyik a benne rossz levegőt termelő szörnyetegek elpusztításában áll, a másik az istálló levegőjének olyfokú felfrissítésében, a melyben a szörnyetegek magukat kényelmetlenül érzik és megszöknek; én az utóbbit választom és gondoskodni fogok, hogy oda olyan emberek jussanak, a kik a légkört felújítják.«

Markusovszky sem volt a rohamos újításoknak szószólója, mert szükségesnek tartotta előbb a talentumos embereket felismerni, azokat a nekik való térre irányozni. Törekedett az ilyen képességűeknek a fejlődés eszközeit szolgáltatni, azokat serkenteni és ha beváltak, érvényre jutásukat keresztülvinni. Ennek a tevékenységnek Markusovszky fáradhatatlanul kitartó mestere volt.

A pályán, a merre sorsa vezette, nagy értékű adományt képezett az ő élénk, rugalmas kedélye és mélyreható gondolkodás által szilárdra tisztult világnézlete. Kedélyének melegségéből származott érdeklődése minden dolog és minden személy iránt, a melynek lényegében a magáéval rokon irányzatnak elemeire akad. Világnézletének alapeszméje az emberiség fejlődési képessége és előhaladó fejlődésre való destinációja volt, fejlődésre testi és szellemi tekintetben, intellectualis, moralis és aesthetikai irányban. Gondolatvilágában az emberiség úgy állott, mint egy egységes szervezet, melyben az egyes egyének vagy nemzetek, mint megannyi részek különböző életképességgel, tartóssággal, jelentőséggel és a destinatio útján egymást felváltó kiegészítő kihatással bírnak. Ezen világnézet azonban nála nem fajult fellengző cosmopolitismussá, hanem észjárásának egészen gyakorlati iránya és a Magyarország történelméből, családi életéből és ifjúkori benyomásaiból kinőtt lángoló hazaszeretetének fogva odasarkalta, hogy a maga körében, a maga hazájában mozdítsa elő mindazon tulajdonságok fejlődését, a melyek az embert nemessé, a nemzetet nagygyá tehetik. Lényének

ezen alapelemei vezették az emberek értékének mérlegelésében is és a finom megkülönböztetésben az egyes emberek jellemének lényeges és mellékes sajátságai között. Talán legszembeesőbbben nyilvánult ez a *Balogh Kálmán* iránti viszonyában; mikor Balogh két kötetes physiologiáját rövid idővel tanársegédi idejének betöltése után megírta, volt főnöke: Czermák, egy levelében azt írta Markusovszkynak: »ich hätte nicht gedacht, dass Balogh einen so kurzen Entdarm hat, und so schnell entleert, was er gestern zu sich genommen hat«. Markusovszky midőn ezt nekem elmondta, hozzátette, azt feleltem Czermáknak: »würden Sie das Buch Balogh's in deutscher Uebersetzung lesen, dann würden Sie, glaube ich, meine Meinung theilen, dass Balogh nicht nur einen thätigen Darm, sondern auch einen ausgezeichneten Magen besitzt, er isst zweimal so viel, wie gewöhnliche Menschen, verdaut alles gut, leidet nie an verdorbenen Magen und gedeiht dabei vortrefflich«. Balogh iránti rokonszenvének foka fényes próbát állott ki, midőn Pesten az általános kórtani tanszék betöltésének kérdése napirendre jutott. Többen voltunk, kik Balogh nagy munkaerejét a pesti egyetemnek akarván megnyerni, a tanszéket Baloghhallal óhajtottuk betölteni, ez azonban még némely leghívebb elvrokonainknál is nagy nehézségekbe ütközött és még egy olyan tudománytisztelet és meglelkező férfiú is, mint *Wagner János*, vonakodott befolyását érvényesíteni Balogh Kálmán érdekében, a kinek a szigorú convenientiáktól elütő ruházódása, nehézkes beszéde és mozdulatai, néha szilajsággal menő vidámsága és némely a pathológiába vágó irodalmi művei a formák correctnességét és a kategorikus igazságokat magasra becsülő, minden zajtól és feltűnéstől idegenkedő Wagnerben ellenszenvet keltettek. Markusovszky fáradhatatlan volt a Balogh felőli vélemények helyreigazításában és különösen a nagy tekintélyű Wagner megnyerésére sem időt, sem fáradságot nem kimélt. Hirschler Ignác és magam is közrehatottunk ebben s midőn nála egy ízben együttesen találkoztunk, sikerült őt meggyőzni Balogh physiologiai és experimentális képzettsége felől, óriási munkakedvről, aranytiszta jellemről és arról, hogy Baloghnak általa leginkább difficultált czikkei a pachymeningitisről nagyrészt ezen pathologiai fejezet akkori kezdetleges fejlődését tükrözik. Ekkor Wagner mint végső ellenvetést Balogh külső megjelenési módját és modorát hozta fel és azon aggodalmát fejezte ki, hogy fölvétele a tanári testületbe ott egy nyugtalan, zavaró elemet képezne. Markusovszky, a ki humoros ötletekkel mindig készen állott, mosolyogva e szavakkal lépett az agglegény Wagnerhez: »Kedves barátom, ha feleséget akarnál választani, akkor én neked egy olyan mozgékony lényt, mint Balogh Kálmán, igazán nem ajánlanék, de miután nem háztartásodat osztod meg vele, a tanári testületben pedig elég nyakravalós ember lesz, a ki fékezi, ha szilajkodik: azért én neked nyugodtan ajánlom Balogh Kálmánt.« A tréfának meg volt hatása. Wagner meg volt nyerve s nem sokkal utána

Balogh felterjesztetett a tanszékre, a melyen neki teljesen sikerült Wagner barátságát és becsülését megnyerni.

A tudományos erők felismerésére és megszerzésére minden más tért és alkalmat is felhasznált Markusovszky. Ha az Orvosi Hetilap által egy olyan forum publicumot teremtett, a melyen mindenki megjelenhetett, a ki az orvosi nyilvánosság elé viendő gondolattal vagy tudományos adattal rendelkezett, viszont létrehozott egy másik tért, a melyen a formák által nem korlátozott, feszélyezetlen társalgásban érintkezett azoknak szűkebb körével, különösen a fiatal orvosi nemzedék azon tagjaival, a kikben irány- és eszmerokonságot ismert fel s a kik a jövő hivatott munkásaivá lenni ígérkeztek.

A szabad érintkezés ezen terét egy hetenkint — rendszeren szombaton — tartott vacsora képezte. Az így összealakult társaság, a vendéglői terem nevére, a mely találkozási helyül szolgált, egyszerűen előbb Mihalek, később Marschal-társaság nevét viselte. Itt az írói, tanári, akadémiai és egyéb cothurnusok nélkül jelentek meg a vacsorázók, kényelmes szellemi pongyolában, kinek-kinek természet, megszokás, képesség és szellemi irányzat által megállapított belső lényé került felszínre, a napi feladatoktól fáradtak pihentek és ha tetszett hallgattak, az élczesek elméskedtek, az élmények és hírek kicseréltettek, azután sorra kerültek a gondolatok s csakhamar felmerült egy-egy tudományos kérdés, melynek különböző oldalai találtak representansokra, vagy egy-egy eszme, a mely közérdekű volt. Többnyire Markusovszky maga szolgáltatott ilyet, néha egy váratlan ötlet alakjában, többször egy készülletben levő, vagy már kész, kis vagy nagy horderejű, vagy valamely actualis kérdés alakjában. Gondolatai mindig tiszták, kifejtései mindig rövidék, hangja halk, modora mindig kedélyes volt. A modorosság ezen társaságban mindig lefoszlott még azokról is, a kiknek reá talán lett volna hajlamuk, s ha nem foszlott le magától, lehámozta Fodor József elmés, Balogh Kálmánnak caustikus egy-egy megjegyzése, s ha nem is állott a falra irva, de a terem levegőjében lengett a »honi soít qui mal y pense«. El lehet képzelni azon bensőséges viszonyt, a mely idő haladtával a társaság tagjai közt kifejlődött és el lehet képzelni, mennyire előmozdította Markusovszky éles és éber elméjének a betekintést azok képességeinek, cselekvésének és cselekvési motivumainak mélyébe, a kiknek összehatására utalva volt nyilvános pályáján. Hogy ezen társaság érintkezés körében conniventiák még sem kaptak lábra sohasem, annak kulcsa első sorban a tagok kiforrott gondolkodásában és önérzetes jellemében feküdt, a mely nem egyszer nyilvánult abban, hogy ott, a hol kellett, meggyőződésüket egymással szemben is élesen megvédték és érvényesítették; azontúl pedig Markusovszky egyenes, nyílt jellemében és megvesztegethetlen ítéletében. Véleménybeli eltéréseit homályban soha sem hagyta, a mit gondolt, azt himezetlenül és néha elég drastikusan mondta ki, de sohasem sértett. Állások betöltésénél sohasem az volt előtte a kérdés, hogy mit nyer általa

a személy, hanem az, hogy mit nyer az ügy. Nem egy fontos közéleti eszme érlelődött meg ezen összefüvetek alatt és nem egy fiatal képesség cselekvési körének előkészítése indult ki innen.

Évenként egyszer azután meg szokta volt elvbarátait hívni saját asztalához egy estélyre, melyet Balassa emlékére adott, s a melyen Balassa emlékére pohárköszöntőt szokott volt mondani. A ki egyszer részt vett ezen estélyeken, az előtt bizonyára feledhetetlen marad annak otthonias, meleg benyomása. Markusovszky lakása többször változott, de mindig teljesen kifejezte gondolkozását és jellemét. Szobái mindig tágasak és világosak voltak, a padlószőnyeget nem kedvelte, a falain függő rézmetszetek vagy olajfestmények a conceptio classicitását és a kivitel művészeti tökélyét képviselték, butorzata minden pompázástól ment, de a leg-tökéletesebb angol kényelmességet lehelte, a hol egy zöld levelű dísznövény elhelyezhető volt, ott az nem hiányzott, s itt-ott egy mellszobor tekintett ki, mely a világ legszebb remekei mintázatát képezte. Otthonának kedélyvidító geniusa neje volt, a ki a legbensőbb harmoniában olvadt össze Markusovszky életirányával, gondolatkörével, izlésével és szellemileg mint physikailag állandó kísérője volt életének.

Ezen estélyeken többször jelen volt Trefort minister is, a feszélyezetlen társalgásban élénken nyilvánult a résztvevők különböző, sokoldalú eszmeiránya és képzettsége s rendszeren késő éjjelig lankadatlanul folyt az érdekesítő társalgás, a melynek élénkítésében Trefort Ágoston a szó legnemesebb értelmében művész volt.

Ezek az érintkezések képezték Markusovszky gyér, pihenő óráinak egyik legkedvesebb részét azon szakadatlan megfeszített munka közben, a melyet kifejtett egyrészt hivatalos feladatainak, másrészt az orvosi közélet és a közegészségügynek terén.

Az egyetemi szakkörök és a közoktatási kormányzat összehatása folytán mind szélesebb körben lehetett rendelkezni azon szakerők felett, a melyekkel a két egyetem orvosi karának részint megürült, részint számos újonnan felállított tanszékeit betölteni lehetett. Markusovszky hivataloskodásának idején 13-ról 22-re emelkedett a rendszerezett tanszékek száma. Jelentékeny újítások jöttek létre a gyógyszerészeti, valamint a polytechnikai tanítás terén. Ezen hivatalos tevékenység kapcsában nagy horderejű fejlődésnek indult az általa megalapított »Magyar orvosi könyvkiadó-társulat« tevékenysége. Egymásután jelentek meg magyar nyelven irt eredeti és fordított tankönyvek és tudományos dolgozatok, kifejlődött a magyar orvostudományi nyelvezet s mindezekben ismét Markusovszky tevékenységének volt előkelő része. Tizennyolcz éven keresztül viselte a könyvkiadó-társulat első titkárságának terhes feladatát és szellemi része volt a Balogh által irt »Magyar orvosi szótár« létrejöttében is.

Nem kevésbbé gazdag volt tevékenysége a közegészségügy terén, a melynek elsőrendű fontosságát

mindenkor és minden alkalmas helyen hangoztatta. Közegészségi eszméinek nagy részét az angol közéletből merítette, melynek egész iránya megfelelt az ő szellemi irányának. Az egyes ember testi és szellemi energiáját lehető teljesen kifejtetni, az egyesekből alakult nemzet összesített energiáját egy nagy, kulturális irányú államhatalom megalapítására egyesíteni: ez volt ideálja. Tudta, hogy az ember energiája csak a felvilágosodás, a szabadság atmoszférájában és szabad mozgás mellett fejlődhet ki. Ennek az eszményképnek a testesülését látta ő Angliában és ez vezette számos utazásaiban is az angol földre.

Az Orvosi Hetilapnak már legelső számában programként nyilatkozta, miszerint a lap feladatául tekintti, hogy az ország közegészségügyét szolgálja.

A Balassa-társaság körében ezen kérdés mindig ébren lett tartva, s midőn 1867-ben az alkotmányos kormány életbe lépett, e téren is megkezdődött a szervezkedési munka, de úgy, mint a közoktatás terén, itt is csak lassan tisztultak a fogalmak. Markusovszky hátrahagyott irományai között fekszik Balassának sajátkezűleg irt tervezete két, némileg egymástól különböző alakban, mindkettő megegyezik abban, hogy az ország közegészségügyét, valamint a törvényszéki orvosi véleményezést el kell választani a tanári tevékenységtől és külön testületre bízni. Ilyenül egy, a párisi »Acad. de médecine« mintájára alakítandó testületet javasol, a melynek tagjai azonban ne legyenek számhoz kötve, önmagát a tudomány terén kitűnő orvosok közül titkos szavazással egészítse ki, választmányi tagjait elismert érdemű tagok közül az ország összes orvosai beküldött szavazattal választják. A testület hivatási körébe tartoznék a kormány kívánatára bírálni és felülvéleményeket adni az orvosi ügyek minden ágazatában. Ezen tervet azonban Balassa későbbben elejtette, s a most már szűkebb körben Balassa, Jendrassik Jenő, Markusovszky és személyem között folyt tanácskozásokban lett megállapítva az ország közegészségügye szervezésére vonatkozó azon emlékirat, a melyben az »Orsz. közegészségi tanács« tervezési javaslata is bennfoglaltatik s a mely a nyilvánosság előtt bőven ismeretes. Ezen emlékirat br. Wenckheim belügyministerhez be lett nyújtva, egy értekezleten behatóan tárgyalva és számos és heves ellenvélemények leküzdése, részben megnyerése után elfogadva. Az 1868-ban megalakult Egészségügyi tanácsba a közoktatásügyi kormány képviselőjében Markusovszky lett kiküldve, s itt épen olyan buzgóan szolgálta az ügyet, mint az »Orvosi Hetilap«-ban, a melynek hasábjain szinte egymást követték fontos fejtegetései a közegészségi kérdések tág terén.

Ez időtájtban ismerkedett meg *Fodor Józseffel*, a kinek nyílt elméje, közegészségügyi ismeretei figyelmét magára vonták és szeretetreméltó lénye rokonszenvét felkeltette. 1870-ben Fodor már államösztöndíjjal Münchenben Pettenkofer mellett működött, 1872-ben Kolozsváron az államorvostan, 1874-ben pedig már Pesten tanára

lett a Markusovszky és a Közegészségi tanács befolyása által létrehozott új közegészségtani tanszéknek, melylyel Magyarország megelőzött minden más egyetemet. Mindnyájunk előtt élénk emlékezetben áll az európai elismertségre jutott képesség és fáradhatatlan munkásság, a melylyel Fodor a közegészségügyet és ez által Markusovszky eszméit is szolgálta. 1875-ben együttesen dolgoztak azon, hogy az a közegészségügy, törvény által rendeztesse s ez eszmét Markusovszky vitte be és fejtette tovább az Országos közegészségi tanácsban. 1885-ben egyesült tevékenységüknek sikerült létrehozni az iskolaorvosi cursust, és Müller Kálmán összemunkájával az az évben tartott országos kiállítás alkalmából az országos közegészségügyi kongressust, a melyet Markusovszky mint elnök vezetett, s a melynek sokszoros termékeny következményei közé tartozik a Markusovszky és Fodor indítványai alapján megalakított »Országos közegészségi egyesület« is, a melynek elnökségét Trefort Ágoston vállalta el.

Ezzel az alkotással azok a közegészségügyi intézmények, a melyek a Markusovszky átgondolt irányzásával az országban létrejöttek, be lettek tetőzve. Míg a közegészségi tanszék megszerezte a tért a közegészségi tudomány szaki művelésére, addig a Közegészségi tanács és közegészségi törvény az ügyet bekapcsolta a kormányzat rendszerébe, a közegészségi társulat végre hivatva volt bevonni a társadalom széles köreit, a melyek nélkül a közegészségügyet a gyakorlati életbe bevinni és hatását kifejteni nem lehetséges. Tervezeteinek keresztülvitelében szerencse volt, hogy közte és Trefort minister közt egyenlő szellemi irány állott fenn úgy közoktatási, mint a közegészségügy terén és így emelkedett kihatásukkal szöhetette Markusovszky tovább terveit arra, hogy a letett alapokon előhaladólag tovább fejtsa a részleteket.

Tevékenysége azonban ezekkel nem ért véget, feszült figyelemmel kísérte tudományos, közegészségi és politikai viszonyaink folyását, felismerte amazok minden felmerülő szükségét és minden kedvezőnek ígérkező alkalmat ezek teljesítésére. Ismertető és buzdító cikkei az »Orvosi Hetilap«-ban egymást érték. Behatólag foglalkozott annak idejében a fővárosi építkezésekkel, különösen a Dunapart beépülésével, állandó figyelmének és számos cikkeinek tárgyát képezte Szeged restructiója. Igyekezett tért hódítani azon eszmének, hogy az egyetemeket a kor színvonalára emelni és újakkal szaporítani kell. Trefort minister meg is indította ezen célból az actiót, személyes vezetése alatt utazott egy vegyes bizottság Pozsonyba, Szegedre, Kassára, hogy egy harmadik egyetem számára a legalkalmasabb helyet keresse. Újra és újra hangoztatta egy budapesti országos kórház szükséges voltát, egyenesen a társadalomhoz fordult, hogy úgy, mint Angliában, úgy nálunk is támogassa a nemzetiségi törekvések mellett a tudományos törekvéseket is, járuljon ahhoz, hogy felállíttassanak az angol collegekhez hasonló intézetek, internatusok, új tanszékek, az önálló

búvárkodás ösztönzésére jutalomdíjak. Javasolta, hogy külföldi kiváló tudósok időszakonként meghívassanak a célra, hogy új vívmányokat gyakorlatilag bemutassanak és közvetlen személyes érintkezés hatásával hassanak eszméserkentőleg.

E közben elnökévé lett választva a kir. Orvosegyesületnek, mint ilyen tartotta 1887. október 14-dikén az 50 éves jubiláris nagygyűlésen nagyszabású előadását: »Észrevételek az orvosi tudomány fejlődéséről az utolsó 50 év alatt«. A puerperális bizottság az ő elnöklete alatt fejezte be munkáját, feldolgozta a törvényhatóságoktól beérkezett táblázatokat a bábák viszonyairól s a szülészeti állapotokról. Az egyesület az ő elnöklete alatt határozta el (1888. január 28-iki rendkívüli ülésén) a házépítést. Az ő elnöksége idejében fejezte be működését a veszettség tanulmányozására küldött bizottság s tette le alapját a Pasteur-intézetnek.

IV.

Orvostudományi közéletünk ezen pezgése közben egy mélyreható gyászos veszteség érte ismét hazánkat.

1888. augusztus 22-dikén *Trefort Ágoston* meghalt. A műegyetem épületében tűz ütött ki, az erről értesült miniszter a tűzoltók mentési erőfeszítései közben érkezett a tűzvész helyére. A hír, hogy ezen a műegyetem épületének és belső felszerelésének egy részét elhamvasztott szerencsétlenség egy könnyelműen eldobott égő szivarból indult ki, legnagyobb felindulásba hozta. A fecskendők vizétől átnedvesítve állott hosszú ideig a hideg udvaron; este lázas volt és harmadnapon megfogható rémülettel hallottam mellkasának vizsgálata alatt a szívburok-gyuladás első tünetét. Pár nappal később bekövetkezett a kéthegyű billentyű zöreje. Betegsége hosszú és végzetes volt.

Trefort halálának ideje a Markusovszky életpályájában a tevékenység emelkedési szakasza délpontjának jelentőségével bírt. Alkotó munkásságának eredményei ezen időben teljes fejlettségükben állottak.

Az Orvosi Hetilap fennállásának harmadik évtizedét töltötte volt be és életerős gyökeret vert, gazdagon gyümölcsöző tudományos irodalmi vállalattá alakult, melynek lapjain képviselve volt az akkori orvosi tudomány egész terjedelme és az újkori magyar orvostudományos iskola egész fejlődési folyamata, kezdve a külföldi tudomány meghonosításának szakaszától egészen a hazai önálló észlelés és búvárlatra fektetett munkásság keletkezése és előhaladó kifejlődéséig.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat addig lefolyt öt lustruma szabatos mértföldmutatója volt a magyarországi orvostudományi irodalom megizmosodási folyamatának, melynek leghathatósabb előmozdítójává anyagi, mint szellemi támaszává vált. Fennállásának meghaladt ideje alatt összesen 81 orvosi munkát adott ki 50 kötetben, s míg az első öt évben kiadott 11 munka

közt Böke tisztelt kartársunk fülgyógyászata volt az egyedüli magyar eredetű, addig a II-dik lustrumban 21 munka között 6, a III-dikban 14 között 4, a IV-dikben már 9 külföldi mellett ugyanannyi eredeti magyar munka lett kiadva, az V-dikben pedig 8 külföldi mellett 9 magyar, s az intézmény virágzásának további fejlődését fényesen bizonyítja az, hogy a Markusovszky halála utáni 10-dik évben a Könyvkiadó-Társulat összes kiadványai magyar tollból származtak.

Hivatalos tevékenységének és kivívt személyes nagy tekintélyének kimagasló befolyása alatt létesültek egymást követve a budapesti és kolozsvári egyetemen azon számos alkotások, melyekkel ezen főiskolák modern életképes fejlődésének alapjai le lettek téve. Új tanszékek lettek felállítva Budapesten az élet- és körvegytan, az általános kör- és gyógytan, közegészségtan, embryologia, kórszövettan, valamint elmekórtan számára, fel lett állítva egy második leiró és tájboncztani, 2-dik belgyógyászati, 2-dik sebészeti és 2-dik szülészeti klinika. Hasonlóképpen új néhány tanszék Kolozsváron. Nagyszámú új, a modern tudomány igényeinek megfelelő épület állítottatott fel a két egyetem kapcsolatában, valamint a műegyetemen, a melyek az illető tanártestületek előterjesztései alapján Markusovszky fáradhatlan, lelkes erélye és meggyőző érvelései által lettek a sokszoros pénzügyi és nem egyszer kormánykörökbeni nehézségeken át a létesülés győzelmére vezetve. Az ő befolyása szerepelt az intézetek vezetésére hivatott fiatal erők ösztönzésében, képzésük előmozdításában, kiválasztásában és munkásságuk ébrentartásában, híven XIV-ik Lajos minisztere, a nagy Colbert szavaihoz, a melyeket bizalmas beszélgetésben szeretett idézni: »Il faut être expion des talents et du mérite«.

S úgy, mint a tanítás és tudományművelés terén, úgy szemlélhette törekvéseinek sikerét az ország közegészségügyének terén is, melynek úttörője volt ismeretterjesztő és tette serkentő iratainak szakadatlan sora, valamint alkotásai által. Az Orvosi Hetilapnak közegészségügyi melléklete, a közegészségügyi tanszék, az 1885 diki magyar közegészségügyi congressus, az országos közegészségügyi tanács, a közegészségügyi törvény, a közegészségügyi egyesület, valamennyi általa alapos tanulmányokkal előkészítve, befolyásával létrehozva, munkatársakkal ellátva, szilárd alapra fektetve álltak szemei előtt, s lelkét nyugodt önelégültséggel tölthették volna be, ha a teljesített feladatokban való édelgés természetében feküdt volna. És növelhette volna önelégültségét még az: hogy alkotásaiban semmi sem volt a véletlen, vagy ötlet szüleménye, hanem minden előre átgondolt, megtervezett, érlelt és keresztülvitt cselekvés, minden korszerű és életképes gyakorlatiassággal felruházva. Viszont gyakorlati észjárásának bizonyosságául szolgálhatott, hogy egyetlen kezdeményezése sem volt, a mely zátonyra jutott volna.

De azon emberek közé, kik az elért sikerekben öntetszelegve édelegnek, Markusovszky nem tartozott.

Az ő lelkületében is lüktetett az, a mit Goethe a már egy birodalom birtokában levő Faust szájába ad, midőn az öreg Philemon kis lelkéről a kápolna csengője fülébe cseng:

»Verdammtes Läuten! . . .
 »Vor Augen ist mein Land unendlich . . .
 »Im Rücken neckt mich der Verdruss,
 »Mein Hochbesitz er ist nicht rein.
 »Der Lindenbaum, das morsche Kirch-
 lein ist nicht mein.« — —

Csakhogy Markusovszky lelkét nem a lombos hársfa és a roskatag kápolna birási vágya izgatta, hanem a magyar kultúra fejlesztésének vágya, szeme előtt a tudomány hatalma állott; a mely a kis Hellast a világalom útjára sarkalta, a mely az újkori Angol-, Francia- és Németországot képessé teszi a világ-kultúra erőteljes vezetőjévé és ez által gazdaggá, fénylővé, uralkodóvá lenni; fájt neki a nálunk még mindig elterjedt vélekedés, hogy a tudományt a szobatudós képviseli s ez a luxus legalább is nélkülözhető. Mire már Trefort törekedett: a tudományos központokat szaporítani, új egyetemekeket állítani: — ezt előmozdítani és megérni, égett vágya. Hazafiúi önérzetét sértette, hogy az 1000 éves, már akkor 15 millió lakosra számított Magyarországnak két egyeteme van, mint Romániának s ezek is még mindig hiányosan ellátva a tudományfejlesztés eszközeivel és attribútumaival; az orvosi tanítás csomópontjait képező klinikai tanítás számára a megkivánt anyagot egy országos kórház felállításával megszerezni, ezek és más ilyen eszmék sarkalták lelkét és nem hagyták nyugalomra jutni, ez a mindig előre sarkaló lelki irány volt, mint annyi más lelki rokonánál az élet elkomorító, sokszor keserű, másik szakaszának forrása.

* * *

A magas életkornak mindenkinél megvannak méla érzésekkel terhelt, elkerülhetlen momentumai s ezek legfájdalmasabbika annak a körnek egyre táguló rései, a melyet körülöttünk az ifjúság meleg érzései, közös élmények, közös törekvések, tartós, kölcsönös lelki rokonszev fontak. A kik azon korszakban orvosi haladásunk zászlóvivői voltak, azok képezték Markusovszky körét és ezek közül egymásután tűntek el Balassa, Semmelweis, Hirschler Ignác, Bókay, Lumniczer, Lenhossék, Jendrassik, Wagner, mindegyik egy-egy barátja, nagy részük kor- és elvtársa! Azután legodaadóbb és legtevékenyebb munkatársa: Balogh Kálmán, szintúgy azok, kiknek korlátlan bizalma az egyetemi ügyek vezetését a közoktatási kormányzatban reá ruházta: Br. Eötvös József és végül Trefort Ágoston, kinek világnézete, kulturális hajlamai, genialitása és egy együttes benső érintkezésben leélt hosszú élet megannyi szoros kapcsolatot képeztek kettőjük között, — mind elhunytak!

Kör nélkül ugyan Markusovszky nem maradt ezután sem, az a meleg szeretet, a mely a talentumos

fiatalság iránt lelkét eltöltötte, ennek részéről viszonyos ragaszkodást hozott iránta létre s a tudományos tevékenység mezején, valamint a Marschall-vacsorákon és az általa évenként megtartott Balassa-émlékestélyen együtt szokott lenni a megifjodott kör is, a mely neki mindent nyujtott, a mit nyujthatott — egyet azonban nem nyujthatott! A fiatalságban érzéseink, nézeteink és gondolataink a jelen talajából nőnek ki. Minden életműveleteink a jövő felé irányulnak, a melylyel egyéniségünk jövője szervesen van összeforrvá; a koros ember érzései és gondolatainak gyökerei a multnak talajába nyúlnak és részben ebből táplálkoznak; a midőn a jövőnek munkálkodik, érzi, hogy annak a munkának a gyümölcsei nem az ő számára érlelődnek. Ennek a különbségnek megvan a maga lélekemelő oldala, sőt meglehet a haszna, de az a két lény, mely ezt a két lételt képviseli, mélyében bizonyos disparitást rejt, a mely, ha akaratlanul is, talán csak sejtelemszerűen, de mégis beemelkedik gondolatvilágunk látkörébe s ennek hatása nyilvánult Markusovszkynál is abban, hogy csenedesebb, szavaiban válogatóbb és időnként elvonultabb kezdett lenni. S hogy ezen új összecsatlakozásban kis és nagy iránykülönbségek is merülnek fel, az természetes, valamint az is, hogy az eltérő vagy ellentétes nézetekkel szemben a személyes érzések kapcsa nem mindig bizonyul elég erősnek, hogy megakadályozza a személyes szétválást is. Ezen tapasztalatoktól Markusovszky sem lehetett megkímélve s ez leginkább azért nehezedett lelkére, mert agyveleje még el volt telve tervezésekkel alkotásainak továbbfejlesztésére és újak kezdeményezésére, a melyekhez odaadó munkatársakra volt szüksége.

És nem volt megkímélve az előhaladó kornak egy másik, előbb-utóbb elmaradhatlan kísérőjétől sem: egészsége és testi erőérzetének megingatásától. Férfikora első idejében Markusovszky vasegészségű szervezettel bírt, testi és szellemi nagyméretű munkaereje, egyszerű szokásai, a kényesztetéstől, mint kicsapongástól egyenlően távol álló életmódja kedveztek energiája kitartóan magas voltának, csak egy irányban nyilvánult nála az éptanít meghaladó izgékonyság: megfeszített szellemi munka közben elhagyta az álom hemicrania folytán, kedélyi felindulások perczében akárhányszor falhalvány lett; egyik legnagyobb élvezetét: a tengeren való utazási, rendszerint drágán fizette meg, mert ő, a ki a strassburgi torony legmagasabb korlátjának párkányára kiülve szédülés nélkül gyönyörködött a végnélküli látképben és a svájci jégmezőket biztos lépéssel járta be, a tengeri betegség martaléka lett, mihelyt a hajó a kikötőt elhagyta. Ezen idegzeti labilitást azonban teljesen uralta akaratereje és nevetve szokta elbeszélni, hogy legnagyobb kedélyfelindulása is le van csillapítva, ha otthon egy pár papirdarabot összegyűr, széttép és kosárba dob. Álmatlanságát többnyire legyőzte egy csésze erős tea, nem egyszer azonban morphin-befecskendésre volt szükség.

Kedélyelete folyásában egy tág depressio jött létre azon időben, midőn meggyőződött, hogy a docenturái

habilitatiojáról és azzal sebészeti pályafutásáról végleg le kell mondania. Álmatlansága gyötrővé fejlődött hosszú időre és ismét visszatért évek múlva azon időben, midőn az »Orvosi Hetilap« vezetési krízise ezen másik pályáját is veszélyeztetni látszott.

Aggodalmassá vált egészségi állapota 1857-ben, midőn velem és Hirschler Ignáczal párisi és londoni útjára készült. Egy héttel utazásunk megkezdése előtt Hirschler egy hozzám intézett levélben ezt írta: »Markusovszky több héttől óta febricitál, ez minket, barátait, komolyan aggaszt. B. és én is számítunk reá, hogy segíteni fogsz Markusovszkyt arra határozni, hogy mielőtt tanulmányútunkra nagy városokba mennénk, előbb egy gyógyhelyre menjünk üdülés végett.

Lípcsébe köhécselve, lázasan érkezett s egy napot ágyban töltött, útja félbeszakításáról szót sem akart hallani; délután közös szállásunkon Coccius adta vissza Hirschler látogatását, s midőn szobánkból kikisértük, kinyilatkoztatta, hogy ilyen egészségű emberrel ő Párisba semmi szin alatt sem menne. Markusovszkyt azonban önbizalma nem hagyta el; ügyyel-bajjal rávettük, hogy engedje megvizsgálni magát Wunderlich által, kinek tanácsára Müggendorfba, egy félreeső, gyönyörködtető tájékú, nyugalmas gyógyhelyre mentünk, a hol szinte egy csapásra érvényre jutott szervezeti energiája s egy hét múlva jókedvűen pályáztunk Páris felé.

A 80-as években fejfájásai gyakoriabbak lettek, csúszszerű izomfájdalmak, főleg a tarkóizmokban járultak hozzá s a ki egyszer, kivált téli évszak alatt a ministeriumban meglátogatta és egy börtöncellához közel álló szűk, túlfűtött szobájában, ennek egyetlen ablaka mellett elhelyezett íróasztalánál ülve, dologba merülve látta: nem menekülhetett szívszorogató aggodalmaktól. Ő maga azonban ilyen aggodalmasságokat nem ismert, szenvedéseit legyőzte akaratereje és munkaszeretete, testi erejét, legalább látszólag helyrálították évenkénti szünnapos időzései a svájci vagy tiroli hegyek között, vagy tengerpartokon.

Egy az organismusát lappangva aláásó bántalmat egy véletlen hozott felszínre.

1889. június 26-dikán reggeli 5 órakor felköltöztek Markusovszky egy névjegyével, melyre rajzónnal következő szavak voltak írva: »jőjj sürgősen gyomorszivattyúval, tévedésből nagy adag morphint vettem be«. Kocsival rögtön a klinikára küldtem s akkori tanársegédemet: Hirschler Ágoston tanárt kértem, hogy a gyomorszivattyúval Markusovszkyhoz jöjjön, magam pedig hozzá siettem. Nejét rémült arczezal az előszobában, őt magát falsápadtan, nyitott ablaknál állva a szobában találtam. Kétféle adag morphium-port tartott készletben; ezek egyike utazásra szánva 5 cgm.-ot tartalmazott s használatra maga szokta volt elosztani, a másik itthoni használatra 1 cgm.-ot. Épen útról térve vissza, mindkettő háló-asztala fiókjában állott s éjjel, köhögés által álmából felébresztve, álmosan az úti készletből vett be egy port, a tévedést azonban rögtön észrevette, ipecacuanhát vett be,

a narcosist legyőzte akaraterejével és járkálással, a többit megtette a gyomorszivattyú és a morphinhatás nyom nélkül eltűnt; de az ezen alkalommal tett vizsgálat alatt először találtam nála a bal szívgyomroc túltengése és az azt okozó arteriosclerosis jeleit.

Nem sokkal ezután ennek felismerésére jutott maga is. Ezen tudatnak azonban nem volt reá más hatása, mint az, hogy egyik élvezetéről, a tartalmas Havanna-szivarokról hovatovább lemondott, munkás életmódját lankadatlanul folytatta, mignem 1891-ben egy másik rossz véletlen kóros állapotának alattomos előhaladását a maga teljességében egyszerre felszínre hozta.

Úgy, mint fiatal korában Balassa körében, tavaszi szabad napjait azután is a budai hegyek közt szerette tölteni testének a hegyek megmászása, lelkének a bájteljes tájképek látványa olyan élvezetet nyújtottak, a melyeket sem Európa előtte nagy részben ismeretes alpesi tájainak emléke, sem előhaladó kora legkevésbé sem gyengített.

Egy ilyen, neje és barátai körében töltött június napon este felé még vágyat érzett élvezni a Jánoshegy gyönyörűséges kilátását, nejével felment és ott bevárta a nap leszálltát. Napszállta után egy előtte ismeretes rövidített úton akart a közúti vaspályához jutni; a hegy alján azonban egy újonnan nyitott széles árkot talált, a melyen sem átmenni, sem azt megkerülni nem lehetvén, ismét fel kellett a Jánoshegyre mennie, hogy a hosszabb rendes úton, az előhaladt est miatt gyorsított léptekkel a vaspályához juthasson. Fáradtan, fejfájással és mellszorongási érzettel ért haza; betegségi érzete éjjel kinossá vált s először vált kinossá érverésének rendetlen, egyenetlen, kihagyó volta is, melyről figyelmét eltéríteni hasztalan igyekezett. Másnap, mélyen meghatva, jelentékeny szívtágulást kellett nála megállapítanunk, nemsokára fellépett a pangási lábvizenyő és az álmatlanság, fej- és nyakszirt-fájdalmak növekedése egy ép oly kínos, mint súlyos kórképpé alakultak s a többször fellépett hányással egyesülve egész komolyságában állott előttem és Kétly tanártársam előtt a kérdés, nem forog-e fenn valamely súlyos agybántalom? Több heti szenvedés után végre javulni kezdett állapota s annyira eljutott, hogy a várost orvosi tanácsa szerint elhagyhatta.

Üdülése helyéül Visegrádot választotta, ott egy sziklatalajra épített villa kapujánál várta a fiatal korában leélt nagy idők egyik legkimagaslóbb alakja: Görgei Arthur. A hajdan egy titáni küzdelmet vívott magyar hadsereg fővezérének keze a szikla kopár területét üde kertté alakította át, a melyre melán tekint le felülről mint az ős idők regéje a Salamon tornya, előtte hõmpölyög a Duna árja, túl ezen kúsznak a part mentében a vaspálya és táviró vonalai, mint az új alakulású világrend physikai és szellemi mozgalmainak hatalmas jelzői. Mennyi benyomás egy ponton olyan fogékony szellemnek, mint a hadvezéré és egykori orvosáé! Vajjon nem merült-e fel mindkettőjük előtt Branyiszko képe, a

mely az egyiket gyermekkori boldogságára, a másikat győzelmesen vívott harcok dicsőségére emlékeztette?!

Visegrádon töltött néhány hét alatt Markusovszky állapota annyira javult, hogy Scheveningen és onnan Blankenbergbe utazhatott s a tengerparti tartózkodás ezúttal is tanúsította jó hatását, úgy hogy onnan újult erővel és ismét élénk munkakedvvel tért körünkbe vissza. ismét megtette régi szokása szerint naponkénti gyalogútját Szép-utczai lakásából a Hold-utczai hivatalhelyiségbe és vissza, újra megjelent kedvelt Marchal-vacsoráin is, és csak a vele közelebről érintkezők tudták, hogy szokott életfolyásának látszata mögött egy hosszú életben megedzett akarat erőnek küzdelme rejlik a hanyatlásnak indult testi erővel. 1892-ben, midőn megjöttek a ködös, hűvös őszi napok és velők a növekedő bágyadt-ság érzete, többször szorult arra, hogy útját kocsin tegye meg, sőt hivatalából többször el is maradjon, s minél élénkebben sarkalta tevékeny lelke munkálkodni, annyival nyomasztóbban érezte testi erejének növekedő elégtelenségét. Telve volt termékeny eszmékkel, sőt kész tervezetekkel arra, hogy orvosi intézményeink és közegészségügyünk terén még mindig számos hézag-nak betöltése előbbre vitessék, de a hivatalos napi ügymenet követelményeinek eleget tenni többé hatalmában nem állott s mind gyakrabban kezdett foglalkozni a gondolattal, hogy nyugalmaztatását előkészítse.

Mint a hogy cselekvése mindenben átgondolt és rendezett volt, most is áttekintette a közoktatási és egyéb közügyi kérdéseket, a melyeket sarkalatos fontosságúnak tartott, és kitűzte maga elé azokat, a melyeket még befejezni kívánt.

A sors azonban lelki ereje elébe még további és súlyosabb megpróbáltatásokat állított. Hanyatlani kezdett látása, s bár ha barátai tőlük telhetőleg leplezték előtte a szomorú valóságot — a fenyegető amaurosist, ő maga sokkal kiműveltebb orvosi betekintéssel bírt, semhogy arteriosclerosisa, makacs és heves főfájásai és látásának előhaladó gyöngülése közt az összefüggést fel ne ismerte volna. S csak természetes, hogy tettképességével együtt hanyatló önbizalmának tükörképe a vele hivatali kapcsolatban levők érintkezésében is nyilvánulni kezdett, neki néha nyomasztó alakban.

A feladatok mulasztása és a mások sajnálkozásának nyilvánulása nem feküdt természetében és ezzel a cseppel a serleg betelt, bekövetkezett az a nehéz pillanat, midőn ő, a magas czélokért egy életen át küzdő férfiú érezte, hogy kezéből le kell tenni a munkát, mielőtt azt bejejezte volna — azzal az érzéssel, a melyet *Pasteur* fejezett ki gutaütési rohama után: »szerettem volna hazámért többet dolgozni«. Lemondását beadta és 1892. júniusban el lett az fogadva.

Midőn hivatalából visszavonulása köztudomásra jutott, az érdekelt körök és orvosi testületeink előtt egyszerre egész nagyságában kiemelkedett a férfiú jelentősége, a ki 25 éven át mint előrelátó, gondos, önmagára soha, a kezére bízott ügyekre mindig a legélénkebb

figyelemmel őrködő vezér tartotta kezében orvosi fejlődésünk fonalát. És valóban a kultura történetében nem gyakori jelenség, hogy valaki, úgy, a mint azt Markusovszky tette, a kezébe vett kérdések összeségét előbb teljesen áttanulmányozza, azután az eszméket önmagában tisztázza, az országban meghonosítsa, munkatársakat neveljen és végül azon szerencsés helyzetbe jusson, hogy a kormányzatban nyert hatáskör segítségével a gyakorlati életbe átvihesse. S a fájó részvét, valamint az elismerés mindenütt és minden alakban megnyilatkozott. Ennek legmagasabb jelvényét nyujtotta neki a budapesti egyetem orvosi kara, a melyet valakinek nyujthat, midőn őt egyhangúlag tiszteletbeli tanárrá választotta meg, hozzá hálaíratot intézett és a budapesti egyetem évszázados jubileuma alkalmából általa kezdeményezett, úgynevezett jubiláris alapot »Markusovszky-alap« czímen örököltette meg. Hasonló módon járt el a kolozsvári egyetem, a melynek bölcsészeti kara tiszteletbeli doktorrá választotta, orvosi kara pedig szegény hallgatók segélyezésére »Markusovszky-alap«-ot hozott létre.

Ő Felsége a király, a magyar kormány előterjesztésére a közoktatás terén kifejtett működése elismeréséül a Lipót-rend kis keresztjével jutalmazta, a Magyar Tudományos Akadémia és a budapesti kir. Orvosegyesület már azelőtt tiszteleti tagsággal tüntették ki. A közoktatásügyi hatáskörtől megválván, összes tevékenységét a közegészségügyre fordította, különösen az általa megalapított Országos közegészségi egyesületre. Ennek szilárdítása, hatáskörének kiterjesztése töltötték be gondolatait; ő, a ki a maga számára soha életében senkitől sem kért semmit, egy aláírási ívvel kopogtatott be a neki hozzáférhető gazdagok és nagyoknál, hogy növeljék adományaikkal a Trefort-alapot és járuljanak más czímek révén a közegészségügy társadalmi úton való előmozdításához. Az eredmény nem volt nagy, s szinte szégyenkezve mutatta egy látogatásom alkalmával az 50 forintos bankjegyet, a melyet egy családtalan egyén adományozott, a kinek évenként $\frac{1}{2}$ millió évi jövedelme volt. Az aggodalmas nyugtalanság, a melylyel az egyesület fejlődésének gondja eltöltötte, újra megzavarta különben sem szilárd alvását s az álmatlan éjek hatása nyilvánult az addiginál rendetlenebb szív működésben és szenvedéseinek növekedésében az egész vonalon.

Mindegyájan jól ismerjük azt a változatos, de minden részében szomorító képet, a melynek alakja alatt az arteriosclerotikus myodegeneratio lefolyik, s a mely nála mind sűrűbben érezte hatását. Az időnként elért megkönnyebbedés napjait Markusovszky igyekezett magánügyeinek és a maga elé tűzött közérdekű ügyeknek rendezésére fordítani.

Szabad levegő és napfény után vágyódott, a város ködét még sötétebbnek látta, mint a milyen az ép látásnak volt s ezen érzések hullámozása érlelte meg benne a vágyat az Adria tengerhez Abbaziába utazni.

Utazása könnyebben ment, mint várni lehetett, az első napok a tiszta levegőjű, meleg, zöldelő tengerparton

élvezettel töltötték el s talán több erőkifejtésre is ragadták, semmint ereje győzte, néhány nap elteltével azonban ismét előálltak vérkeringési zavarai s napról napra fokozódtak, daczára az ottani kartársak gondozásának. Nejének aggodalmi a legmagasabb fokot érték el, s az otthontól távollét még súlyosabbá tette szorongását. Április 14-én vettem a táviratot, hogy haladéktalanul utazzam Markusovszky kórágóhoz. Másnap reggel érkeztem oda.

Az állapot, a melyben találtam, a Cheyne-Stokes syndromának legkifejezettebb alakja volt a légzés és szívverés hosszú szünetivel, eszméletlenség és néha intenzív görcsökkel, a rohamok csaknem minden félórába ismétlődtek. Visszaérkezésemkor feljegyzéseim erre vonatkozó részét tisztelt barátom Hőgyes Endre rendelkezésére bocsátottam az Orvosi Hetilap megható nekrológja számára; a tisztelt kartárs urak fel fognak menteni az alól, hogy azoknak újból leírása által fájdalmas hűrokat hozzak rezgésbe. A testi szervezetnek ezen összeomlási folyamatával szemben a pszichológiai kép a legmagasabbak egyike volt.

Ki látta valaha tengerparton állva azon megható jelenetet, midőn a napkorong napi pályája végén egyenletes lassúsággal hanyatlik a tenger tükre mögé, — azt a megragadó képet, midőn a láthatáron függő sötétlő fellegszávok és foltok szakítják meg a nyugati ég sárgálló boltozatát. A szemnek egyre nagyobbodó nap közeledik egy sávhoz, mögé jutva elsötétedik, mignem alsó szélét elérve, tündöklő sugárnyalábokat lövelve jut ki ismét alóla és így halad lefelé tündöklő fény és elhomályosodás között váltakozó útján, míg a tenger fölött lengő vékony ködben elmosódik képe és végre eltűnik — az éjben.

Ezt a benyomást hagyta maga után emlékezetemben Markusovszky gondolatvilágának kialakulása. Valahányszor eszméletlensége megszűnt, szívverése és légzése ismét folyamatba jöttek, eltűnt halvány arczáról a gyötrelmes rohamok nyoma és vonásaiban visszatért a meleg érzés és mély gondolatokbani elmerülésnek szokott kifejezése. Mintha csak szunnyadásból ébredt volna fel, felvette a roham által megszakított gondolatának fonalát. Gondolatai teljesen rendezetteknek mutatkoztak; élénk érdeklődéssel kérdezősködött az otthoni viszonyokról és barátairól. Sorsával teljesen tisztában volt, megnyugvással beszélte el előttem temetése felől már megtelt intézkedéseit, nehogy azokkal a nehéz pillanatokban idegen földön nejének kellessék foglalkozni. Megtette intézkedéseit teteme elszállításáról is Egerszegre, a honnan nejét, életének hű és vele egybeolvadt társát elvette, a hol rendszeren nyugalmi idejének egy részét boldogan töltötte s a hol örök álmát pihenni óhajtotta. Elmondta végső megemlékezéseit és vágyait, csaknem mindenre kiterjeszkedőleg, a mi életében foglalkoztatta. Szinte sugárzó tekintettel emlékezett meg az Orvosi Hetilap küzdelmes kezdetéről és elért kifejlődéséről, megnyugtatta komoly, tudományos irányának fenntartása. Belső megelégedés-

sel szólott az ifjú nemzedék testi erejének kifejlésére irányzott társadalmi és állami intézkedésekről és azon barátairól, kik ebbeli törekvéseit támogatták. Megható melegséggel szólott ismételve Fodor-ról, kit egészségügyi eszméinek és társulatának depositariusául tekintett: »nekünk nagyszámú, értelmileg képzett és testileg edzett emberre van szükségünk, ha önállóságunkat fenntartani akarjuk«, szólott gyenge hangon. Ismételve visszatért a budapesti Orvosegyesület tudományfejlesztő hivatására; újra visszatért az országos congressusra, »jó sokat és sok jót is határoztunk« mondá mosolyogva »még jó ideig lehet belőle meríteni utódainknak«. Egy más, tiszta szakaszában szinte ömlengve szólt Budapest természeti szépségeiről.

Dél felé volt, az ablakon át a napsütötte Adrián akadt meg tekintete s még egyszer felvillant szavaiban az élet iránti szeretet. »A világ szép«, mondá néhány percnyi néma szünet után, — »csak túl kell nézni a napi sürgés által felvert porfellegen és az emberek apró surlódásainak csörtetésén.«

A délelőtti nehéz órák alatt ismételve jelent meg ágyánál Glax tanár, tanácskozásunk értelmében coffein-befecskendezések és nitroglycerin lettek alkalmazva; délután állapota javult, időnkint aludt órákon át, nyugodtan társalgott ott levő rokonával és Balassának Bécsből látogatására megjelent özvegyével. Éjjele is tűrhető volt, hazautazásom előtt, egy utolsó, meleg kézzorítással váltunk el — örökre. A javulás rövid volt és állapota 19-dikén súlyosabbra vált; április 21-dikén reggeli 3 órakor megszűnt élni.

Végrendeletében, a mely még 1891-ről van keltezve, megemlékezik egy hagyományról a csorbai paplakról, melyben szüleinek gondozása alatt első életéveit töltötte; a protestáns egyházzal, a Stefánia-gyermek-kórházzal, a két Egyetem orvostanhallgatóinak segélyegyletéről, egy összeget hagyományozott a kolozsvári Egyetemen angol mintára rendezendő »college«-re, és az Országos közegészségi egyesületnek a már előbb adományozott 10,000 koronához 5000 korona iskola-alapítvány címén, hogy iskolák ennek kamatai erejéig az egyesületbe, mint alapítók felvétessenek és az egyesület kiadványaiban részesíttessenek. El lehet róla mondani, hogy öntudatos életének egész folyása alatt az utolsó pillanatig magas, ideális eszméknek élt és a humanizmusnak, tudománynak és hazájának szolgálatában törekedett ezeket létesíteni. És ha ezen ideális eszmék egykor teljesebbre jutnak, mint a hogy jutniok kell, ha Magyarország történelmi destinációja teljesebbre megyen, úgy a mint ennek teljesebbét hazánk tanügyének és egész kulturéletének egyre előhaladó fejlődése és gondozása, a mint ezen nemzet ezeréves, szívós, küzdelmes, de mindig győztes életfolyása hinni engedi; akkor a történelem vissza fog tekinteni azokra, a kik a látszólagos megsemmisülés idején is bíztak, hittek, dolgoztak, küzdöttek és alkottak és tudományos működésünk terén a legnemesebb, a legtermékenyebb és legtermékenyítőbb szelleműek közé fogja számítani Markusovszky Lajost.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

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, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Liebermann Leó, Moravcsik Ernő, Pertik Ottó, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Dollinger Gyula: Kimutatás a kir. m. tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikáján fekvő betegeken az 1901/1902. tanév II. felében, azaz 1902. január 1-jétől 1902. június 30-dikáig végzett műtétekről. 690. lap.
- Fái Mátyás Miklós: Közlemény az újátráfűredi sanatoriumból és vizgyógyintézetből. Statistikai adatok a tüdővész sanatoriumi gyógykezeléséhez. 692. lap.
- Kétly László és Torday Árpád: Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) Mennyiben értékesíthető a cytodiagnózis a mellúri és hasúri folyadékok természetének elbírálásánál? 603. lap.
- Tóvölgyi Elemér: A jodmérgezésről egy érdekes eset kapcsán. 695. lap.
- Tárca. Ónodi Adolf: Úti levelek. 696. lap.
- Közegészségügy. Új ministeri rendelet a bábaautásítás tárgyában. 697. lap. — Felhívás közegészségügyi muzeumok létesítésére. 698. lap.
- Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Hüttl Hümér: Törekvések az eszközök, a kötszerek és a varróanyag csírátlanitását tökéletesíteni. 698. lap. — *Könyvismertetés.* Geburtshilfe und Gynäkologie bei Aethios von Amida. — Paul Nikolaus

Cossmann: Elemente der empirischen Teleologie. — A. Rauber: Lehrbuch der Anatomie des Menschen. — Lapszemle. Gyógyszertan és méregtan. Budd, Chappelle, Traugott, Römhöld: A hedonal. (M a r i k o v s z k y.) — Hoesslin: A purgatin. — Orr-, torok- és gégebajok. Eckstein: A subcután és submucosus orrprothesisek előállítása. (T ó v ö l g y i E l e m é r.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Natterer: Csukamájolaj-tabletták. — Reinhardt: Bismutose. — Folyóiratok átnézete. 700—701. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az I. egyiptomi orvosi congressus. — Új közkórház Ausztriában. — Új járványkórház Ausztriában. — A pestis által fertőzött, Odesszából érkező utasokkal való elbánás. — Elhunytak. — Pályázatok. — Hirdetések. 701. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar tudományos akadémia. — Budapesti kir. orvosegyesület. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

Mellékletek. Szemészet, 6. sz. Szerkeszti: Schulek Vilmos egyetemi tanár. — Dolgozatok az egyetemi bőrkórtani intézetből. 2. szám. Szerkeszti: Nékám Lajos dr. m-tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Kimutatás

a budapesti kir. magyar tud.-egyetem I. sz. sebészeti klinikáján fekvő betegeken az 1901/1902. tanév II. felében, azaz 1902. január 1-jétől 1902. június 30-dikáig végzett műtétekről.

Közlő: Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.

I. Fej.

1. A fej zuzott sebe. A sérülés napján felvéve; a fej bal oldalán mintegy féltényrnyi lágyrész lebeny. Szücsvarrat.
2. A bal fültájék szúrt sebe; igen erős vérömleny, az arczideg bénulása. A seb kitérítése, a vérző arteria maxillaris interna leköttése. Az arczideg kipraeparálása; ez utóbbi sérülve nem volt.
3. A fej zsírdaganatja. Kiirtás.
- 4—5. A fejbőr kiterjedt laphámrákja. Kiirtás (2 eset).
6. A háromosztatú ideg zsábája. A Gasser-dűcz intracranialis kiirtása.
7. A szemgödörfeletti ideg zsábája. Idegsectio.
8. Az alsó állkapocs ideg zsábája. Az ideg resectioja az alsó állkapocs csatornájában annak felvése után.
9. Jackson-féle epilepsia a koponya bezúzása következtében. Temporaer osteoplastikus koponya resectio. A nyomást okozó csontléc eltávolítása.
10. Nyulajk. Malgaigne-féle mütét.
11. Farkastorok. Szájpadvarrat.
12. Szájzár a pofa nyákhártyájának hiánya következtében. A pofanyákhártyát a nyak bőréből vett Gersuny-féle lebenynyel pótoljuk.
- 13—14. Az arcz kiterjedt véredénydaganatja (2 eset).

Elektrolysis, melyhez az egyik esetben még az arteria carotis externa leköttése járult.

15. Kisebb véredénydaganat a felső ajkon. Kiirtás.

16—17. Genyes csecenyűtványlob. A csecenyűtvány és az antrum mastoideum felvése, a csecesjtek kitararítása (2 eset).

18. A homloköböl genyes lobja, az öböl mellső csontos falának hiányával. Feltárás, drainezés.

19. Orrhiány az orrnak leharapása után. Celluloid műorr készítése.

20. Orrhiány lupus után. Keegan-Smith-féle orrplastica.

21. Az alsó állkapocs phosphor necrosis. Az elhalt csont eltávolítása.

22. A felső állkapocs törése. Rögzítés sodronykötéssel a szomszédos fogaknál fogva.

23. Az alsó állkapocs törése. Csontvarrat.

24. A Highmoor-barlang sarcomája A daganat többszörös kiirtása. A beteg később a daganat kiújulása és áttételei következtében meghalt.

25. Sarcoma a parotis tájékon. Kiirtás.

26. Égési sebek után maradt hegek az arczon. Kimetszés.

27. Skrophuloderma az arczon. Kiirtás.

28—29. Sarcomás epulis az alsó állcsonton (2 eset). Egy esetben az egész fogmedernyűtványt foglalja el. Kiirtás.

30. A fülkagyló laphámrákja. A fülkagyló eltávolítása.

31—33. Az arcz laphámrákja. Kiirtás (3 eset).

34. A Highmoor-barlang rákja. Kiirtás részleges felső állcsont resectióval.

35—38. Pofarék. Kiirtás. Egy esetben a hiány szélei varrattal egyesíthetők; három esetben az anyaghiány fedése csak képlő mütéttel volt lehetséges (4 eset).

39—41. Alajkrák. Kimetszés a nyaki mirigyek teljes kiirtásával (3 eset).

42. Az alsó állkapocs fogmedernyűtványának rákja. Kiirtás az állkapocs resectiojával; a nyaki nyirokmirigyek eltávolítása.

43. Nyelvrák. Teljes kiirtás már nem volt lehetséges. Az üszkös fekély kiégetése Paquelin égetővel.

44—46. Nyelv alatti rák. Teljes kiirtás (3 eset).

47. Kiterjedt nyelv alatti rák öreg egyénnél. Paquelinezés.

48. A szájpadlás rákja. Eltávolítása a felső állcsont resectiojával.

49. Fibroma a koponya alapon. Kiirtás periodikus osteoplastikus felső állkapocs resectioval.

II. Nyak.

50. Angina Ludovici. Bemetszés.

51—53. Golyva göbök. Kiirtás. 3 eset.

54—56. Struma parenchymatosa. Kiirtás. 3 eset.

57. Kis gyermekfejnyi colloid struma. Kiirtás.

58. Kis emberfejnyi tömlős golyva, vérzésekkel. A tömlőnek a féloldali pajzsmirigy-lebenyvel való eltávolítása.

59—66. Gümös mirigyek a nyakon. Kiirtás 8 esetben.

67—73. Gümös mirigyek a nyakon. Kiirtás subcutan módon. 7 eset.

74—75. Elgenyedt és sipolyos gümös nyaki mirigyek. Bemetszés és kicanalizás. 2 eset.

76—78. Elgenyedt gümös nyaki mirigy sipolyok nélkül. Punctio és jodoform-glycerin befeckendezése (3 eset).

79. Lymphoma malignum. Kiirtás.

80. Lymphoma sarcomatosum (áttételes). Kiirtás.

81. Sarcoma a nyakon. Többszörös műtét az I. félévben. Jelenleg paquelinezés és Canquoin pastával étetés. 7. hónappal felvétele után a beteg a daganat áttételeiben és teljes kimerülésben meghalt.

82. Lymphosarcoma a nyakon. Kiirtás.

83. Rákos áttéti mirigy a nyakon régebben kiirtott alajkrák után. Kiirtás.

III. Gerincoszlop, medence.

84. Nyaki csigolyák gümös lobja. Garat mögötti tályog. A nyakra lesüllyedt tályogot punctioval és jodoformglycerin emulsió befeckendezésével kezeltük.

85. A medencezecsont gümös csontlobjából eredő psosas tályog. Punctio, jodoformglycerin emulsió befeckendezése.

86. Teratoma a keresztcsont felett. Kiirtás.

87. A medencezecsont sarcomája. Az emberfejnyi daganat eltávolítása az egész medencezeféllel együtt. Az alsó végtag meg-hagyása. Műtét után való napra a beteg sepsisben meghalt.

IV. Mellkas.

88. Lövés a hátba (söréttöltés). A sérülés néhány héttel előbb történt. Sipolyok kitérítése és a serétek eltávolítása.

89. A csecsmirigy genyes lobja. Bemetszés.

90—91. A bordák gümös lobja sipolyokkal. Bordaresectio (2 eset).

92—94. Emlőrák. Az emlő amputatioja (3 eset).

95—104. Emlőrák. Teljes kiirtás a musculus pectoralis maiorral és minorral együtt, a hónalj kitakarítása (10 eset).

105. Sarcoma a csecsmirigyben. Emlőkiirtás a muse. pectoralis majorral együtt, a hónaljmirigyek eltávolítása. Később Thiersch-féle tansplantatio.

106—110. Gümös genyes mellüri izzadmány. Punctio és jodoformglycerin emulsió befeckendezése (5 eset).

111—112. Genyes mellüri izzadmány. Punctio és trokaron át drainage (2 eset).

113—114. Eves mellüri izzadmány. Bordaresectio (2 eset).

115—116. Genyes mellüri izzadmány (sipolyos). Megkísértjük a tüdőről az álhártyát lefejtetni (Delorme műtét) s midőn ez nem sikerül, Schede-féle műtét 11 borda eltávolításával (2 eset). Ezen betegek egyike, kinél megelőzőleg éves pleuritis volt jelen vastag, erősen odatapadt álhártyákkal, egy nappal a műtét után sepsisben meghalt.

117. Zsírdaganat a háton. Kiirtás.

118. Nagy kiterjedésű sarcoma a háton. Kiirtás. A műtét után maradt bőrhiányt Thiersch-féle tansplantatioval fedték be.

V. Hasfalak.

119—120. Sarcoma a hasfalban. Kiirtás (2 eset).

121. Lymphosarcoma az ágyéktájon. A gyermekfejnyi, bűzősen kifekélyesedett daganat kiirtása. 15 nappal a műtét után a beteg meghalt. Bonczolásnál igen kiterjedt tüdőbeli áttételek találtak.

122. Hasfal diastasis a hasfalak resectiojával járó laparotomia után. A hasfal egyesítése réteges varrattal.

123—126. Szabad köldöksérv. Gyökeres sérvműtét, a sérvkapú elzárása Maydl-féle varrattal (4 eset.)

127—138. Egyoldali szabad lágyéksérv. Gyökeres sérvműtét Bassini szerint (12 eset).

139—142. Egyoldali szabad lágyéksérv. Gyökeres sérvműtét Le Dentu módszere szerint a sérvtömlő áthelyezésével és a sérvcsatorna szűkítésével (4 eset).

143—144. Kétoldali szabad lágyéksérv. Gyökeres sérvműtét Bassini szerint (2 eset).

145. Szabad lágyéksérv és czombsérv egy egyénnél. A lágyéksérv műtete Bassini szerint; a czombsérv kapujának elzárása.

146. Recidiva Bassini műtét után, újabb Bassini varrat.

147. Kizárt lágyéksérv (2 napos kizáródás). Sérvmetszés Bassini szerint. Bélvarrat. A beteg műtét után való napon meghalt. Bonczolásnál bőr alatti genyes kötőszöveti lob és hashártyalob találtak.

148. Kizárt lágyéksérv (3 napos kizáródás). A beteg magas korára — 76 év — való tekintettel localis érzéstelenítéssel egyszerű sérvmetszés történik a sérvkapú bevarrása nélkül.

149. Kizárt lágyéksérv. 7 napos kizárás. Sérvmetszés, anus praeternaturalis készítése. Beteg egy nappal műtét után meghalt. Bonczolásnál kiterjedt fekélyesedés a sérv feletti belekben és diffus hashártyalob constatáltatott.

150—151. Szabad czombsérv. Gyökeres sérvműtét a sérvkapú elzárásával (2 eset).

152—153. Kizárt czombsérv. Egyik hat napos, a másik nyolc napos kizáródás. Gyökeres sérvműtét a sérvkapú elzárásával. 2 eset.

VI. Hasüreg.

154—156. Gümös hashártyalob. Hasmetszés. 3 eset.

157. Heges bárzsingszűkület miatt a múlt félévben készített gyomorsipoly a retrograd tágitás befejezése után elzáratik.

158—161. Heges pylorus szűkület. Gyomor-vékonybél sipoly készítése. 4 eset.

162—164. Rákos pylorus szűkület. Vékonybél-sipoly készítése. 3 eset. Két beteg gyógyulva sipolylyal távozott, míg a harmadik, kinél nagyfokú cachexia volt jelen, kimerülésben meghalt.

165—168. Gyomorrák. Próbalaparotomia (4 eset.) 3 esetben a májban, egyben a nyirokmirigyekben levő áttételek miatt gyomorresectiora már nem alkalmas esetek.

169—173. Májechinococcus. Hasmetszés, a tömlő kivarrása és megnyitása. 4 eset.

174. Az egész szabad hasüreget elfoglaló és a bal mellüregbe is áttört echinococcus. Megnyitás. Nyílt kezelés.

175. Epekő áttörés és hasfali tályog. Megnyitás. A tályogon keresztül epekővek ürülnek.

176. Gümös vakbél. A gümös bélrészlet resectioja, anus praeternaturalis készítése Mikulicz szerint. Egy hónappal műtét után gümös tüdőfolyamának gyors előhaladása következtében a beteg meghalt.

177. Vékonybélrák. Hasmetszés, a daganat eltávolítása bél-resectioval.

178. Vakbélrák. Hasmetszés, a rákos vakbél eltávolítása.

179. Vakbélrák. Próbalaparotomia. Műtetre nem alkalmas eset.

180. Vakbél-sarcoma. Laparotomia. A vakbél eltávolítása.

181. Vakbél-sarcoma kiirtás bélresectioval és anus praeternaturalis készítése. Beteg 12 nappal a műtét után meghalt.

182. Petefészektömlő. Laparotomia, kiirtás.

183—184. Féregnyűtványlob rohammentes szakban. Laparotomia, a féregnyűtvány eltávolítása. 2 eset.

185—187. Féregnyűtványlob tályoggal. Laparotomia, a féregnyűtvány eltávolítása. Nyílt kezelés. 3 eset.

188—189. Vakbélkörülötti nagy tályogok féregnyűtvány-

lob következtében. Tályognyítás. A féregnyújtványnak másodlagos eltávolítása. 2 eset.

190. Szűrés a 8. bordaközben baloldalt. A szűrés a mell-türegben keresztül a hasüregbe hatolt, a lig. gastrocolicumot elmet-szette. Erős vérzés. Laparotomia, a vérző ütőer lekötése.

(Folytatása következik.)

Közlemény az újtátrafüredi sanatoriumból és viz-gyógyintézetből.

Statistikai adatok a tüdővész sanatoriumi gyógykezeléséhez.

Négy évi betegforgalom (1899—1902) kapcsán.

Irta: *Fái Máttyás Miklós* dr. sanatoriumi rendelő és fürdőorvos.

Manapság, a midőn az összes kulturállamok nemes ambícióval törekednek sanatoriumok felállítására, s a midőn hazánkban is — hála *Korányi* tanár kezdeményezésének és buzgalmának — termékeny talajt és fogékony társadalmat talált e mozgalom; manapság, a midőn a kezdődő tüdővész gyógykezelésénél egyedüli remény a sanatoriumi gyógy-módban van: az ügynek, a közóhaj-nak vélek szolgálatot tenni, ha működésben levő sanatoriumunk, az újtátrafüredi sanatorium négy évi gyógyeredményéről szóló jelentésemet közreadom.

Köztudomású tény, hogy a tüdővész gyógyítása a különféle pharmakologikus gyógyszerekkel meddő munka s eredményeket csupán physikalís-diaetikus-hygienikus kezeléssel, zárt intézeti, úgynevezett sanatoriumi kezeléssel vagyunk képesek elérni, a hol a mai modern irányzatnak megfelelően magát a beteget gyógyítjuk s csak közvetve a *betegséget*. A beteget olyan élet-módba és viszonyok közé helyezzük, hogy a betegség továbbhaladásában megakadályoztassék, ő maga testileg, lelkileg megerősöd-jék s az általános erősödéssel kapcsolatosan a test *természetes védőanyagai* felszaporodjanak s azok vegyék fel a bacillaris invasioval és productumaival a küzdelmet.

Ezen kezelési methodus a *Brehmer-Dettweiler*-féle combinált eljárás, mely lényegében minden fennálló sanatoriumban egyöntetű.

Levegőkúra, dozirozott nyugalommal és mozgással, túltáplálás, edzés, tüdőgymnastika, programmszerű életmód, kioktatás stb. képezik főbb vázát e kezelési eljárásnak. Az apróbb detail-kérdések megvitatása és tárgyalása a specialis szakfolyóiratokban mindig napirenden vannak. (Zeitschrift f. Tuberculose u. Heil-stättenwesens, Tuberculosis etc.)

Míndezek együttes közreműködésével érhetünk el általános javulást és localis gyógyulást. Az itt kimutatandó eredmények mérlegelésénél azonban még figyelembe veendő a *magaslati klímahatás* és a gyógyhely *topographiai viszonyai* is, mert itt a zárt intézeti kezelés *combinálva* van a magaslati klímahatással, melynek sajátosságai a ritka és száraz levegő, verőfény (insolatio), szélcsendesség, oly gyógytényezők, a melyeket ma a tüdővész kezelésénél — a kimelés korszakának letűnése s az edzés korszakának uralma alatt — negligálni nem szabad.

Ugyancsak az eredmények megértéséhez szükséges, hogy a betegek felvételénél talált állapotok beosztására használt eljárásomat ismertessem. Beosztásom — mely *Turban*-tól ered — ma a legelterjedtebb a phthiseotherapeuták között és 3 stadiumot ismer:

I. stadium: ha a kórfolyamat könnyebb természetű s 1 egész vagy 2 fél lebenynél nem nagyobb terjedelmű.

II. stadium: ha könnyebb fajta a megbetegedés s 1 lebenynél nagyobb, de 2 lebenyt túl nem halad terjedelemre nézve, vagy ha súlyosabb a bántalom s legfeljebb 1 lebenyre terjed.

III. stadium: ha a II. stadiumnál nagyobb a baj.

Könnyebb természetűek a disseminált góczok (csékély tompulat, érdes, gyengült sejtes, sejtes hörgi, esetleg hörgi sejtes légzés; apró és középnagy szörtyözrej); *súlyosak* a compact infiltrációk és cavernák (erős tompulat, dobos hang, erősen gyengült (határozatlan), hörgihez közel álló, hörgi és amphorikus légzés, közép- és nagyhólyagú csengő szörtyözrejek).

¹ L. Dr. Fái Máttyás Miklós: A bőrlégzés javításának fontossága a tüdővész gyógykezelésében. Balneol. évk. 1900. évf.

Gyógyult betegnek az eredmény beosztásánál azt tartottam, a kinél többszörös vizsgálat után sem lehetett tüdőbeli elváltozásra találni, a kinél láz, köhögés, köpet s így a *Koch*-féle bacillus kimutathatósága megszűnt s a ki munkabíróvá lett. Természetesen itt csak *relativ gyógyulásról* lehet szó, mintán az intézetből kikerülő betegek további sorsa külső körülmények befolyásától függ, a minők a foglalkozás, társadalmi és egyéb életviszonyok, továbbá az egyéni akaratere is szerepel az eredmény további megóvásánál.

Statistika.

1899. május végétől kezelése alatt állott a f. évi nyári saison végeig:

376 férfibeteg

332 nőbeteg

Összesen: 708 beteg.

Itt csupán az orvosi naplómban szereplő esetek szerepelnek, betegkísérők s más fürdővendégek nincsenek felvéve.

A 708 beteg közül sanatoriumi *tüdőbeteg* volt (az ó és új sanatoriumban) 214. Ezek közül 139 férfi és 75 nő. A többi 494 beteg legnagyobb részt *Basedow*-kóros, neurastheniás, malariás és egyéb a belgyógyászat körébe vágó esetből van összehalmozva. Ez esetek részletes tárgyalását most mellőzve, a 214 *tüdőbeteg* a következő táblázatokban van csoportosítva:

Kor szerint:

15 éven aluli beteg	2	} 129 = 60.5%
15—20 éves	34	
21—25 "	46	
26—30 "	49	
31—35 "	32	
36—40 "	18	
41—50 "	20	
51—60 "	12	
60 éven felüli	1	
Összesen	214.	

A legfiatalabb beteg 14 éves, a legidősebb 75 éves volt.

Családi állapot szerint:

	Férfi	Nő	Összesen
Nem házas	81	27	108
Házas	52	36	88
Özvegy	6	12	18
Összesen:	139	75	214.

Foglalkozás szerint legnagyobb részben szellemi munkások: lelkészek, ügyvédek, orvosok, mérnökök, tanulók, kereskedők, hivatalnokok, továbbá néhány iparos és földműves; nők közül: háztartással foglalkozó asszonyok, leányok, magánzónők, postakezelőnők a kezelt betegek.

In- és extensitás szerint:

	Férfi	Nő	Összesen	%
I. stadiumban	67	41	108	50.4
II. "	52	21	73	34.1
III. "	20	13	33	15.4
Összesen:	139	75	214	

Székhely szerint a tüdőbeli elváltozások:

	Férfi	Nő	Összesen	%
Jobb tüdőben	59	21	80	37.3
Bal "	34	30	64	29.9
Mindkét "	46	24	70	32.8
Összesen:	139	75	214	

Más szerv tuberc. megbetegedése mint *complicatio* 42 esetben volt:

Pleuritis	14
Gégetuberculosis	9
Béltuberculosis	7
Csont-izület tuberculosis	5
Mirigy-tuberculosis	4
Vese-tuberc., végbélfistula	3

Vérzések az intézetben 3 férfi- és 2 nőbetegnél fordultak elő erősebb mértékben, kisebb csíkok a sputumban 9 esetben jelentkeztek.

Láz illetőleg a következők az adatok:

Magas (38.5—40°) lázzal érkezett 57 beteg. Közülük megszűnt a láz néhány nap alatt 22 betegnél. 18 esetben hosszabb idő alatt szállt le a hőmérsék a rendesre. 17 esetben nem szűnt

meg teljesen, de ezek részint III. stadiumban voltak, részint rövid ideig állottak kezelés alatt.

Köpet-elválasztás 116 esetben volt felvételkor (úgynevezett *nyílt tuberculosis*, midőn a *secretio* a küllevegőre képes jutni, ellentétben a *zárt tuberculosis*sal, a midőn a *physicalis* tünetek megvannak s köpet nincs).

Koch-féle tuberculosis-bacillus 78 esetben volt kimutatható. 49 esetben teljesen megszűnt a köpet, 52 esetben részint elveszett a genyes karaktere, részint nem volt többé kimutatható az apró genyes góczokban a *Koch-féle bacillus*.

Súlygyarapodás 190 esetben volt elérhető. Legnagyobb súlygyarapodás heti $3\frac{1}{4}$ kgr. Átlagos heti gyarapodás 1 kgr. Elért legnagyobb súlygyarapodás 16 kgr. Legrohamosabb súlygyarapodás 5 hét alatt $13\frac{1}{2}$ kgr. Átlagos súlygyarapodás $5\frac{1}{2}$ kgr.

A kezelés eredménye a következő táblázatban van kimutatva:

Felvételtkor	T á v o z á s k o r											
	Gyógy.		Javult		Nem javult		Megg.		Gyógyult		Nem Meg.	
	fi	nő	fi	nő	fi	nő	fi	nő	százalékokban			
I. stadium	61	35	6	6	—	—	—	—	88.8	11.1	—	—
II stadium	23	7	26	14	3	—	—	—	41	54.7	4.1	—
III. stadium	—	—	14	6	4	5	2	2	—	60.6	27.2	12.1
214 beteg	84	42	46	26	7	5	2	2	58.8	33.6	5.6	1.9
Összesen:	126 =		72 =		12 =		4 =					
	58.8%		33.6%		5.6%		1.9%					

E táblázatot átnézve látjuk, hogy 214 beteg közül 126 = 58.8% gyógyult, 72 = 33.6% javult; látjuk továbbá, hogy az I. stadiumban gyógyult 88.8%, a II. stadiumban 41%; az I. stadiumban javult 11.1%, a II. stadiumban 54.7%, a III. stadiumban 60.6% s így a 214 beteg közül gyógyult és javult összesen 198 vagyis 92.5%.

Mindezekből kitűnik, hogy legjobb eredmény az I. és II. stadiumban levő betegeknek érhető el magaslati sanatoriumban.

III. stadiumban levő tüdőbetegeknek — plane ha vegyes fertőzés is van jelen — legfeljebb javulás várható; ezek sanatoriumi kezelésre nem alkalmasak, mivel gyógyulást nem láthatunk.

Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.)

Mennyiben értékesíthető a cytodiagnosis a mellüri és hasüri folyadékok természetének elbírálásánál?

Irták: *Kétly László* dr. I. tanársegéd és *Torday Árpád* dr. klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

Az állatkísérleteknél azon eshetőségekkel számoltak, hogy ha a folyadékban csak kevés bakterium volna is, azok az állat hasürébe fecskendezve mint tenyésztésre alkalmas táptalajon elszaporodnak, a szervezetet elárasztják s bizonyos idő elteltével gümőkórra jellegzetes elváltozások támadnak az állat szerveiben. Ezen eljárásnál a véletlenség két irányban hiúsíthatja meg vizsgálatunkat; ugyanis a folyadék esirmentes lehet, vagy az állat a gümőkórral szemben immun lehet. Ezen körülmények elkerülésére az állatba legalább 10 cm³-nyi folyadékot fecskendezzünk be, a beoltást többször ismétljük, alkalmas állatokat alkalmazzunk és lehetőleg több állatot oltunk be egyszerre, melyeknek életben maradásáról a gümös elváltozások létrejövetelének idejéig gondoskodjunk. Ezen vizsgálatokra legalkalmasabb a tengerimalacz, mert magától gümőkórra nem hajlamos s könnyen eltartható. *Ravot* statistikája szerint az elsődleges gümös mellhártyaizsadmányoknál az állatkísérletek csak 48.3%-ban, a másodlagosoknál is csak 77.7%-ban igazolták kétségtelenül a folyadék gümös természetét. *Choffard* és *Gombault* az esetek 50%-ában kaptak pozitív eredményt, míg *Netter* az elsődleges mellhártyaizsadmányoknál 40%-ban mutatta ki azok gümös eredetét. Az állatkísérletet számos körülmény befolyásolhatja. Így megeshetik az, hogy az állatok a gümös elváltozások létrejötté előtt elpusztulnak. Ha az exsudatum nagyon toxikus, az állat a beoltás után rövid idő múlva elhull, a mely körülményt néhány esetben

magunk is észleltük. Ha ugyanazon időben több állatba különböző mennyiségű folyadékot fecskendezünk be, gyakran azt tapasztalhatjuk, hogy a nagyobb mennyiségű folyadékkal beoltott állat nem kap gümőkórt, míg a kisebb mennyiséggel beoltottnál típusos elváltozások lépnek fel. Magunknak is volt alkalmunk ilyen esetet észlelni, midőn ugyanazon váladékkal egy időben két közel egyenlő súlyú tengerimalacot oltottunk be, az egyiknek hasüregébe 60, a másikéba 30 cm³ folyadékot fecskendezvén. Az utóbbi a beoltás után 4 hét múlva elpusztult, hashártyáján, máján és lépén a jellegzetes gümös elváltozásokat találtuk, míg a 60 cm³-rel beoltott állat a beoltás után 6 héttel is életben volt. *Vidal* és *Ravot* azt ajánlják, hogy egyszerre több állatot oltunk be, kezdetben 10—20 cm³-t és az oltást néhány nap múlva 50 cm³-re egészítsük ki. Tekintve e vizsgálati módszer fent leírt nehézségeit és hogy csak az esetek fele jár pozitív eredménnyel, azon álláspontra helyezkedhetünk, hogy a pozitív lelet ugyan az eset gümös volta mellett szól, a negatív lelet azonban nem bizonyít ellene.

Tekintve azt, hogy legalább 3 hét szükséges ahhoz, hogy az állatkísérlet pozitív eredménnyel járjon, az idő hosszú volta miatt ezen eljárás a prognózis felállítására nem alkalmas. A nem gümőkóros eredetű exsudatumoknál ugyanis ezen idő elmúltával a gyógyulás tünetei úgy is mutatkozni szoktak.

Az *Arloing* és *Courmont*-féle seroreactio alkalmas eljárásnak tünt fel a savós gyülemek természetének elbírálásánál. Feltalálói szerint ezen módszer a pleuritisek primaer gümös természetének kimutatására alkalmas. Szerintük ha a folyadék a gümöbacillusok homogen tenyésztését 1:5 usque 1:20 arányban agglutinálja, míg az egyén vérsavója a reactiot nem adja, akkor kétségtelenül primaer gümös pleura bántalommal van dolgunk. *Beck* és *L. Rabinovitsch*, *Koch*, valamint klinikánkon *Torday* és *Gebhardt* (Orvosi Hetilap 1902. 1. sz.) kimutatták azt, hogy ez az eljárás nehézkes és teljesen meg nem bízható. Ugyanis a homogen cultura előállítására nagy nehézségekbe ütközik, átoltása és fertőzéstől való megóvása gondot és figyelmet igényel. Súlyos gümőkórra szenvedő egyének vére nem adja a reactiot, viszont egészséges és nem gümőkórra szenvedő egyének vére olykor agglutinálja a gümöbacillusokat. A módszer hátrányait *Koch* és *Behring* is belátták és más módszerrel nyert homogen culturákkal igyekeztek a technika nehézségein segíteni és az eljárást megbízhatóbbá tenni.

Eddigi tapasztalatok szerint az egyén gümös voltának kiderítésére a kellő óvatosság mellett végzett tuberculin oltások a legalkalmasabbak. A tuberculinból $\frac{1}{10}$ — $\frac{3}{10}$ mgm.-ot fecskendezhetünk be a bőr alatti kötőszövetbe. Positív reactio esetén a hőemelkedés 12 óra múlva várható. A lázgörbe átlag óránként 0.2—0.5° C.-al emelkedik s olykor a 39.0—40.0° C.-ot is eléri. A reactio akkor pozitív, ha az azelőtt teljesen láztalan egyénnél 0.5—1° C.-nyi hőemelkedés mutatkozik. 0.5°-nyi hőemelkedés gümőkór mellett szól; ha a hőemelkedés 0.5° alatt van, az eredmény kétes lévén, a befecskendezés a tuberculin egy nagyobb adagjával megismétlendő. Az egyes befecskendezések között 2—3 napi szünetet tartunk. Minthogy csak láztalan egyéneknek alkalmazható, a heveny elsődleges pleuritisekben szenvedő egyének pedig majdnem állandóan lázasok, a pleuritiseknek ezen eljárás nem válik be. Idült láztalan hashártya gyuladásokban szenvedőknél több alkalmunk lehet a reactio kipróbálására; mi magunk peritonitis chronica egy esetében alkalmaztuk, melynél $\frac{1}{10}$ mgm. tuberculin befecskendezése után 6 óra múlva az előbb teljesen láztalan nőnél 39.5° C. hőemelkedés mutatkozott. Ezen eljárással nyert diagnosis helyes voltát a később gyógygyezékből végzett próbaparatomia is igazolta.

Az eddig vázolt módszerek egyikével sem lehet minden esetben és minden körülmények között megállapítani vagy kizárni a gümőkórt. Ezen körülmény jogosulttá tette egy újabb vizsgálati eljárás ajánlását. Ilyen a *Vidal* és *Ravot*-féle cytodiagnostikai vizsgálat, a mely a mellkasi és hasüri folyadékokban található sejtes elemek görcsövi leletéből állapítja meg a diagnosis. Lényege abban áll, hogy a szervezetet érő kórhatóanyagok minősége szerint más és másféle sejtek reagálnak a kóros behatásra. A tuberculosis eredetű heveny exsudatumoknál, akár elsődlegesen, akár a tüdőben fennálló specifikus folyamat mellett lépjenek is azok fel, lymphocyták találhatók nagy számban, míg a más microbák által okozott pleuritisek polynuclearis neutrophilek vagy microphagok láthatók. A szív- és vesebajoknál vagy ráknál fejlődő exsudatumoknál inkább

transsudatio, mint exsudatio van jelen s ezért ily eseteknél sok endothel-sejtet találunk a pleuralis vagy peritonealis folyadékban. A mechanikus eredetű exsudatumoknál később lymphocyták vándorolnak be s azért az endothel-sejtek mellett ezen képletek is láthatók, de kisebb számban, mint a gümös eredetű exsudatumoknál.

Vidal és Ravot szerint gümös eredetű exsudatumoknál endothel sejtek nem találhatók, vagy csak kis számban, mivel a képződő álhártya az endothel-sejtek leválását megakadályozza. Mechanikus eredetű exsudatumoknál az endothel-sejtek bőven találhatók, melyeknek jelenléte elégséges a kórjelzés megállapítására. A heveny pathogen mikrobák által okozott pleuritiseknél leukocyták és nagy mononuclearis sejtek bőségesen láthatók, olykor néhány izolált endothel-sejt is. A lymphocyták a folyadékban csak másodlagosan lépnek fel. A cytodiagnosis a most leírt képtől eltérő leletet mutat, ha a folyamat már régi. Ilyenkor gümös eredetű pleuralis bántalomnál is előregedett, alig felismerhető polynuclearis s néhány amorph-képlet található a látótérben. Az esetek megítélése ilyenkor a cytodiagnosis alapján lehetetlen s egyedül a klinikuson áll a physikális vizsgálatból a helyes kórjelzést megtenni. E kérdéssel már Ehrlich, Quincke, Grawitz, Fränkel, Rosenbach előzetesen foglalkoztak. Vidal-nak és tanítványának az érdeme az, hogy e vizsgálatokat folytatván, egy újabb diagnosztikai eljárást állapítottak meg. Honfitársai közül Dieulafoy, Bard, Dopter, Sicard, Barjon, Cade, Tuffier, Milian foglalkoztak ezen eljárással, a németek közül pedig Wolff, az olaszok közül Patella.

A cytodiagnosis irodalmát e helyen csak rövidesen ismertetjük, mert e lap hasábjain legközelebb megjelenő hasontárgyú közlemény arra bővebben terjeszkedik ki.

Dieulafoy és Bard ezen eljárást a primaer mellhártyagyulladások természetének eldöntésére felette alkalmasnak tartják. Dopter nagyobb számú mellkasi, hasi, pericardialis, térdizületi és hydrokélés; izzadányt vizsgált meg, eredményei Vidal és Ravot leleteivel megegyeznek, csupán a hydrothoraxnál kapott olykor ellentmondó adatokat. Influenza után támadt pleuritisek gümös eredetét sikerült a cytodiagnosisal kimutatnia. Cirrhosis hepatis miatt fejlődött szabad hasvíz gyűlemben nagyobb számú polynuclearis és endothel sejtet talált. Ezen körülmény azon nézetet erősíti meg, hogy a cirrhosisal járó ascites peritonitises sérelmekkel (a hashártya gyuladásaival) jár.

Barjon és Cade szívbetegségeknél tüdő-infarctus miatt támadt exsudatumokat vizsgálták. A cytodiagnosisos lelet a hydrothoraxétól az alakelemek és a polynuclearis sejtek bősége által különbözött. A kép a metapneumoniás exsudatumhoz hasonlít, mert az infarctus a pleurán helybeli reactiót vált ki. Így tehát klinikai tünetek híján is megállapítható, hogy egy szívbetegnél fejlődő mellkasi folyadék gyűlem hydrothorax vagy infarctus által okozott lobos exsudatio-e. Tuffier és Milian a cytodiagnostikát a gümös eredetű hashártyagyulladás és az ovarialis cysták közötti megkülönböztetésre használták fel.

Sicard és Brissau, Monod, Griffon, Mareon, Mutzner, Nageotte, Babinsky, Joffroy, Souques, Rendu stb. a cerebrospinalis folyadék alakelemeit vizsgálták.

A németek közül Wolff a cytodiagnosisist a primaer pleuritisek eredetének kutatására alkalmasnak tartja. Szerinte a gümös eredetű mellhártyagyulladásnál igen sok lymphocytá található a mellüri folyadékban, míg más eredetű exsudatumban annyi lymphocytát sohasem találunk. Előfordulhat a pleuritis kezdeti szakában, hogy a gümösbacillusok vagy esetleg más bakteriumok is positiv chemotaxist fejtenek ki, mi miatt a pleuritises folyadékban leukocytákat fogunk találni. Később a bakteriumok elpusztulnak, s velük a leukocyták eltűnnek s lymphocyták lépnek előtérbe. Tévedések elkerülése végett a pleura folyadékok két hetenként való megvizsgálását s a lymphocyták megszámlálását ajánlja. Azt tartja, hogy gyakran juthatunk oly helyzetbe, a mikor morphologiai diagnosist nem tehetünk. Így az endothel sejtek annyira degenerálódhatnak, hogy nem lehet őket felismerni. A magvak felduzzadnak, máskor a mag centralis helyzetéből kilép és excentrikusan fekszik. Ilyenkor a vér nagy mononuclearis sejtjeitől nem lehet megkülönböztetni. Utóbb az epithel sejt, a melyen sokszor leukocyták ülhetnek, a mag kiesése után körvonalait annyira elveszítheti, hogy felismerhetetlenné válik. Az

endothel sejtek felismerésére különböző festési módszereket ajánl. A lymphocytosist a gümösbacillusok toxikus hatásából magyarázza.

Patella azt tartja, hogy a lymphocyták nem a vérpályákból kerülnek a pleuralis folyadékba, mert akkor nem fordulnának elő nagyobb számarányban, mint a vérben; hanem az a nézete, hogy a lymphocyták a desquamált endothel sejtek magvai, melyek a sejtek elhalása után caryorrhexis útján azokból kilépnek. Ezen caryorrhexist kémesőben is elő tudta állítani. Ezek folytán a lymphocyták fellépése specifikus reakciónak nem tartható. Az eljárás nem alkalmas a hasüri vizgyülemek eredetének kimutatására.

Azon kedvező eredmények, melyeket e tárggyal foglalkozók Vidal és Ravot módszerével értek, arra birtak bennünket, hogy ilyen irányú vizsgálatokat magunk is végezzünk. Az alábbi vizsgálataink eredményét részletesen ismertetjük.

1. Elsődleges gümös mellhártyalobok.

I. K. K. 32 éves. Beteg lett 5 hét előtt. Felvételt 1901. december 7. Kórelőzmény: Családjában tuberculosis nem fordult elő. Két terhessége elvetéssel végződött. Jelen baja baloldali szűrással kezdődött láz kíséretében, a mely után nemsokára nehéz légzése támadt. Felvételtor éjjel izzad, de nem köhög, szomjas, étvágytalan, hőemelkedései vannak.

Felvételi állapot: Az egész bal mellkasfél felett úgy mellül, mint hátul tompa kopogtatási hangot kapunk, míg jobb oldalon t. é. n. dobos a kopogtatási hang, jobb oldalon a tüdőhatárok normalisak.

Hallgatódzva a jobb tüdőfél felett puha, sejtés a légzés; a bal tüdő felett, annak felső részén hörgi színezetű gyengült légzés hallható, lefelé légzés nem hallható, a bronchophonia és a pectoral fremitus gyengült. Punctio alkalmával a bal mellkasürből 1600 kem. tiszta sárga savó ürült, a melynek fajsúlya 1016, fehérje tartalma 3.5% volt. Beteg 1901. december 7-dikétől 1902. január hó 7-dikéig fektű a kóródán, a mely idő alatt majdnem mindennap 37.8° C-ig terjedő hőemelkedései voltak. Köpetet nem ürített. Több ízben csapolatott. Távozáskor a tompulat bal oldalon a 7. bordáig feltisztult. A bal csúcs felett rövidebb a kopogtatási hang, azonban felette légzési eltérés nincs. Klinikai diagnosis: exsud. pleurit. lat. sin.

A pleuralis váladékban sok lymphocytá és néhány piros véresejt találtatott.

II. K. J. 24 éves varrónő. Beteg lett 2 hét előtt. Felvételt 1901. december 12-dikén. Távozott 1902. január 6-dikén. Kórelőzmény: Apja 72 éves korában mellbetegségben halt meg. Baja kezdetéig, a mely 2 héttel felvétele előtt baloldali szűrással kezdődött, teljesen egészséges volt.

Felvételi állapot: A bal mellkasfél oldalsó része erősebben elődomborodik, mellül a 4. bordától, hátul a 6. bordától lefelé tompa a kopogtatási hang, a tompulat felett a légzés, bronchophonia és pectoral fremitus gyengült. A csúcsok felett légzési eltérés nem hallható. A próbaesapolás alkalmával a bal mellürből tiszta, sárga savó ürült, melynek fajsúlya 1021 volt. Ismételt köpetvizsgálat tuberculosis-bacillusokra negativ volt. 1901. december 21-dikén megcsapolatott; a mellürből 1600 cm³-nyi tiszta sárga savó ürült. Távozáskor a bal csúcs felett valamivel rövidebb a kopogtatási hang; felette időnként búgások és füttyhangok hallhatók. K. d.: exsud. pleurit. lat. dextr. et infiltr. apic. pulm. dextr.

Ugy a próbaesapoláskor, mint a csapoláskor kapott pleuralis váladékban sok lymphocytá.

III. Özv. V. G. 35 éves, beteg lett 1902. február hó 14-dikén, felvételt 1902. február hó 21-dikén. Megelőző betegségei nem voltak. Felvételi állapot: Bal oldalon mellül a III. bordától, hátul a III. hátcsigolya magasságától lefelé terjedő tompulat található; a bal tüdőcsúcs felett kissé érdes légzés hallható. A tüdőcsúcsokon az egész észlelés alatt sem lehetett biztos elváltozást kimutatni. Köpete nem volt.

Felvételtől február 22-dikéig lázas volt, kivált a délutáni órákban, attól kezdve láztalan. Távozáskor a tompulat a bal mellkasfélben hátul a VI. bordánál, a középső hónaljvonalon az V. borda alsó szélénél kezdődik. A bal csúcs felett valamivel rövidebb a kopogtatási hang, ugyanott érdes be- és hangos kilégzés hallható. K. D. Exs. pleurit. l. s.

A felvételtor eszközölt próbapunctio alkalmával kapott folyadékban néhány elmosódott körvonalú polynuclearis leukocytá s nagyobb számú lymphocytá volt. A III/14-dikén kapott folyadékban majdnem csupa apró lymphocytá volt.

III/14-dikén 20 cm³ váladékkal beoltott állat III/27-dikén megdöglött. Bonezlelet negativ.

IV. K. K.-né 27 éves. Beteg lett 1902. március közepén, a kliukára felvételt 1902. április 14-dikén, távozott április 23-dikén. Klinikai diagnosis: Exsud. pleuriticum lateris sinistri. Apja mellbetegségben halt el, egy testvére 18 éves korában szintén tüdővészben halt meg. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy f. é. március közepé óta erős oldal-szűrássai vannak, melyek Priessnitz-bőrogozásra és orvosa által rendelt porokra enyhültek, de teljesen nem szűntek meg. Április hó eleje óta bal oldalában erős fájdalmak bántják, fullad, köhög, de köpetet nem ürít, 2 hét óta erősen izzad. Napközben többször érez forróságot, utóbbi időben lefogyott.

Felvételi állapot: Bal oldalt a kulcsesont feletti és alatti árokban a jobb oldalánál valamivel magasabb a kopogtatási hang. A tompulat felső határa bal oldalon a bimbó vonalon a IV. borda, hátul a

lapoczkákon a VI. borda felső szélé. Hallgatódzásnál a jobb tüdő felett mindenütt kissé érdes-sejtes légzés hallható. A bal tüdő csúcsa felett kissé gyengült a légzés, a tompulatnak megfelelő tüdőrészek felett pedig részint alig, részint egyáltalában nem hallható a légzés. IV/14-dikén a betegnél próbapunctio eszközöltetett, a mikor is szalmasárga, elég tisztá, alig zavaros, áttetsző savót kaptunk, melynek fajsúlya 1026, fehérjetartalma 3^o/o volt. Április 20-dikán a beteg megcsapoltatott és bal mellkas feléből 420 cm³ savó ürült, melynek fajsúlya 1022, fehérjetartalma 2^o/o volt. A kórodán léte alatt a betegnek 37^o6-ig terjedő hőemelkedései voltak, éjjel keveset izzadt, köpetet nem ürített. Távozáskor a csúcsokon pozitív elváltozást nem lehetett kimutatni.

A próbapunctio alkalmával nyert váladékban sok piros vérsajt mellett: kis lymphocytá 894. Endothel sejt 49.

A próbapunctio alkalmával nyert váladékkal április 14-dikén tengerimalacz oltatott be. IV/20-dikán az állatba újból 20 cm³-nyi mellkasi váladék oltatott be. Az állat 1902. május 16-dikán elpusztult. A májon és peritoneumon tuberculumok találtak.

IV/20-dikán eszközölt punctio alkalmával nyert váladékban: Lymphocytá 855. Endothel sejt 15.

V. B. V. 25 éves, tűzoltó. Beteg lett 1902. április 10-dikén. Felvételt április 16-dikán. Elbocsátott április 19-dikén. Klinikai diagnózis: Exsudatum pleuriticum lateris dextri. Atyja mellbetegségben halt el. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy április 10-dikén meghült, mire köhögni kezdett és úgy köhögésnél, mint mély légvételnél jobb oldalában szúrást érzett. Lélegzete nehéz volt, hamar elfulladt. *Felvételi állapot:* Jobb mellkasfél a légzésnél visszamarad. A jobb kulcsosont feletti és alatti árkokban kissé tompult a kopogtatási hang, mely a II. bordánál erősebben tompult, a III. bordánál pedig abszolút tompává válik a parasternalis és bimbóvonalakban. A középső honaljvonalban a III. bordától lefelé abszolút tompa kopogtatási hangot nyerünk. Hátul a tövis feletti árkokban tompult kopogtatási hangot kapunk, mely a gerincz melletti és scapularis vonalakban az V. bordától lefelé abszolút tompává lesz. Hallgatódzásnál a jobb mellkasfél felső része felett, ott a hol tompult kopogtatási hangot nyerünk, érdes alaplégzés mellett bűgások és fűtyhangok s néhány szörtyözörej hallható, lejjebb az abszolút tompulat felett légzés nem hallható, ugyanott a bronchophonia és pectoral fremitus is hiányzik. Betegnél április 17-dikén punctio végeztetett, mikor is 1400 cm³ véres savó ürült; fajsúlya 1020, fehérjetartalma 3^o/o volt. A kórodán léte alatt betegnek 38^o7^o C-ig terjedő hőemelkedései voltak, keveset köhögött, köpetet nem ürített. IV/24-dikétől kezdve láztalan. A pleuralis váladék vizsgálatának eredménye:

Lymphocytá 340.

Endothel sejt 70.

Piros vérsajtek mellett sok lymphocytá, rosszul festődött hámsejtek, egyenlőtlenül festődött kerék képletek láthatók görcsű alatt. Tengerimalacz beoltatott április 18-dikán, megdögölt május 13-dikán, bonzolelet gümőkórra negatív.

Távozáskor a lelet: Mellül a tompulat az V. alsó, hátul a VII. alsó szélénél van, mellül és hátul frictio hallható.

VI. P. E. 11 éves, tanuló. Beteg lett 1902. február elején, felvételt 1902. április 2-dikán, távozott 1902. április 17-dikén. Családi terheltség nincs. Két hónap óta köhög, nem köp, ugyanezen idő óta bal oldalában szúrásokat érez. Felvételi állapot: A bal tüdő felett mindenütt t. é. n. d. kopogtatási hangot kapunk, míg a jobb oldalon a II. bordától lefelé tompa kopogtatási hangot. A bal tüdő felett érdes légzés hallható, a jobboldali tompulat felett légzés nincs. Betegen április 2-dikán punctio végeztetett, mikor is jobb mellkasfeléből 1500 cm³ kissé zavaros savó ürült, melynek fajsúlya 1016, fehérjetartalma 4^o/o volt.

A punctio után a jobb tüdőcsúcs feletti hallgatódzási és kopogtatási eltérést nem lehetett kimutatni. Beteg felvételétől április 6-dikig lázas volt, attól kezdve a távozásig láztalan.

Klinikai diagnózis: Exsudatum pleuriticum lateris dextri.

A pleuralis váladék görcsűvi vizsgálata alkalmával a következőket találtuk:

Kis lymphocytá 485

Polynuclearis leucocytá 15

Azonfelül néhány endothelsejt is volt látható.

Tengerimalacz április 2-dikán oltatott be 20 cm³-nyi váladékkal. Megdögölt május 15-dikén. A májon és peritoneumon tuberculumok találtak.

2. Másodlagos heveny gümbs eredetű mellhártyalobok.

VII. J. M. 42 éves, póstaszolga. Beteg lett 1901. júliusban, felvételt 1901. december 19-dikén, távozott 1902. január 7-dikén. *K. D. Pleuritis exs. lat. dextri. Inf. ap. pulmon. dextr.* Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 1901. december hava óta nagyobb mértékben lázas és jobb oldalában szúrást érez. Felvételi állapot: A jobboldali mellkasfél a szegycsont melletti vonalban a III. borda alsó szélétől, a közép honaljvonalban a IV. bordától lefelé tompa kopogtatási hangot ad. Hátul az V. bordától lefelé. A leirt tompulat felett légzés, mellrengés és a hörghangzás gyengült. *Köpetben tuberculosis-bacillusok* kimutathatók. Betegen december hó 19-dikén próbapunctio eszközöltetett, eredménye tiszta sárga savó, melynek fajsúlya 1026, fehérjetartalma 3^o5^o/o volt. December hó 23-dikán beteg megcsapoltatott, mely alkalommal a jobb mellkasfeléből 1600 cm³, kissé zöldes folyadék ürült.

Távozási állapot. A tompulat felső határa a szegycsontmelletti vonalban az V. borda, hátul a lapoczká és a gerinczmelletti vonalban a

IX. borda felső szélé. Jobb csúcs felett hátul, valamint mellül a kulcsosont feletti árkokban tompult a kopogtatási hang, fölülte érdes alaplégzés mellett bűgások és fűtyhangok hallhatók.

A pleuralis váladékban lymphocytákat és néhány vörös vérsajtet találtunk.

(Folytatása következik.)

A jodmérgezésről egy érdekes eset kapcsán.

Közli: *Tóvölgyi Elemér* dr.

(Vége.)

Avellis egy esetében az oedema a gége egyéb részein kívül a hangszálak alatt is kifejlődött; oly esetek is közöltettek, hol az oedema unilateral is körülírtan lépett fel (Stankowski, Groenow stb.), de hogy teljesen körülírtan csupán a hangszálak alatt állott volna elő, eddigelé tudtommal még nincsen ismertetve. Lublinski esetében az oedema a légső mélyebb részén fejlődött ki.

Esetemben a luetikus gummának és utána a jodoedemának a gége csaknem ugyanazon helyén való fellépése szintén a mellett szólana, hogy a jod mérgező hatása leginkább ott nyilvánul, hol a szövetek ellentálló képessége meg van gyengülve, hol egy locus minoris resistentiae áll fenn egy avagy más ok következtében.

A jodmérgezés egyik leggyakoribb és legelső tünete a jodnátha. Heveny esetekben miben sem különbözik egy közönséges náthától.

Az orr megdagad, megveresedik, a meglazult nyálkahártya megduzzad, bő váladékot termel, arcduzzadás, homloknyomás és fejfájdalmak a kísérő tünetek (Lewin). Az utóbb említett két tünet, úgymint a homloknyomás és fejfájdalmak már arra mutatnak, hogy valószínűleg a melléküregekben is megkezdődött a gyulladás. Heveny esetekben e tünetekkel egyidejűleg, az idültben rendszerint kissé később fejlődik ki a szemhéjak oedemája, a melyhez kivételesen a homlok, arczór és fülkagylók diffúz infiltratioja is csatlakozhatik, úgy hogy a beteg arca egészen kivetkőzik a formájából. Mórör ez alakot a facies leonina névvel illeti. A szemek részéről photophobia, amblyopia, diplopia, muló amaurosis, a látás élességének a gyengülése jöhetnek létre a jodintoxicatio következményeként (Lewin).

Az általam észlelt esetről a szemek részéről fennálló tünet a kettős látás volt. Ennek, eltekintve a Jacques esetétől, hol a sinusitis frontalishez társuló keresztezett kettős látást a jobb felső szemizom insufficienciája okozta, három irányban is kereshetjük az okát.

Az első, a mire leginkább gondolhatunk és a mi a legvalószínűbb, az a periorbitalis szövet oedematosus infiltratioja, miután, mint tudjuk, a jod hatása főleg a szövetek oedematosus megduzzadásában nyilvánul.

Az orbitalis szövet gyulladásos infiltratioja pedig oly nagy fokot érhet el, hogy a látóideget comprimalhatja (Silex), a szemgolyónak in toto való eltávolítását ezek szerint szintén hozhatja.

Hogy a jod specifikus hatásaként is jelentkezhetik kettős látás, a mint azt Rottenbiller állítja, nem tagadható, azonban az általam észlelt esetről a legkevesebb valószínűséggel bír, annyival inkább, miután nem szabad felednünk, hogy a baloldali frontalis üreg betegemnél oly fokban meg volt támadva, hogy a kettős látást a bal homloküreg orbitalis falának a szemgolyóra gyakorolt nyomása is okozhatta, azaz ama körülmény, a mi a homloküreg egyszerű empyemájánál és még gyakrabban, fokozottabb mértékben a dilatatioknál érvényesül. E legutóbbi feltevést, hogy betegemnél a baloldali homloküreg kezdődő dilatatioja állott fenn, sok más tünet is támogatni látszik. Először is a jodintoxicatio következtében a melléküreg nyálkahártyájának az oedemája oly nagy fokot érhet el, hogy tulajdonképeni üregről nem is beszélhetünk, a megduzzadt nyálkahártya azt egészen kitölti. Ez tetemes nyomást képes kifejteni, a minek folytán legelső sorban épen a legvékonyabb orbitalis fal fog engedni, és a szemgolyót, mint az dilatatioknál történik, le és kifelé szorítja.

A kezdődő dilatatioknak egy másik valószínű tünetét képezte a bal homlokcsontnak körülbelül az üreg határaihoz mért elődomborodása, habár az sem tagadható, hogy e tünet egy diffúz

jodperiostitisnek is lehetett a következménye. Ez utóbbi eshetőség a tágulat előállítását azonban szintén megkönnyíti, miután a dilatationál a fokozatosan kifelé nyomuló és egyszersmind vékonyodó csont ellentállása csak még inkább csökken, ha maga a csontos fal is beteg.

A homloküreg kitágulása minden irányban egyenletesen szokott fejlődni, a klinikai megfigyelés azonban csak az elülső és alsó fal tágulását konstatálhatja a homloktáj duzzadása, azután a szemgolyó le és kifelé való eltolódása által. (Kreck.)

A naso-orbitalis hyperostosis, mint a mi a homloküreg dilatationak egy fontos tünetét képezi (Etienne-Rollet, Valude), ez esetben jelen nem volt, de ez nem is fejlődik ki a tágulat minden esetében és e mellett a kezdődő tágulatnak nem is képezi szükség szerint az első tünetét, hanem utóbb fejlődik.

A homloküreg tágulatát nem csak mucocèle, de egy egyszerű empyema is okozhatja azon esetben, ha a canalis frontalis hosszabb időn át el van záródva (Killian). Esetemben a középső orrkagyló nagy duzzanata és a sondázás sikertelensége szintén az elzáródás mellett szólt, e mellett a homloküreg gyuladással oedemája is a jód állandó szedése miatt lassan bár, de folyton fokozódott.

Mind e körülményeket egybevetve, habár határozottan állítani nem lehet, mégsem mondható lehetetlenségnek, hogy a homloküreg tágulata teljesen kifejlődött volna, ha a beteg a jodot még ezután is és hosszú ideig tovább szedi.

Végül még amaz eljárásokról akarok szólni, a melyek a jod-intoxicatio kifejlődésének a megakadályozására szolgálnak.

Saját tapasztalataim szerint is úgy vélem, hogy a jodnak natrium bicarbonicummal együtt (Röhmman, Malachowsky) tejben való adagolása (M. Schmidt etc.) még a legjobb módszer az intoxicatio elkerülésére, habár ily módszer mellett is találtam több ízben idiosyncrasiát.

Ehrlich ezelőtt néhány évvel a salétromsav theoria alapján a sulfanilt (minden másodnap 3-4 gr.) ajánlotta, mint a mely szer a salétromsavat megkötni képes. Hogy bevált volna, ninesen nyoma az irodalomban. Mások az orr- és garatüregekben kifejlődő jodismus ellen a belladonna extractumot ajánlották (Aubert, Leloir, Besnier, Briquet).

Lelden, Norris, Sander a bromkaliumot rendelik egyenlő mennyiségben a joddal, állítólag igen kielégítő eredménnyel. Sellei a chlormentes diatával tett nagyobb arányú kísérletet, és kimutatta hogy a jodismust megakadályozni sok esetben ezzel sem sikerül.

Rottenbiller a jodkalium szedés alatti fűrésztést ajánlja.

A már fennálló jodismus megrövidítésére Wenhardt czélszerűnek tartja az alkohol egyidejű adagolását, miután Rintaró Mori kimutatta, hogy az alkohol a jodnak a vesék révén való kiválasztását elősegíti.

A már fennebb elmondottak alapján czélszerű, ha az intoxicatio elkerülése céljából a jodkalit nem rendeljük túlságos kis adagban. Legczélszerűbbnek találtam magam is a következő formulát: Rp. Kalij jodati 10-20: 150.0, Natr. bicarb. 5.0, Glycerin 10.0. M. B. S. 3-szor napjában 1 evőkanállal felpohár tejben.

Ujabbán a jodnak egy fehérjeösszetételét, a jodipint ajánlják több oldalról, mint a mely állítólag intoxicatiót nem hoz létre és ott is hat, hol a jodkali adagolása nem vezetett eredményre (Radestock, Sessous). Per os a jodipin 10%-os oldatából 2-5 gr.-ot adnak pro die, subcután Holzhäuser és Klingmüller a jodipin 25%-os felmelegített oldatát fecskendezik a hát bőrébe. Az előbbi szerző hét eset közül egyben kifejezett jodismust észlelt, úgy hogy a jodipint abba kellett hagynia. Blanck csak az esetben tartja czélszerűnek a jodipin subcután alkalmazását, ha maradandó hatást akarunk elérni, a gyorsan elérendő hatás szüksége esetén azonban a jodkalit följébe helyezi a jodipinuk, a mely csak a jodkalira fellépő idiosyncrasiában esetében adandó belsőleg, avagy elysma alakjában.

Befejezésül még a jodalbacidot kell megemlítenem, a mely jodpraeparatum ott van a helyén, hol a jód hosszabb ideig adagolandó és a hol jodismusra van hajlam. Előnye volna az is, hogy a gyomor-béltractust egy cseppet sem izgatja. Adagja naponta három usque négy gramm (Zülzer).

Irodalom: Fenwick: Severe case of jodism, tracheotomy. Lancet. 1875. — P. Ehrlich: Ueber Wesen u. Behandlung des Jodismus. Charité Annalen. 1885. — Bresgen: Zwei Fälle von schwerem acuten Jodismus. Centralbl. f. klin. Med. VII. 9. 1886. — C. Kopp: Ueber eine seltene Erscheinung bei acutem Jodismus. Münch. med. W. 1883. — Binz: Vorlesungen über Pharmakologie. 1886. 206. l. — Lewin: Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. 1881. — Nélaton: L'abeille médicale. 1853. — Fossagrives: L'union médicale. 1860. — Rilliet: Bullet. de l'acad. de méd. 1860. — Nègre: Sur un cas d'iodisme aigu. Bull. gén. de thérap. 1887. — Rice: Unilateral Jodismus. Deutsch. m. W. 1888. 28. sz. — Taylor: Dermatitis tuberosa als Folge von Jodkalium-Intoxication. Monatsh. f. prakt. Derm. 1888. — Rieder: Ueber einen besonderen Fall von Jodismus acutus etc. Münch. med. W. 1887. — Gerson: Acute Jod-intoxication bei einem Nephritiker. Münch. m. W. 1889. — Röhmman u. Malachowsky: Ueber Entstehung u. Therapie des acuten Jodismus. Therap. Monatsh. 1889. — Oppenheimer: Ueber Jodkaliumwirkung. Ther. Monatsh. 1889. — F. Peltesohn: Ueber Larynxoedem. Berl. klin. W. 1889. — Tournier: Action de l'iodure de potassium sur l'organisme etc. Gazette des Hopitaux. 1889. — Ferguson: Two cases of distension of the frontal sinus. New-Zealand med. Journ. 1889. Arch. f. Augenheilk. 1890. — Gutteling: Die Behandlung der Psoriasis vulgaris mit Jodkalium. Therap. Monatsh. 1889. — Rose: Das Jod in grossen Dosen. Virch. Arch. 35. k. — Mracek: Zur Syphilis der Orbita. 1886. — Wolf: Ueber Jodkaliumwirkung bei Syphilis. Wiener med. W. 1890. — Groenow: Acutes Glottisödem nach Jodkaliumgebrauch. Ther. Monatsh. 1890. — Heymann: Berl. laryng. Gesellschaft. 1891. — E. Schmiegelow: Zwei Fälle von acutem Jodödem des Larynx. Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1893. — J. Frank u. S. Kunz: Tuberculosis of the frontal sinus. New-York Med. Record. 1894. Centralbl. f. Laryng. 1895. — Zeissl: Ueber Jodoedem. Mitth. d. Wiener med. Doct.-Collegiums. 1894. Arch. f. klin. Med. 1895. — K. Franz: Acute Jodvergiftung. 1894. — Zeissl: Jodpräparate. Wien. med. Doct.-Coll. Therap. Monh. 1895. — Briquet: De l'iodisme etc. Sem. méd. 1896. — Rosin: Ueber eine seltene Form des Jodismus. Ther. Monh. 1896. — Hampel: Acuter Jodismus. Ther. Monh. 1896. — Zeissl: Ueber Lungenödem in Folge von Jodintoxication. Klin. u. exp. Stud. etc. 1896. Berlin. — Weber: De l'intoxication iodique. Rev. gen. de clin. et de thérap. 1896. — Silex: Berl. klin. W. 1896. — Kreck: Beitr. zur Patholog. u. Therapie des chronisch. Stirnhöhlen-empyems. Münch. med. W. 1896. — R. Topp: Ein Fall von hochgradiger Idiosyncrasi gegen Jod. Ther. Monatsh. 1896. — Frankenberger: Acute Laryngitis nach innerem Jodgebrauch. Mon. f. Ohrenh. 1897. — Stankowski: Zwei Fälle von acutem Larynxödem nach Jodkaliumgebrauch. Münch. med. W. 1897. — D'Ercole: Un caso di sinusiti combinata consecutiva a sifilide etc. Gazette di Torino. 1897. — Radestock: Ueber Jodpräparate etc. Ther. Monh. 1897. — Moncorgé: Arch. génér. de méd. 1897. — Brin: Accidents laryngées mortels au cours du traitement antisyphilitique. Soc. anatom. Paris. 1893. — Danlos: Tuméfaction des glandes sous-maxillaires d'origine jodique. Soc. méd. des Hopitaux. 1898. — Jaques: Complications oculaires de la sinusite frontale. Press. méd. 1898. — Prioux: Tumeur intracranienne simulant l'empyème du sinus frontal. Congrès d'ophtalmologie. 1898. — Lermoyez: Diagnostic et traitement de sinusites aiguës de la face etc. Presse méd. 1898. — Lapersom: De quelques manifestations orbitaires des sinusites. Press. méd. 1898. Annal. d'ocul. 1898. Arch. d'ophtal. 1898. — Bernard: Sinusite aiguë non suppurée à pneumocoques. Rev. hebdom. d. laryngol. 1898. — A. Wallenberg: Empyem des linken Sinus frontalis etc. Neurol. Centrbl. 1898. — K. Franz: Acute Jodvergiftung. Wien. klin. W. 1899. — Valude: De la mucocèle du sinus frontal. Annales d'oculistique. 1899. — Radestock: Ueber Jodpräparate und deren Dosierung. Therap. Monh. 1899. — Zeissl: Ueber den Einfluss von Jod auf den Gehirndruck. Arch. f. Derm. u. Syph. 43-44. k. — Kunkel: Die specielle Toxikologie. 1899. — Avellis: Jodoedem des Kehlkopfes. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 1899. — Jaunin: Jodisme constitution., thyroïdisme et maladie de Basedow. Revue méd. Suisse etc. 1899. — Gautier: Encore l'iodé et la glande thyroïde. Revue méd. Suisse etc. 1899. — Muck: Ueber das Auftreten der acuten Jodintoxication etc. Münch. med. Woch. 1900. — D. Risley: Verdrängung des Augapfels durch Stirn- u. Siebbeinhöhlenerkrank. Internat. Medical Magazine. 1900. — Seifert: Zur Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. 1899. — E. Wertheim: Beiträge zur Pathologie und Klinik der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. Arch. f. Laryngol. 1900. — Buck et Moor: L'iodé. Belgique méd. 1900. — Lubet-Barbon: Diagnostic de la sinusite maxill. etc. Presse médicale. 1900. — Vieuse: De l'empyème du sinus frontal et de ses complications orbit. Rec. d'ophtal. 1900. — Bourgeois: Sinusit. ethmoid. frontal. und Orbitalphlegmone. Ophtalm. Klin. 1900. — Carli: Tre casi di sinusit. frontale. Arch. ital. di olog. 1900. — Zimmermann: Ein Osteom des Sinus frontal. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1900. — Habermann: Ueber Cholesteatom d. Stirnhöhle. Zeitschr. f. Heilkunde. 1900. — Treitel: Ein Fall von Nasenerweiterung. Berl. klin. W. 1900. — Brisson: L'oeil et les tumeurs des sinus de la face. Arch. prov. de clin. 1900. — Heymann: Handb. d. Laryngologie etc. 1900. — M. Schmidt: Kehlkopfkrankheiten etc. 1896. — Risley: Verdrängung des Augapfels durch Stirn- und Siebbeinhöhlenerkrank. Internat. Medical Magazine. 1900. — Sessous: Ueber die therap. Verwendung des Jodipin. Münch. med. W. 1900. — Zülzer: Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphilis. 1900. — K. Holzhäuser: Zur Jodipintherapie. Arch. f. Derm. u. Syphil. 43-44. k. — Etienne Rollet: De l'hyperostose naso-orbitaire, signe de la distension du sinus frontal. Lyon. méd. 1901. — M. Weiss: A syphilis gyógykezeléséről. Orvosi Hetilap. 1901. — Fürth Karl: Akut. Jodismus. Wien. klin. W. 1902.

göngyölve kiszolgáltatni s annak megtörténtét ugyanakkor az ellenőrzési könyvben nevük aláírásával igazolni.

3. A bábáknak.

A bábák kötelesek jövőben születési működések alkalmával a hivatalos „Magyar Bábakönyv”-ben foglaltakhoz alkalmazkodni s a most kiadott „Rendelet és utasítás”-t minden részében pontosan és szigorúan betartani.

Midőn még megjegyzem, hogy kihágások eseteiben az eljárás az 1897. XXXIV. t.-cz. 19. §-ának 4. pontja értelmében a közigazgatási hatóságok hatáskörébe tartozik, tudatom czímmel, hogy a most megküldött „Rendelet és utasítás” más nyelvű példányaikat megfelelő számban később fogom czímmel megküldeni.

Jelen rendelet és az ahhoz csatolt „Rendelet és utasítás” folyó évi november hó 1-én lép életbe.¹

Budapesten, 1902. évi október hó 3-dikán.

Széli s. k.

Felhívás közegészségtani muzeumok létesítésére.

Liebermann Leó dr. a közegészségtan ny. r. tanára a budapesti egyetemen a következő beadványt intézte a magyarországi megyeszékhelyek városi tanácsaihoz.

Tekintetes városi tanács. A tapasztalat azt bizonyítja, hogy akkor, a mikor bizonyos ismereteket lehető széles körökben akarunk terjeszteni, aránylag csak csekély eredményt várhatunk az írásbeli, nyomtatványok útján való oktatástól, hogy ennél már jobb az élő szó, de hogy a leghasznosabb a közvetlen szemléleten alapuló oktatás, egyrészt azért, mert a tételek valóságáról a szemlélő maga meggyőződik, másrészt, mert a tanulás ezen módja kerül legkevesebb szellemi megerőltetésbe.

Ha ezen általános és — a mint reményem — a tekintetes tanács helyesléssel találkozó elvet a mindnyájunkat legközelebb érdeklő egészségügyre alkalmazzuk, azon következtetésre kell jutnunk, hogy úgy a magán, mint a közegészségügy terén nagyobb haladást volnánk képesek felmutatni, ha nemesak könyvek és hírlapi cikkek útján igyekeznénk az egészségügyi ismereteket terjeszteni, hanem a szemléltethető is tennők az orvosi tudomány által megállapított tényeket, ha lehetővé tennők, hogy a nép szemléleti úton megismerkedhessék egészségének és életének ellenségeivel és egyszersmind a védekezés eszközeivel.

Ha már most azt kérdezzük, hogy miképpen volna ez a gyakorlatban megvalósítható? a válasz alig lehet más, mint az, hogy ezútnak legjobban egészségügyi (hygieniai) muzeumok felállítása által érhetnők el, melyek a mellett, hogy még a legfelületesebb szemlélő ismeretkört is támogatják és sok mindenre figyelmeztetik, a mire eddig nem is gondolt, lehetővé teszik, hogy a közönség egy helyet talál, a hol egy-egy üres órát szórakozva, de mégis hasznosan tölthet el. Ezt már magában véve is jelentőségteljes körülménynek tartom, kivált vidéki városokban, melyek rendszerint nem bővelkednek olyan intézményekben, melyek alkalmat nyújtanának izlést vagy ismereteket fejlesztő szórakozásra, mint a milyenek a képtárak, iparművészeti kiállítások stb. A vidéki nagyobb városok viszonyait nagyjából és általánosságban ismerve, másrészt pedig tudva azt, hogy egy egészségügyi muzeum létesítése csak igen csekély anyagi áldozatokat igényelne: azon meggyőződéssemnek adok kifejezést, hogy egy ilyen muzeum felállítása alig fog nehézségekbe ütközni, ha ezen eszme a tekintetes városi tanács jóakarátú és hazafias támogatásában részesül.

Mi az ugyanis, a mi egy ily kisebb méretű muzeum létesítésénél szükséges?

1. Egy világos, könnyen hozzáférhető, két-három nagyobb szobából álló helyiség, valószínűnek tartom, hogy a tekintetes tanácsnak módjában lesz, vagy a város házában, vagy valamely más, fenhatósága alá tartozó, nyilvános épületben ilyen helyiségeket kijelölni és nem kételkedem, hogy a tekintetes tanács ezeknek fűtését és világítását nem fogja olyan tehernek tekinteni, mely tekintettel a hasznos célra, mely előttünk lebeg, képes volna az eszme megvalósítását megakadályozni.

2. A muzeumi helyiségek gondozását, takarítását, valamint felügyeletét is, a közönség látogatására kijelölt időben, egy intelligens szolgáló vagy altiszt teljesítheti s azt is valószínűnek tartom, hogy a városi hatóságok szolgaszemélyzete között akadni fog oly egyén, kit ezen feladattal meg lehetne bízni.

3. Jóllehet azon esetben, ha a muzeumi tárgyak világos, népszerű magyarázatokkal ellátott feliratot fognak viselni, bővebb szóbeli magyarázatokra csak ritkábban lesz szükség, mégis czélszerű rövidebb vagy hosszabb időközökben a muzeumban előadásokat tartani, melyek azonban csupán a kiállított tárgyak bemutatására és ehhez fűzött szakszerű észrevételekre szorítkozhatnak. Ezen előadások vagy szakszerű bemutatások megtartását a napi lapokban előre lehetne hirdetni.

Ismerve az orvosi kar buzgóságát a közegészségügy előmozdítása terén, nem kételkedem, hogy mindenütt fog akadni egy orvos, ki ilyen magyarázó bemutatásra vállalkozik.

4. Első pillanatra úgy látszik, mintha egy közegészségtani muzeumnak az itt szereplő tárgyakkal való felszerelése okozhatna legnagyobb nehézségeket vagy költségeket. Ha azonban meggondoljuk azt, hogy egy ilyen muzeum egy állandó kiállítás jellegével is bír, hogy mindazon iparosoknak és gyárosoknak, kik hygieniai tárgyak és eszközök készítésével foglalkoznak, érdekében áll gyártmányaikat és czégüket a közönséggel megismertetni: minden vérmes remény nélkül feltételezhető, hogy épen azok a tárgyak, melyeknek beszerzése nagyobb költségekkel járna,

¹ A rendelet 24. §-a adja meg a részletes utasításokat a bábák számára.

minden költség nélkül fognak a muzeum céljaira átengedtetni. Ilyen tárgyak lesznek előreláthatólag többek között a következők:

1. Ivóvíz tisztítására szolgáló különböző rendszerű eszközök.
2. Kutak és vízvezetéki berendezések rajzai vagy mintái.
3. Szellőztető készülékek, pl. szellőztetés céljából készült ablakminták.
4. Különböző építő anyagok és burkolat minták.
5. Szobafestékek, mázok és szobapadozat minták.
6. Fűtési berendezések, különböző szerkezetű kályhák.
7. Világítás céljaira szolgáló készülékek, világító testek és anyagok.
8. Különböző rendszerű árnyékszékek.
9. Lakások, butorok, ruhaneműk fertőtlenítésére szolgáló eszközök és szerek.
10. Tápszerek és italok eltartására szolgáló eljárások és eszközök.
11. Tápszerek, fűszerek és italok vizsgálatára szolgáló eszközök.
12. Az emberi test ápolására szolgáló eszközök és szerek: fürdőberendezések, fürdőkádak, fürdőmedencék.
13. Tanszerek.

Lehetetlen felsorolni mindazt, a mi egy közegészségtani muzeum keretébe tartozik. Ezek csak példák voltak; de már ezekből is kitűnik, hogy a kiállító iparosok, gyárosok vagy kereskedők részéről élénk érdeklődés csakugyan várható s hogy már a fenti 13 pontban példaképpen felsorolt tárgyakból is lehet tekintélyes hygieniai muzeumot összeállítani.

Olyan muzeumi tárgyak, melyeknek beszerzésénél az iparosok, gyárosok stb. támogatására nem lehet számítani, mert csupán az orvostudományi buvárlat eredményei: pl. a betegségek keletkezését, terjedését demonstráló készítmények, rajzok, graphikumok stb., aligha fognak nagyobb költségeket igényelni. Ezeket lassanként a szakemberek támogatásával lehet gyűjteni.

Az első berendezésnél, melynél nem kell és nem is lehet arra gondolnunk, hogy mindjárt egy teljes közegészségtani muzeum létesüljön, a melynél ennek csak alapját akarjuk megteremteni, az időre bizva annak fejlődését: csak asztalok, szekrények, feliratok s egyéb apróságok fognak kiadást okozni. Természetes, hogy az összeg nagyságáról, miután ez a beérkező tárgyak számától és természetétől s a helyi viszonyoktól is függ, bajos volna nyilatkozni, de azt hiszem nem tévedek, ha felteszem, hogy az előzőekben előadottak némi támpontot fognak a tekintetes tanácsnak nyújtani, a mikor esetleg a felett fog határozni, hogy a jelzett célra milyen összeg álljon rendelkezésre.

Hogy egy közegészségtani muzeum berendezése szakember közreműködése nélkül nem igen képzelhető, az aligha szorul bővebb indoklásra, de azt hiszem, nem tévedek, ha azt reményem, hogy a tisztí főorvosi hivatal utat és módot fog találni arra, hogy ez a szakszerű vezetés ne hiányozzék.

Ezeket a tekintetes tanács jóakarátú figyelmébe ajánlva s ha kívántatnék, közreműködésem szívesen felajánlva, maradok kiváló tisztelettel

Liebermann Leó dr.

Üdvözljük ez életrevaló eszme felvetését. Kívánjuk hogy visszhangot keltsen az országsteren.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Törekvések a sebészeti eszközök, a kötőszerek és a varróanyag csírátlanítását tökéletesíteni.

Közli: Hüttl Hümér dr.

(Polytatás.)

14. *Leveau*: Zur Asepsis der Bougies und Catheter. D. med. W. 1897. 10. sz. — 15. *Wolf*: Versuche mit Glycerin zur Sterilisation weicher und elastischer Catheter. Cbl. f. die Krankheiten der Harn- u. Sexualorg. VIII. k., 6. f. — 16. *Miquel*: De la desinfection des poussières sèches des appartements, au moyen des substances volatiles. Paris, 1895. — 17. *Fourcault*: Sterilisation et conservation aseptique des instruments en gomme et en caoutchouc vulcanisé. Thèse de Bordeaux, 1883. — 18. *Frank*: Weitere Mittheilungen zur Cathetersterilisation. Berl. klin. W. 1896. 44. sz. — 19. *Janet*: Sterilisation des sondes par l'acide sulfureux et par les vapeurs de formol. Annal. des org. gen. 1896. — 20. *Claisse*: Essai de sterilisation des sondes par les vapeurs de formol. U. o. — 21. *Katzenstein*: Experimentelle Untersuchungen über Cathetersterilisation. Deutsche Gesellsch. f. Chir. XXIX. Congress. — 22. *Hock*: Neuer Catheter-Desinfectionsapparat. Ärztliche Polytechnik. 1901. julius. — 23. *Poncet*: Asepsie des sondes et catheters. Annal. d. mal. d. org. gén. urinaires. 1890. márczius. — 24. *Kutner*: Technik und praktische Bedeutung der Asepsis bei der Behandlung der Harnleiden. Berlin, Hirschwald. 1897. — 25. *Groszlik*: Asepsis beim Catheterismus. R. Cbl. f. Chir. 1896. 12. l. — 26. *Ruprecht*: Ein neuer Apparat zur Sterilisation elastischer Catheter. Beitr. zur klin. Chir. XXI. k. 3. füzet és Ärztliche Polytechnik. 1899. január. — 27. *Alapi*: A catheter-sterilizálás kérdéséhez. Orvosi Hetilap. 1896. 451. l. és Cbl. für die Krankheiten der Harn- u. Sexualorg. VII. k. 10. füzet. — 28. *Delagenière*: Sterilisation des sondes en gomme. Les progrès méd. 1889. — 29. *Hochstetter*:

Untersuchungen über die Qualität u. Desinfectionsfähigkeit einiger Sorten elastischer Catheter. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1899. 6. f. — 30. *Farkas*: Die Bedeutung der Asepsis bei der Behandlung der Urogenitalaffectionen. Pester med. chir. Presse. 1893. — 31. *Hermann*: Über das Sterilisieren der Seidencatheter. Cbl. f. Chir. 1901. 3. sz.

A gyantás fénymázzal bevont szövött selyem pöcsapok és szálcok csírátlantása annyira nehéz feladat, hogy *Nicoll* egyenesen mellőzésüket tanácsolja, azt kívánva, hogy lehetőleg fém vagy *Nélaton*-kathetereket használjunk. Felesleges különösen bizonyítani, hogy az üvegből készült műszerek a desinfiálhatóság szempontjából sok előnyvel bírnának a gummiból vagy szövött anyagból készültek felett. Úgy mint a hogy üvegből készült női cathetert már régen használnak az orvosok, *Grünfeld* férfi pöcsapokat, endoscopokat, tágitó sondákat készített üvegből. Állítólag nem kell attól tartani, hogy használatnál eltörnek, ámbar magának *Grünfeld*-nek beletörtött a catheter a nő hólyagjába, úgy hogy sectio altat kellett végezni. Nézetünk szerint ezen egy eset teljesen elégséges arra, hogy az üvegcathetereket egyszer és mindenkorra eljtsük.

A mi már most az ez ideig nélkülözhetetlen szövött cathetereket illeti, *Posner* és *Frank* kimutatták, hogy ujonnan vásárolt catheterek (melyek még nem voltak használatban) nem csírámentesek ugyan, de nem tartalmaznak fajlagos lobokozó csírákat, hanem csak ártatlan levegő baktériumokat. Ezzel ellentétben azon eszközökről, melyeket cystitisben szenvedő betegeknek használtak, mindig sikerült pathogéneket, nevezetesen *bact. coli*-t tenyészteni, és pedig nem csak azonnal a használat, hanem még huzamosabb fekvés után is. Ebből a gyakorlatra azon fontos tény következik, hogy a fertőzés vívója a használt catheter és hogy a szokásos tisztítási módok (mechanikus tisztogatás, carbol) nem elégségesek a fe tözött tárgy csírátlantására. Helyes és jogos tehát más hatásosabb desinfiálási módok után kutatni. A mechanikus tisztítás, mely fémeszközöknél szükségben elég jó kiegészítő, itt cserben hagy, azért nem fogadhatjuk el *Levan* eljárását, ki a fénymázzal bevont szálcokat minden használat után erősen ledörgölteti alcoholal, azután pedig azonnal paraffinnal liquidummal megtöltött fedett csészékbe téteti, a melyekben használatukig maradnak. A folyós paraffint időről-időre változtatja, bár ez *Levan* nézete szerint erősen antisepticus. Az eszközöket nem támadja meg. *Levan* szerint nagy előny, hogy használatkor nem kell az eszközöket újból megkenni, mert a paraffintól a nélkül is csúszósak.

A csírátlantást czélzó számos ajánlatot itt is, mint a többi eszközöknél, két nagy csoportba lehet osztályozni.

I. A *chemiai úton történő csírátlantást* két úton, t. i. a) *folyékony* és b) *gáznemű desinfienciákkal* kísérelték meg,

a) Nagyon egyszerű lenne, ha a cathetereket alkoholban és aetherben történt zsirtalanítás után karbol-, sublimat-, légenysavas ezüst-, bórsavoldatba való helyezéssel lehetne csírátlantani, ez azonban kivihetetlen, mert ha kellő tömörségű oldatoknak kellő ideig teszszük ki őket, elromlanak. Még aránylag legtöbbet ér a vizes sublimat-oldat, melyet a szövött catheter elég sokáig eltűr. A sublimatba áztatott cathetert használata előtt közömbös folyadékkal le kell öblíteni, ellenkező esetben egész gyenyedésig emelkedő urethritist okoz. Mivel azonban a catheter tulajdonképpen beívódik a sublimattal, az egyszeri leöblítés nem távolítja el egészen a vegyszert, úgy hogy többször volt alkalmam olyan betegnél, ki magamagát catheterizte, húgyöszölgalmakat észlelhetni. *Wolff* igen jó eredményeket ért el, ha a puha és ruganyos cathetereket 3%-os formalin glicerin-oldatban csírátlantotta. A catheterek ezen oldatban nem romlanak. Elesik azon kellemetlen szag, melyet a formalin-gőzzel való desinfectio okoz. A desinfectio 24 óra után (*Wolff* szerint) biztosan be van fejezve, miután a catheterek glicerinrel telt cylinderekbe jönnek. Ha közvetlenül a formalin-oldatból akarjuk őket használni, előbb a formalint bórodattal le kell mosni.

Mindezen eljárások csak akkor kecsgetnek sikerrel, ha használat után a cathetert a leg gondosabban megmosatjuk szappanos vízzel, esetleg alcoholal, mert *szírral bekent tárgyakat nem lehet vegyszerekkel csírátlantani*.

b) A gáznemű desinfienciák közül a francziák *Guyon*-nal élükön elsősorban a kénessavat alkalmazzák, noha mint azt *Miquel* bőségesen kimutatta, ezen gáz használata korántsem ad abszolút csírátlanságot. *Guyon* joggal azt tartja, hogy a sebészetben alkalmazott vegyszerdesinfienciák a carbollal élükön mind csak ilyen relativ antiseptikumok, melyek a baktériumok tenyészését megátolják, működésüket bénítják, őket azonban a szó teljes értelmében el nem pusztítják. *Guyon*-nak a gyakorlatból nyert tapasztalata az, hogy az ilyen relativ antiseptikum használata is sokszor igen jó szolgálatot tehet.

A kénessav alkalmazására *Janet*, *Guyon* tanítványa, többféle, kisebb és nagyobb tartályt készített, melyekben a cathetereket elhelyezik: A kénessavgőzöket egy aczeltartó szolgáltatója, melyben a kénessav magas nyomás által folyósított állapotban kapható a kereskedelemben.

A másik igen kedvelt gáznemű anyag a formol és a formaldehyd. A cathetereket napokra formalin gőzökbe függesztik fel. *Frank* e czélra függélyesen álló, szélesszájú üvegedényt használ, melynek fenekébe formalinnal telt edény van betéve. 24 órai formalin gőzben való tartás *Frank*-nak teljes csírátlanságot eredményezett. A desinfectio által a catheterek mit sem szenvedtek, ha a művelet megkezdésekor egészen szárazok voltak. Ugyancsak a formalin gőzökkel való desinfectio érdekében *Janet* és *Claisse* emeltek szót. *Katzenstein* és *Hook* meglehetősen drága és complicált formalindesinfectort szerkesztettek.

Manap talán már legkevésbé használatosak a kénéső gőzei, melyeket *Lannelongue* és *Fourcoul* ajánlottak első sorban, oly módon, hogy a cathetereket színhigany vagy más higanykészítmények felett akasszuk fel, a csírátlantás magától megtörténik. *Auché* és *Le Dantec* mutatták ki ezen módszer elégtelenségét és így teljes hasznavehetetlenségét.

Mint már említettük, úgy a folyékony, mint a gázalakban alkalmazott antisepticum korántsem ad a szó szoros értelmében vett csírátlanságot, hanem csak megátolja, hogy a csírák oltásoknál kikeljenek, az eltett catheterekben pedig elszaporodjanak. Ha a chemiailag desinfiált catheterekből darabkákat gelatinába teszünk, nem kapunk culturát, mert a catheter át van vegyszerrel ivódva. Ebből azonban nem következik, hogy a catheterben nincsenek csírák és jelenlétükről, valamint életképességükről könnyen meggyőződhetünk, ha a vegyszert *Geppert* értelmében kiesapjuk. A vegyszerekkel elérhető relativ csírátlanság okadatolja, hogy intézetekben, valamint orvosok a magánygyakorlatban lehetőleg a hő által történő csírátlantást alkalmazzák, a vegyszerrel, nevezetesen a folyékony desinfienciával való csírátlantással, mint egyszerű segédeszközzel pedig különösen azon betegek élnek, kik önmagukat esetleg naponta többször is kénytelenek catheterezni.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Geburtshilfe und Gynaekologie bei Aëtios von Amida. (Buch 16 der Sammlung). Ein Lehrbuch aus der Mitte des 6. Jahrhunderts n. Chr., nach den Codices in der kgl. Bibliothek zu Berlin (besonders den Sammlungen C. Weigels) zum ersten Male ins Deutsche übersetzt von Dr. med. *Max Wegscheider*, Frauenarzt in Berlin. Berlin, Verlag von Julius Springer. 1901. XXIV. 136 lap, 8-adrét.

Hogy ki volt Aëtios és mily nagy a munkáinak jelentősége, arra nézve *Siebold* „Versuch einer Geschichte der Geburtshilfe“ című nem régen újra kiadott könyvére (I. k. 212—232. l.) utalom a szíves olvasót.

Hogy mily orvostudományi kincseket tartalmaz az, arra elég jellemző az a körülmény is, hogy Aëtios 16. vagyis a szülészetet és nőgyógyászatot tárgyzó könyvét ketten adták ki egyszerre: az atheni Skevos Zervós és *Wegscheider* Berlinben. Mindenesetre sajnálatos az erőknek e szétforgácsolása, a mikor két kutató lát neki egy ily nagy munkának s egymástól függetlenül, egymás munkásságáról mit sem tudva, azonos czél szolgálatába állanak. Zervós munkája 1901 júniusában jelent meg, *Wegscheider* néhány hónappal későbbben. Azt hiszem, méltán tehetünk szemrehányást a berlini kir. udvari könyvtár kézirat-osztályának, a mely már csupa emberségből is figyelmessé tehetne volna a két kutatót, hogy egy hajóban eveznek.

Aëtios e könyvének kiadására legelőször *Pagel* professor vállalkozott, a berlini egyetemnek sok év óta Európaszerte ismert tanára, a kit alig pár hete ütöttek el a rendes tanszéktől egy — *Schweninger* kedvéért! *Pagel*nek a nagystylü tudóst jellemző önzetlenségéről tesz tanúbizonyságot, hogy az általa összehordott és feldolgozott nagy anyagot Aëtiosból átengedte *Wegscheider*nek.

Aëtios ez élő nyelven való kiadása hozzáférhetővé teszi immár munkáját s csak egy dolog sajnálatos, hogy a therapiai fejezeteket szerző nem fordította le, csupán czímüket hozza.

Mindamellett nagyértékű e könyv s azt nemesak az orvostörténeészeknek, de minden tárgyával tudományosan is foglalkozó nőorvosnak melegen figyelmébe ajánljuk.

Györy.

Paul Nikolaus Cossmann: Elemente der empirischen Teleologie. Stuttgart, A. Zimmer's Verlag (Ernst Mohrmann). Ára 4 márka.

Szerző azt a magas czélt tüzte ki maga elé, hogy az „életerő“ fogalmát — menten minden speculativ deductiótól — tisztán a tapasztalati tények alapjánól kiindulva magyarázza meg.

Az élettünetemények „czélszerűsége“ felőli nézeteket egy specifikus természeti törvénnyel váltja fel, mely a biologikus tünetemények teleologikus jellegét pontosan megformulázva, minden kétségen felül emelni igyekszik. Nevezetesen, hogy éppen ebben a pontban neovitalistának bizonyul.

Mint hogy könyve mindenütt az exact kutatás megtámadhatlan alapján áll, a levont következtetéseket is teljességgel respectálnunk kell, sőt kijelentünk, hogy a biologikus gondolkodást egy oly merderbe terelte, melyet ő ázott meg.

Cossmann könyve tehát úttörő ez irányban s ha elgondoljuk, hogy mily nagy a hordereje a benne letett eszméknek, az orvosira nézve ép úgy, mint az összes többi természettudományra, úgy csak azt óhajtuk, mennél többen olvassák el magát az értékes könyvet.

Györy.

A. Rauber: Lehrbuch der Anatomie des Menschen. Sechste Auflage. Georg Thieme, Leipzig. 1902.

A munka hatodik kiadása két kötetre van tervezve összesen 1143, részben színes ábrával. Ez ideig az első kötet jelent meg, illetve jutott kezünk közé, mely 921 oldalra terjedve a bevezető részek (boncztan fogalma, története, növény, állat, ember összehasonlítása, alakelemek, szövetek általában stb.) után a csontant, szalagant, izomant és a fasciákat tárgyalja. A szöveget 774 a szöveg közé nyomott szép ábra illusztrálja. A munkát eléggé dicséri maga az a körülmény, hogy aránylag rövid idő alatt immár a hatodik kiadást érte meg. *M.*

Uj könyvek. *Schilling*: Hygiene und Diätetik der Stoffwechselkrankheiten. Leipzig, H. Hartung und Sohn. — *Hölscher*: Die otitische Sinusthrombose und ihre operative Behandlung. Halle a. S., C. Marhold. — *Feilchenfeld*: Leitfaden der ärztlichen Versicherungspraxis. Wien, Urban und Schwarzenberg. — *Jessen*: Die Nothwendigkeit der zahnärztlichen Schulung für den praktischen Arzt. Würzburg, A. Stuber. — *Laquer*: Über schwachsinnige Schulkinder. Halle a. S., C. Marhold. — *Borst*: Die Lehre von den Geschwülsten. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Ullmann*: Die Fortschritte der Chirurgie in den letzten Jahren. Wien, F. Deuticke. — *Chiari*: Die Krankheiten der Nase. Wien, F. Deuticke. — *Fruhart*: Pankreaspathologie. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Lubarsch*: Pathologische Anatomie und Krebsforschung. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Näcke*: Über die sogenannte „Moral insanity“. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Bechterew*: Die Energie des lebenden Organismus und ihre psycho-biologische Bedeutung. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Tendeloo*: Studien über die Ursachen der Lungenkrankheiten. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Schmid*: Repetitorium der inneren Medicin in Tabellenform. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — *Görbersdofer* Veröffentlichungen. Berlin, Vogel und Kreienbrink. — *Grotjahn* und *Kriegel*: Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der socialen Hygiene und Demographie. Jena, G. Fischer.

Lapszemle.

Gyógyszertan és méregtan.

A **hedonáról** *Budd*-tól (The Cleveland Med. Journ. 1902. január.) *Chappelle*-tól (Paris, C. Naud 1902.), *Traugott*-tól (Leipzig, Hartwig & Sohn 1902.) és *Römheld*-tól (Württemberg. medic. Corresp. Bl. 1902.) jelentek meg újabban közlemények. *Budd* mint enyhe de hathatós hypnoticumot ajánlja ideges álmatlanságnál. Az üdítő álom 1 grammra $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ óra alatt be szokott állni, ha nem állna be, $\frac{1}{2}$ óra múlva újra lehet 1 grammot adni. *Traugott* is igen jó hypnoticumnak találta, feltéve, hogy az álmatlanságot nem fájdalom okozza. *Römheld* a hornegi sanatoriumban alkalmazta a hedonalt neurastheniásoknál, s sokszor nélkülözhetetlennek mondja. Kártékony mellékhatását sohasem látta. *Chapelle* a következő pontokban foglalja össze tapasztalatait. 1. A hedonalt még relative nagy dosisokban sem kártékony a szervezetre. 2. Hatása megbízható, s az előidézett alvás hasonlít a normálhoz. 3. Még hosszabb alkalmazása sem jár kellemetlen mellékhatatokkal. 4. Néha diuretikusan hat, mint általában az urethanok, de ez a hatása igen lecsökkenthető, ha azt valami folyadékban nyújtjuk. 5. A szervezet, úgy látszik, legfeljebb igen lassan szokja meg.

Marikovszky.

A **purgatin** nevű hashajtószerről *Ewald*, *Stadelmann* és *Ebstein* klinikáin szerzett tapasztalatok alapján már régebben kedvező közlemények jelentek meg. Újabban Nürnbergben *Hoesslin* próbálta ki, s igen meg volt vele elégedve. A szernek nincs semmi kellemetlen mellékhatása, 1.5 grammnyi adagjára az esetek 95%-ában átlag 13 órán belül székürülés állott be. A szék lágy vagy sűrűn pépes. Bélatonianál nem használ a szer. A purgatin dobozban rendelik. Egy lecsapott kávéskanálnyi mennyiség körülbelül 1.5 grammnak felel meg. Chronikus obstipatio egy esetében a beteg minden este 0.5 gr. purgatinat kapott, s reggel mindennap volt széke. Ugy látszik hogy a szervezet nem szokik hozzá, mert a hatás hosszabb adagolás után sem marad ki. (Münch. med. Wchschr. 1902. 32. sz.)

Orr-, torok- és gégebajok.

A **subcután és submucosus prothesisek előállítására.** *Eckstein* a kemény paraffint ajánlja, a mely csupán 57–60° C-nál olvad és a Gersuny által alkalmazott 40° C. olvadási ponttal bíró paraffin felett az a fő előnye, hogy a rögtön megmerevedése miatt sem toxikus hatás nem fejlődhet ki, sem tüdő embolia nem jöhet létre. A Gersuny-féle paraffin azonkívül, miután a testben nem mered meg mindjárt, mélyebbre süllyedhet a kívánt helynél és ott, hol az illető testrész külső behatásnak vagy izom nyomásnak van kitéve, nem alkalmazható.

Az orr prothesisek készítésénél a befecskendezés a következőképpen megy végbe.

Az öt ccmnyi fecskendő, hogy a meleget tovább tartsa meg, gummival van bevonva. E fecskendővel az ötven grammot tartalmazó kemény paraffinnal telt és melegvizben folyékonyá tett edényből felszívunk, de hogy a tüben meg ne merevedjék a paraffin, abból újra kinyomjuk és meleg vizet szívunk a helyébe. A fecskendő előzőleg meleg vízzel jól átmosandó. A helytől, hol a prothesist készíteni szándékozunk, lehetőleg távol szűrjük be subcután a tüft. Egy segéd az orrgyökro gyakorol nyomást, nehogy a paraffin meg nem engedett helyre kitérjen. A befecskendezés lassan, szünet nélkül, egyenletesen és a másik kéz controlle-ja alatt történik. Erős nyomás tilos. A fecskendő tüje a befecskendezés után csak 10–20 másodperc múlva húzandó ki, nehogy a még folyékony paraffin a szűrési csatornába visszafolyva, ott megmerevedjék. A beszúrás helye egy-két napig nedves kötés alatt tartandó, majd angol ragtapasz által lesz fedve.

Eckstein tizenkilenc esetben alkalmazta az arcz difformitásainál és a beszéd javítására szájpád hasadékoknál. Egy esetben a felső állcsont resectioja után az aránytalanság megszüntetésére. Öt esetben a szájpád hasadék műtete után Gersuny ajánlatára a hátsó garatfalba fecskendezte, miáltal a hiányos záródás megszűnt és a hang rendessé vált.

Két esetben, hol a szájpádrés már intrauterin gyógyult, alig ért

el valami eredményt, viszont egy syphilitikus szájpád defectusnál a befecskendezés igen nagyot javított a hangzavaron. Direkt a velumba (Gersuny) befecskendezést nem végezett egyszer sem, nehogy a velumot mozgásában ezáltal akadályozza. (Deutsch. med. Woch. 1902. augusztus.)

Tócsolyi Elemér dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A **csukamájolajat** gyermekek tudvalevőleg nem szívesen veszik kellemetlen íze miatt, a melyről felnőttek is akárhányszor panaszkodnak. Nem érdékeltlen tehát, hogy a *Natterer*-féle gyár Münchenben 3 rész csukamájolajból, 1–1 rész száraz malátakivonatból és cacaoorból és 5 rész cukorból álló tablettákat készít, a melyek nagyon jó ízűek, iskolában, úton stb. is könnyen használhatók, továbbá nyáron is. A csukamájolaj ezen alakban nem avasodik meg. Minden tablettá 10 gramm súlyú; a fentemlített összetétel alapján tehát 3 tablettá körülbelül 1 evőkanálnyit csukamájolajnak felel meg. (Medic. Correspondenzblatt des Württemberg. ärztl. Landesvereins, 1902. 34. szám.)

A **bismutoseről** irt cikkében *Reinhardt* az irodalomban e szerrel eddig megjelent közleményeket foglalja össze, a melyek eredményeként mondható, hogy a bismutose gyógyhatására nézve teljesen egyenértékű a bismuthum subnitricummal és e mellett teljesen ártalmatlan, még 50 grammos adagokban sem okoz mérgezést. Nagyon jó eredménnyel használható csecsemők és kis gyermekek dyspepsiás hasmenése, úgyszintén a nyári diarrhoeák ellen, nemkülömben felnőttek és gyermekek heveny és idült bélhurutja eseteiben, továbbá gyomor- és bélfékéllyél, hyperaciditásnál stb. Mint sebhintőpor is használható égetési sebeknél, intertrigonál, erythemáknál, *Lenhartz* tanár typhusos bélvérzéseknél alkalmazta jó eredménnyel. A bismutosenak azonkívül, hogy nem mérgező, nagy előnye az is, hogy íz nélküli, továbbá hogy nagyon jól emulgeálható, a mi klysma alakjában alkalmazásakor nagy előny. Emulsió készítésekor ezélszerű a bismutose-t ugyanannyi vagy kétszerannyi meleg vízzel megnedvesítve néhány perczig állani hagyni és csak azután összeelegyíteni kavarás közben a folyadékkal (rizsnyák, keményítő oldat stb.). Az adagolást illetően ezélszerű azonnal nagyobb adagokat (csecsemőknél 1–2 grammot, gyermekeknek kávéskanálnyit, felnőtteknél megfelelőleg többet többször naponként) használni, még pedig alkalmas vívőszerezrel keverve 5–10%-os rázókeverék alakjában szörppel. (Pharmaceutische Zeitung, 1902. 65. szám.) *Lissauer* a berlini városi gyermekmenhelyben tett kísérleteket a bismutoseval, a melyek eredményei alapján igen jól használható szernek mondja gyermekek dyspepsiás eredésű bélhurutjai ellen. Hatása legalább is olyan jó, mint a hasonló ezélszerű eddig használt szerké, e mellett pedig teljesen ártalmatlan. (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 33. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Magyar orvosi archivum, 1902. 5. füzet. *Tellyesniczky Kálmán*: A fixálásról vegytani és physikális alapon. *Beck Soma*: Új eljárás a bőr és a cornea interepitheliás és kötőszöveti nyirokréseinek feltüntetésére. *Pólya Jenő* és *Nevratil Dezső*: Vizsgálatok a pofa nyálkahártyájának nyirokereiről. *Chudovszky Mór*: Gyomor-bélműtétek. *Benedict Henrik* és *Surdányi Miklós*: A typhus-reconvalescensek anyagcseréjéről.

Gyógyászat, 1902. 42. szám. *Bernard József*: Emeltyűs módszerek vállficzamodások helyzetételenél. *Kosztka Emil*: Néhány szó Selli József „A venerás bántalmak munkásoknál” című cikkére. *Keckeméti István*: Allítólagos kéjgyilkosság.

Orvosok lapja, 1902. 42. szám. *Singer Mór*: Szénéleg mérgezések. *Szana Sándor*: A gyermekvédelem szervezése Temesvárott.

Magyar orvosok lapja, 1902. 42. szám. *Rozgonyi Sándor*: A nosophen és az adrenalin a fogászatban. *Márer József*: Az emberi test különböző tájain lévő idegen testekről, a napi gyakorlat szempontjából tekintve.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 42. szám. *Neumann*: Az alsó medenceaperturak tágulása szülés közben. *Topolanski*: Vaselin-injectiók a szemben. *Zwilling*: Epipharyngealis sarcomák egyes alakjainak diagnosisa. *Englisch*: A penis rákja. *Kose*: Kísérletes vizsgálatok a tüdőemboliára vonatkozólag. *Hrach*: Az a fossae Sylvii emboliája okozta aphasia és hemiplegia typhus után. *Frankl*: A craniotomia és technikája, tekintettel a magánygyakorlatra.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 42. szám. *Alexander* és *Reko*: A nyál rhodanreactiojának használhatósága fülbajokban. *Spitzer*: Tapasztalatok a Janet-féle eljárással. *Bárány*: Az agy metastasisos carcinomái. *Erben*: Productiv tuberculosis pleuritis esete.

Wiener medicinische Presse, 1902. 42. szám. *Loewenthal*: A neurasthenia objectív tünetei. *Winternitz*: A retroflexio uteri kezelése, tekintettel a subjectív panaszokra. *Hovorka*: Malaria-ellenes oltások Kuhn-féle serummal. *Preindlsberger*: Kömütétek.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 39. szám. *Fink*: Tökéletlen epekömütétek oka. *Knapp*: Csillapíthatatlan vérzések a szüléssel kapcsolatban. *Scheib*: Sectio caesarea conservativa egyidejű myomectomiával.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 42. szám. *Jolly*: Scotoma scintillans és migraen. *Krause*: A tüdő- és gégegyümökör gyógyítása

hetollal. *Aronson*: Vizsgálatok streptococcusokkal és antistreptococcus-serummal. *Levinsohn*: A primaer glaucoma okai.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 42. szám. *Olshausen*: A carcinomák oltási metastasisai. *Meyer*: A streptococcusok agglutinatioja. *Mayeda*: Visimeter. *Schanz*: Fájó lábak. *Massaciu*: A lecithin befolyása a fehérje felrakódásra. *Rostowzew*: A ductus choledochus nagyfokú cystás tágulata. *Schenk*: Az oltás technikája. *Friedländer*: Belladonna-mérgezés. *Floret*: Mesothan, egy külsőleg használható antirheumaticum. *Tavel*: Konyhasó-szódaoldat a sebészetben.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 40. szám. *Helman*: Adatok a melaninek ismeretéhez.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 41. szám. *Hofmann*: A colostomia és ileostomia technikájához; záróképes anus praeternaturalis.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 19. szám. *Graham és Brown*: A tapintásérzék meghatározása egy új aesthesiometerrel. *Schütz*: Az alsó hosszanti köteg viszonya a lemniscushoz és egy új motorius rendszer a corona radiatában. *Diehl*: A félelemlől hystériában és neura-stheniában.

Bulletin général de thérapeutique, 144. kötet, 12. füzet. *Leredde*: A tabes orvoslása higanybefecskendésekkel. *Picou és Bolognesi*: Az appendicitis kezelése.

La semaine médicale, 1902. 42. szám. *Spronck és Hoefnagel*: Marhagümökör véletlen átvitele emberre. *Claoué*: A sinus maxillaris idült gennyedéseinek sebészi kezelése.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 42. szám. *Kleefeld és Pinchart*: A végbélhőmérsék kísérletes tetanusban. *Vallas*: A tetanus gyógyítása.

The lancet, 1902. II. 15. szám. *Erb*: Spastikus és syphiliticus spinal-paralysis. *A. W. Rücker*: Az újjászervezett londoni egyetem. *W. H. Welch*: Újabb tanulmányok az immunitás terén. *G. J. Blackmore*: Patkányok és pestis. *A. F. Dimmock*: Puerperalis septicaemia esete. *R. Knox*: Az abdominalis nyomás lokális és pulmonáris hatása. *W. H. Mallow*: Anencephalia esete. *Moreno de la Torre*: Egyoldali nyomás a mellkasra mint diagnostikai segédeszköz. *Antony A. Martin*: Explosiv eructatiók. *P. Rhys Griffiths*: A sternum resectioja sarcoma miatt.

British medical journal, 1902. október 18. *E. W. Ainley Walker*: A bakteriumok virulentiájának fokozódása az állati testen kívül való passage-ban. *J. R. Clemens*: Noctiphobia. *W. Williams*: Idegen testek a corneában.

The Edinburgh medical journal, 1902. október. *J. W. Carr*: Ellentétek gyermekek és felnőttek némely betegségében. *C. Mansell Moullin*: A prostata-hypertrophia kezelésének mai állása. *H. E. J. Biss*: Bacilluria és cystitis typhusban, tekintettel az urotropin használatára. *G. G. Hamilton*: Általános sebészi érdeklő bíró néhány eset és megjegyzések az üszkös bélrészlet kezeléséről kizárt sérv eseteiben. *W. Maule Smith*: A szív és a szívburok gümőkórjának két esete.

Hetiszemle és vegyesek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal ki mutatása szerint az 1902-dik év 42. hetében (1902. október 18-dikétől október hó 18-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1902-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751,177, katona 16,484, összesen 767,661. Élve született 455 gyermek, elhalt 207 egyén, a születések tehát 248-al mutták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 30.8. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 14.0, az egy éven felüli lakosságnál: 11.7 az öt éven felüli lakosságnál: 10.9 — Nevezetesebb halálokok voltak: erup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 0, morbilli 4, scarlatina 3, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 5, meningitis 10, apoplexia 6, eclampsia 7, szervi szívbaj 22, pneumonia 22, pleuritis 0, pneum. catarrh. 2, bronchitis 3, tuberculosis pulmonum 35, enteritis 11, carcinoma 10, ezek közül méhrák 4, egyéb újképletek 3, morbus Brightii et nephritis 7, veleszületett gyengeség 10, paedatrophia 1, marasmus senilis 9, erőszakos haláleset 7, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 5, bal eset 2, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2839 beteg, szaporodás e héten 834, esőkkenés 766, maradt e hét végén 2907 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi október 15-dikától október 21-dikéig terjedő 42. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 45 (51), diphtheria, croup 28 (21) hagymáz (typhus) 5 (5), kanyaró (morbilli) 92 (67), trachoma 6 (6), vérhas (dysenteria) 1 (0), influenza 0 (0), hőkhurut (pertussis) 14 (9), orbáncz (erysipelas) 17 (29), gyermekági láz (febr. puerp.) 3 (0) járv. fültömrigylob 5 (5), ezenfelül varicella 55 (38).

□ Az I. egyptomi orvosi congressus magyarországi rendező bizottsága felkéri az érdeklődőket, hogy f. hó 29-dikén, szerdán esti 7 órakor az „Orvos-Club” (Szentkirályi utca 22. sz.) helyiségeiben tartandó értekezleten résztvenni sziveskedjenek. *Bólay*, elnök.

Új közokórház Ausztriában. A morvaországi cs. kir. helytartóságnak folyó évi szeptember hó 17-dikén 45,466. sz. alatt kelt értesítése szerint, a cs. kir. belügyministerium folyó évi június hó 3-dikán 17,066. sz. alatt kelt rendeletével a *Deutsch-Liebau* mezővárosban létesített kórházat nyilvános közokórházi jelleggel felruházott gyógyintézetnek nyilvánította; a nevezett közokórházban gyógykezelték után igénybe veendő napi ápolási díjat pedig a cs. kir. helytartóság a morva országos bizottsággal egyetértőleg 1 korona 80 fillérben állapította meg. (106,687/1902. B. M. szám.)

Új járványkórház Ausztriában. A sziléziai cs. kir. országos kormány folyó évi október hó 4-dikén 23,393. szám alatt kelt átirata szerint a tescheni vörös kereszt nősegély-egylet tulajdonát képező, *Teschen* város területén fekvő barakkkórházat, az abban járványos betegség miatt gyógykezelték nézve és a Teschen városban, valamint szomszéd községeiben uralgó járvány tartamig kihatólag, a sziléziai országos bizottsággal egyetértve, köz- és nyilvános jellegű járványkórháznak nyilvánította, az ott gyógykezelték után felszámítható napi ápolási díjat pedig 2 koronában állapította meg.

* A pestis által fertőzött, Odesszából érkező utasokkal való elbánás tárgyában a belügyminister 107,823/902. sz. a. valamennyi vármegyei és városi törvényhatósághoz a következő rendeletet intézte: „A pestisnek Odesszában történt fellépése folytán a kereskedelemügyi minster úr f. évi október 6-dikán 67,043. sz. a. kelt rendeletével a földmivelésügyi és pénzügyi minster urakkal, továbbá velem, úgyszintén a cs. kir. osztrák kormányval egyetértőleg megtiltotta, illetve korlátozta a következő árúknak és tárgyaknak Odessza városából és kikötői területéből való behozatalát és átvitelét: 1. fehéreművek és viselt ruhafélék (használatra szánt tárgyak) és használt ágyművek. Midőn ezen tárgyak, mint útipodgyász vagy lakhelyváltozás miatt szállítatnak (berendezési tárgyak), azok a határátlépésnél az egészségrendőri vizsgálatra és eljárásra nézve fennálló külön határozatok alá esnek; 2. rongyok és papirgyártásra szánt ócska rongyok (Drilles), a hydraulikus erő által összesajtolt azon rongyokat sem véve ki, melyek mint árúk nagy csomagokban szállítatnak; 3. ócska zsákok, szőnyegek, már használt himzések; 4. nyers bőrök, cserzetlen bőrök, friss bőrök; 5. friss állati részek, körmök, paták, sórény, szőr, nyers selyem és gyapjú; 6. hajak. A felsorolt árúk és tárgyak átvétele az esetre, ha azoknak a szomszédos külföldi átviteli, illetve beviteli területre való beviteli engedélyezése igazoltatott, mindazonáltal meg van engedve, ha azok útzár mellett oly módon vannak csomagolva, hogy útközben azoknak mindennemű kezelése lehetetlen. Ezt azzal hozzom czim tudomására, hogy az Odesszából törvényhatósága területére érkező utasokkal szemben követendő eljárásra nézve a múlt évi július hó 20-dikán 80,601. sz. a. kelt körrendeletem idevonatkozó határozmányai irányadók.

† **Elhunytak.** *Matavoszky Nándor* dr. ny. kórházi igazgató főorvos, sz. k. honvéd főorvos, kir. tanácsos, a vaskoronarend lovagja f. hó 18-dikán, 88 éves korában Aradon. — *Kutiák Ágoston* dr. Nagy-Váradon.

— **Megjelent:** *Presch B.* dr.-tól: „Die physikalisch-diätetische Therapie in Praxis”. 1. f. Würzburg, 1902. Az egész 6 füzetből áll. — Prof. Dr. *M. Benedikt*: Das biomechanische (neovitalistische) Denken in der Medizin und in der Biologie. 1903. Fischer. Jena.

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



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Természetes forró, meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások, zubany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyvíz uszodák. Ócsos és gondos ellátás. **Csúsz, köszvény, ideg-, borbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága** Budán.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Elektromagneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában **Budapest, Városligeti fasor 13.** Elektromagneses erő alkalmazási tere: **álmatlanság, izomesúz, neuralgiák, ischiás, szívneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine, stb.** — **Orvosi vezetés.** — Kezelés egész napon át. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1902. október hó 20-dikán.) 702. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XVII. rendes ülés 1902. október hó 18-dikán.) 703. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (III. rendes ülés 1902. április hó 24-dikén.) 704. l. — (IV. rendes 1902. május hó 15-dikén.) 705. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1902. október 20-dikán.)

Elnök: Than Károly, titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű tárgyak:

Tangl Ferencz lev. tag „Adatok az ébrény fejlődésének energetikájához” című székfoglaló értekezését olvasta fel. Ebben azon vizsgálatairól számol be, melyekkel, mint első, a fejlődés munkáját, vagyis a kémiai energia azt a mennyiségét határozta meg, mely az embryo kifejlődése közben elhasználtatik. Eljárásának elve a következő: *thermochemiai* úton, a Berthelot-féle bombával meghatározni a pete energia tartalmát a fejlődés kezdetén és a fejlődés végén. A vizsgálatokhoz alkalmas peténél a különbség a fejlődés közben elhasznált kémiai energiát, a fejlődés munkáját adja.

Az értekezésben a veréb- és tyúktojásokon végzett vizsgálatok eredményei vannak. Ezek szerint: egy veréb-embryo teljes kifejlődése közben 0,755 Cal., egy tyúk-embryo teljes kifejlődése közben 15 Cal. kémiai energia használtatik el, a mi 6399 kgm.-met. munkának felel meg. 1 gm. tyúk-embryora tehát 0,582 Cal., 1 gm. embryonalis száraz anyagra 3,01 Cal. munka esik. A fejlődés első felében 1 gm. embryo létesítése több munkába kerül, mint a második felében. Az élő sejtállomány létesítése tehát csak energiaelhasználás árán történhetik. A fejlődés munkája relative nagyobb, mint az éhező állat energiafogyasztása. A fejlődés munkájához szükséges energiát főleg a tojás *zsírja* szolgáltatja, vagyis a legtöbb energiát tartalmazó anyag. A fejlődés kezdetén a tojásban levő összes kémiai energiából egy rész az embryo testének felépítésére is használtatik fel, mintegy 35%; minthogy a fejlődés munkájának végzésére szükséges energia a költetlen tojás energiájának mintegy 160%-át teszi ki, a tojás energiájából a fejlődés alatt ezek szerint körülbelül csak a fele értékesítettik, a másik fele a fel nem használt szikben marad. Az embryo testében lerakott kémiai energia legnagyobb részlete, 28%, az izmokban, legkisebb részlete, 3%, a központi idegrendszerben van.

Lenhossék Mihály levelező tag előadta „Az üvegtest fejlődéséről” szóló nagyobb dolgozatának főbb eredményeit. Bár az üvegtest szövettani szerkezetének bő irodalma van, eddigelő a legfontosabb kérdés nem volt minden kétségen felül megoldottnak tekinthető, az t. i. hogy milyen szövetsorotba sorozzuk az üvegtestet. A legelterjedtebb nézet szerint, melyet Virchow Rudolf állított fel 1852-ben, az üvegtestet a kötőszövetnek egy sajátos, folyékony alapanyagban igen bő, alak-elemekben szegény fajtája. Mikor Virchow e nézetet kifejtette, az üvegtestet még mint szerkezet nélküli, csak néhány szétszórt sejtet magába foglaló kocsonyaszerű anyag szerepelt. Azóta kiderült, hogy az üvegtestnek bonyolódottabb szerkezete van, s hogy tulajdonképpen nem egyéb, mint igen finom fibrillumoknak, az üvegtest-rostocskáknak sűrű fonata. Ezen újabb megismerés a Virchow-féle nézetet nem ingathatta meg, sőt inkább biztosabb alapot látszott annak szolgáltatni, a mennyiben a fibrillumokat kötőszöveti rostocskáknak tartották. Ujabban (Tornatola, Rabl) az a nézet merült fel, hogy az üvegtestet nem kötőszöveti állomány, hanem hámeredési szövet, nevezetesen hogy a szemserleg belső lemezének, vagyis a tágabb értelemben vett látóhártyának a képződménye. Előadó az üvegtest fejlődésére vonatkozó vizsgálatait főképen háziyul-embryonokon eszközölte, de kiterjeszkedett a macska-, marha- és emberi embryók szemében észlelhető viszonyokra is. Vizsgálatainak fő-eredménye, hogy sem a régi Virchow-féle nézet, sem az utóbb említett újabb felfogás, valamint azon harmadik nézet sem felel meg a valószínűségnek, mely az üvegtestet egyszerűen csak az erek izzadmányaként fogja fel, hanem hogy az üvegtest morphologiai elemei: az üvegtest-fibrillumok a lencse sejtjeiből szönek ki, s e szerint az üvegtestet a szemlencse képződménye. Tíz napos háziyul-embryon megtekintve a lencse első telepét, az ectodermának a szemhólyag fölött levő megvastagodott területét, azt észleljük, hogy a sejtek egy része alul rövid kúpba folytatódik, mely a hám alsó határvonalán kissé túlterjed. Miközben a lencselemez gödörszerűen bemélyed, ezen e kúpok, melyeket eddig nem észleltek és melyeket előadó lencsekúpoknak nevez, finom fonalakká nőnek ki; e fonalak a későbbi üvegtest-fibrillumoknak első nyomai. E fonalak csakhamar eloszolnak, még pedig nem szabálytalanul, hanem bizonyos szabályos típus módjára, mely típusban már felismerhetők az üvegtest-fibrillumok későbbi architektúrájának alapvonalai. Az üvegtest-fibrillumok tehát a lencsegödör és lencsehólyag hámsejtjeiből nőnek ki, mint alsó végüknek finom nyúlványai; e nyúlványok csakhamar eloszolva és a szomszédos sejtek hasonló nyúlványaival összeolvadva, felépítik az üvegtestnek összefüggő rácsozatát. A lencsekúpok első eloszlásából meridionalis rostok keletkeznek, ezekből ismét derékszögben sugárirányú rostok erednek, melyek merev járással elérik a szemserleg belső lemezének felszínét és végeikkel csakhamar odatapad-

nak az e lemezt eleitől fogva befedő finom cuticuláris hártárhoz. Belőlük ismét oldalágak nőnek ki, melyek egyrészt mint másodlagos meridionalis rostok az első meridionalis fibrillumokkal párvonalosak, másrészt mint latitudinalis rostok a szemtengely körül gyűrűalakban rendezkednek el. E rostokon kívül vannak még egyes szabálytalan fibrillumok is, melyek e rostok mellékágacskái gyanánt jelennek meg, és melyek a szabályosabb rostok közt átkuszálódva kissé változatosabbá teszik ugyan a képet, de az üvegtest rácsozatának szabályszerű típusát sohasem fedik el teljesen. Az első meridionalis rostok egymással és a mögöttük fekvő rostokkal egybefonódva az üvegtest elülső határoló rétegét alkotják; ez tehát az üvegtestnek legelőször képződő részlete.

E rostokat a lencse hátulsó felszínétől eleitől fogva keskeny hasadék, a perilenticularis rés választja el, mely mindvégig megmarad; ebben fejlődnek ki később a tunica vasculosa lentis erei. Előadó vizsgálatainak egyik érdekes eredménye, hogy fiatal embryonon nem csak a lencse mögött találunk üvegtestet, hanem a lencse elülső felszínén is, a későbbi elülső szemesarnok és iris helyén. Ezen elülső üvegtestréteg eltűnik, mihelyest kötőszövet nyomul be a lencsehólyag és az ectoderma közé. Alig hogy megjelent az üvegtest-fibrillumok első telepe, feltűnő jelenség készönt be: azt észleljük ugyanis, hogy az egész rácsozat leválk a lencseről. E folyamat első nyomait már akkor észleljük, mikor a lencsegödör hólyaggá záródik, a mennyiben egyes lencsekúpok már ilyenkor eltűnnek; ha a hólyag az ectodermáról teljesen lefüzödött, a mi háziyulón a 12-dik napra esik, már csak igen kevés kúpot észlelünk, végül a 13. napon eltűnik valamennyi kúp a lencsegödör hátulsó felszínéről, és a 15. napon az elülsőről is. A üvegtestet most tehát további fejlődésében és kialakulásában teljesen önmagára van utalva; a lencse e szerint az üvegtestnek csak első telepét szolgáltatja. Az üvegtest-fibrillumok e korai leválása a lencseről magyarázza meg, hogy miért nem vezettek az eddigi fejlődéstani vizsgálatok a lencse fejlődésére nézve eredményre: a mint megtörtént ugyanis e leválás, semmi jel sem utal többé arra, hogy az üvegtest a lencséből képződött, sőt az a körülmény, hogy a fibrillumok a szemserleg belső lemezével szorosan össze vannak növe, a vizsgálat könnyen azon helytelen felfogásra vezetheti, hogy az üvegtestet a látóhártyából fejlődik, a mint hogy valóban több újabb szerző (Tornatola, Rabl, Fische) ezen nézet mellett nyilatkozott is. Alig hogy megjelent az üvegtestrácsozat, meg is indul benne a differenciálódás, a mennyiben helyenként a rostok sűrűbben helyezkednek el és megvastagodnak; így keletkezik az üvegtest elülső sűrűbb határrege, továbbá az üvegtest kéregállománya, mely főképp meridionalis és latitudinalis rostokból áll, és végül az üvegtesttölecsér, mely az üvegtestnek centralis, az arteria hyaloidea körülvevő, a rostoknak sajátos elrendeződése által feltűnő részlete. E differenciálódások idejét eddigelő a fejlődés késői szakára tették, de előadó kimutatja, hogy első nyomait már igen korán felismerhetjük.

A zonulakérdésre nézve előadó vizsgálataiból az derül ki, hogy a rostoknak genetikai vonatkozása az üvegtesthez nincs, vagyis hogy nem tekinthetjük azokat erősebben kifejlődött üvegtest-fibrillumoknak. Hogy a zonulastok önálló képződmények, azt fejlődésük megfigyelésén kívül az a körülmény is bizonyítja, hogy egészen más festési reakciót mutatnak, mint az üvegtest-fibrillumok. Előadó azokhoz csatlakozik, a kik a zonulastokat a sugártestet bevonó hámsejtek cuticuláris nyúlványai gyanánt fogják fel.

A lencsetek képződésére nézve előadó észleletei megerősítik azon már csaknem teljesen elfogadott felfogást, hogy e hártá cuticuláris képződménye a lencserostoknak, illetve az elülső oldalon a lencse hámsejtjeinek, és hogy képződéséhez sem kötőszöveti elemek, sem erek nem járulnak hozzá. A membrana hyaloidea is cuticuláris képződmény, melyet a szemserleg belső lemezének sejtjei választanak ki. E hártárhoz azonban csakhamar szorosan oda forradnak az üvegtest-fibrillumok, úgy hogy később bensőbb a vonatkozása az üvegtesthez mint a látóhártyához s az üvegtestet a kivételénél követi is ezt. E hártá teszi az egyetlen elválasztó falat a retina és az üvegtest között, külön membrana limitans retinae előadó észleletei szerint nincs. Az üvegtestben észlelhető sejtekre vonatkozólag előadó úgy találja, hogy azok a sejtek, melyek embryók üvegtestében észlelhetők, nem vándorsejtek, a mint eddig hitték, hanem maradványai azon kötőszöveti rétegnek, mely eleinte elválasztja a szemhólyagot az ectodermától és a mely később e helyről néhány maradéksajt kivételével elvonul. Különös, hogy e sejtek csakhamar oly alakváltozáson esnek át, melyek következtében csakugyan vándorsejtek hatását keltik; protoplasmájuk szabálytalan alakú, karéjos lesz és magjuk is a legkülönösebb alakokat veszi fel. Hogy ez elváltozásoknak mi az oka, nem tudjuk. Bármily kevés is a kifejlődött üvegtestben a sejt, számuk mégis meghaladja az embryo szemében észlelhető sejteket és így felmerül azon kérdés, honnan származtak az embryo szemében jelenlevő sejtekhez csatlakozó sejtelemelek? Előadó, bár észleletei e kérdésre nem adnak feleletet, mivel csak korai stádiumokra szóritkoznak, valószínűnek tartja, hogy az újabban hozzákerült sejtek a meglévő oszlásából keletkeznek.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVII. rendes ülés 1902. október 18-dikán.)

Elnök: Bókay János. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

Elnök: Üdvözlöm a tisztelt tagtárs urakat a nyári szünet után. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkérem Herczel, Mann és Remete tagtársakat.

A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesítem.

Mély fájdalommal jelentem, hogy *Virchow*, a világhírű nagy tudós meghalt. 1855 óta volt levelezőtagja egyesületünknek. Kötelességének tartotta az egyesület, hogy az elhunyt temetésén *Pertik* tanárral képviseltesse magát és ravatalára koszorút helyezzen. Indítványozom, hogy kegyeletes tiszteletünknek jegyzőkönyvünkben adjunk kifejezést. (A tagok felállással fejezik ki tiszteletüket az elhunyt iránt.)

Mély fájdalommal jelentem továbbá, hogy sok éven át elsőrangú munkásságú tagtársunk, *Plósz Pál* szintén elhunyt. 1871 óta volt tagja egyesületünknek. Indítványozom, hogy kegyeletes tiszteletünknek a jegyzőkönyvben adjunk kifejezést. (A tagok felállással fejezik ki tiszteletüket az elhunyt emléke iránt.)

Bejelent a beérkezett könyvek jegyzékét Köszönettel fogadtatnak.

Intussusceptio ileo-colica bélresectioval műtett esete.

Herczel Manó: A bélbetüremkedések leggyakrabban előforduló esete az, midőn a vékonybél a vastagbélbe türemkedik: az invaginatio ileo-colica, a mely minden életkort befoglalva a statistikába, Leichtenstern szerint az összes esetek 52%-át képezi. Egy ilyen ritkább bántalmat volt alkalmam legutóbb észlelni, kórismézni és műteni. Az eset a következő:

T. Ferencz, 18 éves, vinczellér-tanuló Szakácsiról, öt év előtti maláriától eltekintve jelen bajáig mindig egészséges volt. 1902 márczius közepe táján egy reggel hirtelen oly erős göres lépett fel hasának bal oldalában, hogy kínjában fél óráig a földön hentergett. Ezen idő óta egész a kórházba való felvételéig majdnem állandóan ágyban fekvő beteg; a kínzó göresök naponta 3-4-szer, sőt augusztus hó óta 6-7-szer jelentkeznek, mindig baloldalt kezdődnek, azután az egész hasra kiterjednek, miközben hasa puffad, korgásokat hall, némi könnyebbülés csak hasmenésre és a szelek indultára mutatkozik. Ritkán hány, keveset csuklik. Junius közepe óta egy daganatot érez hasának bal felében, melyet orvosi tanácsra (vándorvose lett kórismézve) haskötővel tart vissza. Betegsége óta kevesebbet vizel; vérése vizelete és vérese széke sohasem volt. A mint felkel és járn kezd, a kegyetlen fájdalmak, melyek „a bal ágyékát ki akarják szakítani”, rögtön jelentkeznek. Étvágya elveszett, erősen lefogyott, teljesen kimerült.

A Szent-István kórházba való felvételekor, szeptember 10-dikén, a baloldali esúshurujától eltekintve, mellkasi szervei épek. Hasa puha, mérsékelten elődomborodó; a bal hypogastriumban nyomásra fájdalmas, körülbelül férfikölnyi, lapos, nagyjában vese alakú, sima, jól mozgatható képlet tapintható, melyet a bal bordaív alá majdnem teljesen vissza lehet tolni. Felette a kopogtatási hang tompult, dobos. A vizelet napi mennyisége 800-900 cm³, fajsúlya 1025. fagypontja $\Delta = 1.349$, nyomokban fehérjét, sok uratot tartalmaz. A következő két hét alatt igen gyakran észleltünk a betegnél erős görcsrohamokat, melyek rendszerint a daganat helyéből indultak ki és itt voltak a leghevesebbek, 1/2-1 óráig is tartottak, később az egész hasra is kiterjedtek s naponta többször jelentkeztek. Az utóbbi napokban oly nagy fájdalmak voltak, hogy csak térd-könyök helyzetben tudott megenni. Ezen fájdalmas szakokban a szelek megakadtak s a has felpuffadt, a belek hatalmas peristaltikus mozgása csak akkor hagyott alább, midőn erős korgás közben a bélgázok lefelé utat törtek maguknak. A rohamok alatt a daganat tapinthatósága is változott, mert míg a roham-mentes időben kemény tumort lehetett tapintani, addig most csak egészen homályos resistencia volt a mélyben érezhető. Ezenkívül 10 nap lefolytával a daganat határozottan lejjebb esűszott, most már a bal csípőtányér táján volt tapintható, de nem mindig egyformán, mert gondos palpationál hol keményebb, hol puhább consistentiát, hol körülirtabb, hol elmosódottabb határú, hurkaformájú, karvastagságú és körülbelül 10 cm hosszú terimenagyobbodást mutatott, mely felette a kopogtatási hang tompult, dobos. A tumor, mely ezen állapotában a lumbalis tájra könnyen át volt ballotálható, a bal mesogastriumba is részben át volt tolnható. Erősebb nyomás, dörzsölés consistentiát keményebbé teszi, ugyanakkor ezen manipulációval korgást is ki lehet váltani. A rectalis vizsgálathoz ujjal épen elérhetőleg a végbél lumenébe promináló egy kemény, egyenlőtlen felületű, dudoros, az ujj elől könnyen kitérő, de a hasprés vagy felülről való nyomásnál lejjebb szálló, mozgékony, kis kölnyi, orrmányszerű daganatot érzünk, melynek közepe köldökszerűen behúzódik. Az orrmány-csúcs jobbfelé néz. Felfuvasnál a daganat teljesen eltűnik, a vastagbél azonban csak a bal bordaív telik meg levegővel. Gyakori diarrhoikus ürülései sohasem voltak véresek vagy fekete színűek.

Mindezen tünetek alapján s az anamnesis figyelembevételével idült vastagbél invaginációt kellett felvinnünk, melynél az intussusceptum bizonyára átjárható marad és a mely, mivel a constrictio a hüvely részéről nem volt nagyfokú (erősen tágult colon-fal), nem járt nagyfokú vérkeringési zavarokkal (véres székek hiánya). Azon körülmény, hogy a daganat eredetileg a bal hypogastriumban feküdt, természetesen erősen mozgatható volt, a bordaív alá vissza volt tolnható és hogy véletlenül veseformájú is volt — mivel a jobb oldalról betüremkedett mesenterium vonágása folytán természetesen hurkaszerűen, belső

concavitással görbült meg — magyarázzák a diagnostikus nehézségeket és a vándorvose kórisméjének eshetőségét.

Műtét 1902. szeptember hó 25-dikén aether-narkosisban. Eredetileg 20 cm hosszú, három ujjnyira a bal Ponpart-szalag felett, ezzel párhuzamosan futó metszés, a mely később 15 cm hosszú, erre derékszögben befelé irányuló, a bordaívvel párhuzamosan haladó metszéssel lesz kiegészítve a bal rectus külső széléig, úgy hogy egy nagy háromszögű lebenyt nyerünk, melynek alapja a bal rectus külső széle. A hasüreg megnyitása alkalmával sok véres, savós váladék ürül ki. Előnyomul a hatalmasan tágult, felkar vastagságú, hypertrophikus falzatú colon descendens és flexura sigmoidea; ez utóbbiban egy körülbelül férfi ökölnyi, igen mobilis, könnyen felfelé tolnható dudoros képlet érezhető. Nagy óvatossággal, a vastagbél gyenge előhúzásával e képlet lassan-lassan vissza lesz tolnva a bélüreben, úgy hogy körülbelül 3/4 m-nyi utat tesz meg a flexura lienalison át a középvonalig. Itt megállapodva, a colon egészen elő lesz húzva. Jól látható a betüremkedés helye, a körülbelül három haránt ujjnyi átmérőjű rendkívül vastagfalú ileum-kacs, a coecalis vastagbélrészlet, a mint a fibrinosus, czafatokkal befedett mesenterium belétüremkedik.

Csak tenyérszerű széles részleten marad meg az invaginatio, ott, hol a hüvely és az intussusceptum (Bondin) erős adhaesiókkal össze vannak forrva. E hely a középvonalban, közvetlen a gyomor alatt fekszik. Ezen nagyfokú helyzetváltozás természetesen csak úgy lehetséges, hogy ha a mesocoecum és a mesocolon rendkívül meghosszabbodottak és teljes mesenteriummá fejlődtek. Az invaginatio ileo-colica complet esetével állunk tehát szemben, a midőn az ostium ileo-coecale képezte az intussusceptum csúcsát. A körülbelül másfél méter hosszú intussusceptum belső csövét az ileum, külső csövét a colon ascendens és részben a transversum képezte, míg a hüvelyt (intussusciens) a colon transversum descendens és flexura sigmoidea szolgáltatott.

Mivel a hüvely és az intussusceptum serosái a coecum helyén elválaszthatatlanul összeforrtak és így a desinvaginatio nem sikerült, nem maradt egyéb hátra, mint a kórosan elváltozott bélrészletnek teljes resectioja. A mesenterium előleges alakotétele után bélesonkolás olyképen, hogy az ileum részut metszetett át, mivel sokkal szűkebb ürteré volt, mint a hatalmasan tágult colonnak. A bélfalzatnak kétsoros selyemvarrattal való egyesítése után a mesenterium hasadéka is elzártott s a bélvarrat biztosítása czéljából az körkörösen eseplesz-részekkel lett fedve. A hasüreg teljes elzárása.

Betüremkedett állapotban a kiirtott bélrészlet 12 cm. hosszú, palack alakú, rövid, keskeny nyaka (ileum) hirtelen széleddé testbe megy át. A hypertrophikus vastagbélhüvely 8 1/2 cm. hosszú, 7 1/2 cm. átmérőjű, nyálkahártyáján van egy fillérszerű, hosszúságú fékely és pedig az áthajlási helyen, a mesenterialis szélel szemközt fekvő területen. A rövidebb és keskenyebb ileum csont 5 1/2 cm. hosszú, 4 cm. széles, serosája belővelt, fehéres-sárgás fibrinosus czafatokkal fődött, mesenteriuma duzzadt, savósan beivódott. A serosa-lapok a betüremkedés helyén előbb lazán, majd elválhatatlan módon összenöttek, közöttük foglal helyet a 6 1/2 cm. hosszú, megtört főregnyúlvány.

A 6 cm. hosszú intussusceptum a vastagbél hüvelyt teljesen kitölti, csúcsán körkörös, 1-2 cm. mély, piszkos lepedékekkel fedett üszkös fekélyek koszorúja foglal helyet. Ezen fekélyek által környezett fillérszerű, köldökszerűleg behúzódkó helyen nyílik a bél lumenje, melyen csak vékony katheret vezetethető át.

Daczára annak, hogy a beteg az operatio előtt végképen ki volt merülve, a műtét beavatkozást jól állotta ki, csupán az első három nap kellett körülbelül három l-nyi konyhasó-infusiót eszközölni. Állandóan lázmentes lefolyás mellett a műtét után harmadnapra volt széke, a bél átjárhatósága ezentúl is zavartalan maradt. A seb per primam egyesült, csupán csekély felületében keletkezett felületes bőrnekroszis, mely azonban jelenleg szépen granulál. Fájdalmak teljesen megszüntek, mohón eszik, súlyban gyarapszik.

Alapy Henrik: Concedálja, hogy a bemutatott invaginatio kezdő üszkös miatt kifejtetlen volt, de figyelmeztet arra, hogy a mily gyakori az üszkös a vékonybél betüremkedéseivel, ép oly ritka az invaginatio ileo-coecalisnál. A felszólaló gyakorlatában előfordult tíz eset közül csak kettő volt üszkös, a többi nyolcz mind ki volt fejtető; pedig voltak közöttük három-négy hónapos idült intussusceptiók és olyanok, melyeknél a betüremkedés fél méternél hosszabb volt.

A desinvaginatio akadályát nem a külső és belső bél közötti laza összenövés képezi, hanem az eddigi módszerek hiányossága. Egy hosszú intussusceptumot kitolni nem lehet; kihúzni épenességel nem; ellenben meglepően könnyen szokott sikerülni, ha a felszólaló által tavaly bemutatott módszert alkalmazzuk, mely a kóros folyamat megfordításából áll, abból tudniillik, hogy az invaginatum az invaginatumról lehúzzuk.

A desinvaginálás előnye kétszeres: 1. Ha felnöttek bélbetüremkedését minden áron resectálni akarjuk, ez a műtét könnyebb és biztosabb is a kifejtés után, mint előtte. 2. Csecsemőknél plane életkérdés, mert a kifejtés után meggyógyulnak, ellenben a resectioval járó hosszabb műtétet ki nem állják.

Felszólaló két ízben operált a bemutatotthoz hasonló, a bal hypochondriumban vándorvesét imitáló invaginációt; mindkét esetben a középvonalban végzett metszéssel. Úgy véli, hogy jelen esetben is ez a metszés lett volna célirányosabb.

A bélresectio alkalmával végzett körkörös varratra az a megjegyzés, hogy az end-to-end egyesítés, mely a vékonybélnél (akár varrattal, akár prothesissal csináljuk) kitünő eredményt ad, a vastagbélben nem eléggé megbízható. Több oknál fogva. A vastagbél több részlete köröskörül nincsen hashártya által borítva; a két lumen gyakran nem

egyforma; a vastagbél falzata a taeniák és appendices epiploicae következtében nem bír egyenletes felülettel; a vastagbél tartalma sokkal fertőzőbb, mint a vékonybél és peristalticája gyengébb lévén, tovább pang a varrott helyen. Mindez okoknál fogva a vastagbél körkörös varratra aggályos, nem is szólva a prothesissal való egyesítésről, mely a vastagbélnél már csaknem műhiba számba megy.

Ellenben elesnek mindezek az aggályok a Doyen szerint elzárt végek oldallagos appositiojánál. A vastagbél resectioja számára ez jelenleg a legmegbízhatóbb módszerünk.

Herczel Manó. Határozottan említettem, hogy a desinvaginatio nem sikerült a bemutatott esetben teljesen, mert akkor nem resecáltam volna, hanem ott, a hol az ileum beszakad a vastagbélbe, tenyérvényi felületen annyira össze volt forrva, hogy nem volt szétválasztható, ezért resecáltam. Sőt még tumor gyanúja is felmerült, a mi a resectiót még inkább indokálta.

Bal oldalon azért metszettem be, mert nem tudhattam, hogy ileocolica az invaginatio, ellenkezőleg vastagbél intussusceptiót vettem fel. Az egész 1.50 méter volt, és az intussusceptumot a vastagbél fele (0.80) és az ileumból 0.70 m. képezte, a mi csak a műtét alkalmával derült ki.

A körkörös varratra nézve említett kifogása felszólaló úrnak ezen esetre nem áll, mert tény ugyan, hogy a vastagbél nincs mindenütt serosával borítva, hanem ezen esetben olyan hosszú mesocoeum volt, hogy azt egészen fedte; továbbá a chronikus intussusceptio alatt élénk peristaltica állott fenn, a bélfal túltengett és alkalmas volt a körkörös varratra. A Doyen methodusát én is sokszor alkalmazom, de az eredmény nem mindig kellemes, mert gyakran genyedéshez és sipolyképződéshez vezet.

Friedreich-féle paramyoclonus multiplex esete.

Mann Mór: 61 éves férfi beteg. 1902. július 28-dikán a felső végtagok bicipseiben, a két oldali m. brachialis internusban, a m. supinator longusokban s a pectoralis major egy részében villámszerű, intensív, anisochron rángások jelentkeztek, melyek 1—2 napi intervallumokban heves rohamok alakjában ismétlődtek, $\frac{1}{2}$ egész 12 órai tartással; e rohamok psychikus és mechanikus ingerek által fokozódtak, de erős akaratos működés által részben vagy olykor egészben is elnyomhatók; álomban szünetelnek. A többi izmok szabadok.

A bántalom 5 heti tartama után a jobb- és bal oldali sternocleidomastoideusban, a m. splenis capitisban hasonló természetű rángások észlelhetők. Trophikus zavarok, sem cerebrales tünetek nincsenek. Összes reflexek fokozottak; anaesthesiák nem észlelhetők.

Tehát *szimmetrikus oldalon, szimmetrikus izmokban anisochron villámszerű görcsök ezek*, melyek a Friedreich által 1881-ben Virchow Archivuma 86-dik kötetében paramyoclonus multiplex név alatt leírt tünetcsoporttal teljesen azonosak. Az 1881 óta az irodalomban közölt 40—45 eset nagy részben átmeneti alak a tic convulsiv és a Charecot által maladies des tic convulsifs néven leírt egyes alakok között. A bemutatott eset azonban teljesen megfelel a Friedreich-féle leírásnak, míg némely angol és német szerző ezt a chorea electricával tartja identikusnak; de a különböző chorea-fajoknak közös criteriumát képezi az, hogy a villámszerű rángások főképpen akkor jelentkeznek, midőn bizonyos koordinált izomcsoport akaratos működést végez, holott esetekben a rángások az izmok nyugalmi állapotában jelentkeznek, sőt akaratos működések segítségével ellensúlyozhatók.

A paramyoclonus — miután nem függ anatómiai változásoktól — *functionalis idegbántalom*, azonban Friedreich állításával ellentétben *nem tekinthető önálló betegségnek* és pedig azért, mert a bántalom psychikus izmaktól annyira függővé van téve, sőt a rohamok igen könnyen mesterségesen is előidézhetők voltak; továbbá a francia orvosok azon véleménye, hogy a functionalis idegbántalmak legnagyobb része nem más mint hysteria, újabbán mindinkább tért hódít. Ennélfogva a paramyoclonus m. is hysteriának tekintendő s már a Friedreich esete is hysteria volt.

A bemutatott eset érdekességét növeli azon körülmény, hogy a hysteria előhaladott korú egyénnél a paramyoclonus multiplex ritkán előforduló alakjában jelentkezett.

Prostatahypertrophia folytán keletkező vizeletrekedések gyógyítása Bottini-féle operálás által.

Remete Jenő: Bemutató eddigél 16 esetben végezte a műtétet és ezek közül módjában van két esetet bemutatni.

I. 70 éves munkás a Poliklinika urológiai osztályán lett felvéve incomplet retentioval, residuális vizelete 500 cm³, prostata almanagságú, egyenletesen hypertrophizált volt. Műtét 1902. június 14-dikén levegővel telt hólyagban. Egy bemetszés a középvonalban 3.6 cm. hosszúságban. Három hét után gyógyulás, sőt további 3 hét alatt a vizelet is teljesen feltisztult.

II. 69 éves kereskedő complet retentioval és éjjeli vizeletesur-gással jelentkezett. Prostata kisökönyvi, harántátmérője nagyobb mint hosszátméréje, egyenletesen megnagyobbodott, tömött, kemény. Műtét 1902. szeptember 19-én levegővel telt hólyagban, eucain-érezéstelenítéssel, bemetszés 2.6 cm. Semmi vérzés. 12 nap után elhagyta a sanatoriumot. Vizelete ez idő szerint még genyet tartalmaz, a hólyagfunctio teljesen visszatért.

Ezen két esetben is a mechanikus akadály elhárításával, mely a pars prostaticában és a hólyagnyílás körül a prostatahypertrophia folytán keletkezett, úgyszólván normális viszonyok állottak be.

A műtét technikája nem épen nehéz, kivételhez azonban három dolog okvetetlen szükséges:

a) Igen alapos tájékozottság az anatómikus viszonyokról és a kóros elváltozásokról.

b) Meg kell itélnünk, vajjon a műszer alkalmas-e a fennforgó akadály eltávolítására?

c) Tökéletesen jártasnak kell lennünk a műszerek kezelésében.

Mindebből kitűnik, hogy a műtét eredményes végrehajtása bizonyos gyakorlatot igényel.

Bemutató végül cystoskop útján bemutatja a kaustikus bemetszéseket.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(III. rendes ülés 1902. április hó 24-dikén.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Illyés Géza.

(Vége.)

A jobb Poupert felett 12 cm. harántmetszéssel a resistentia felett nyitattik meg a hasüreg. A coecum körül c-eplessz odanövények, melyek lefejtése után ép bélfalzat mellett a coecumban diónyi, igen kemény idegen test tapintható. Enterotomia útján diómekkoraságú, főleg bélsárból álló, helyenként elmeszesedett bélsárból távolították el, mely egy 1 1/2 cm. hosszú, a proc. vermiformisba haladó nyúlvány által erősen rögzítve volt és a Bauhin-billentyű mögött feküdt. Bél- és hasfalvarrat után p. p. gyógyulás. A beteg összes panaszai megszűntek.

Borszékly: A bemutatott bélsárból által okozott bélelzáródásra vonatkozólag megemlíti, hogy a 2-dik számú sebklubinán is operáltak egy beteget, kinél a colon ascendensben székelő bélsárból aent elzáródást okozott. A kő jókora tyúktöjásnyi volt és hogy tényleg bélsárból, nem pedig epekő volt, azt Liebermann tanár vizsgálata bizonyítja, a ki a követ növényi eredetűnek mondta.

Winternitz kérdi a kő vegyalkatát.

Hüll hangsúlyozza, hogy a kő stenosiszt és nem ileust okozott.

Oesophagoskopia-bronchoskopia.

Zimmermann: A két vizsgálati methodus történelmi fejlődését vázolja. A modern oesophagoskopia megalapítójaként Killian nyomán Kussmault említi, nem pedig, a mint azt rendszeren felveszik, Mikuliczot. Kussmaul 1867-ben végezte az első oesophagoskopiát, míg Mikulicz a 80-as években dolgozott csak a methodussal. Az eljárás nehézségeit, veszélyeit, indicatioit és contraindicatioit tárgyalja, majd részletesen ismerteti az instrumentariumot és a technikát, melylyel az I. sebészeti klinikán 16 esetben végzett oesophagoskopiát. Eltérőleg a többi eljárásoktól, egy félkemény gyomorsondát vezet be az oesophagus bemenetébe és erre tolja rá rotáló mozgásokkal az oesophagoskop tubusát. Ez által a bázis ing sérülésének lehetőségét óhajtja csökkenteni. Az eljárást különösen therapeutikus célból (idegen test eltávolítás, stricturáknak a szem controlja mellett való tágitása, excentrikus szűkületek tágitása stb.) melegen ajánlja.

Diagnostikus célból való használatát (próbakim tészék carc. oesoph. esetén, szűkületek mineműségének megállapítása) lehetőleg korlátozni kívánja.

Rövid néhány szóval megemlékszik még a retrograd oesophagoskopiáról is, mely a gyomorsipoly nyíláson át végezve az oesoph. retrograd tágitását volna hivatva elősegíteni. Ez irányban egy gastrostomizált betegen végzett kísérletei nem vezettek eredményhez. A gastroscopia rövid ismertetésével végzi előadásának első részletét.

A második részben a bronchoskopiáról szól. Ez eljárás Killiantól származik. A klinikán Killian instrumentariumával egyszer végzett bronchoskopiát idegen test gyanúja miatt.

Az eljárás veszélyei, indicatioi és contraindicatioi, valamint a technika ismertetése után az eljárást therapeutikus irányban (idegen testek eltávolítása) áldásosnak s melegen ajánlhatónak tartja. Az előadás az „Orvosi Hetilap”-ban in extenso meg fog jelenni.

Winternitz: Az oesophagoskopiát elvi jelentőségű eljárásnak tartja, mely a közvetlen szemlélésnek meghódított egy oly területet, melynek diagnostikája eddigél csak valószínűségi, therapiája nagy sőtében való dolgozás volt. Két esetben az eljárásnak jó hasznát vette úgy a diagnosis, mint a therapia szempontjából. Egyik esetében 11 hónapos csecsemővel állott szemközt, ki hét hónapos korában egy nadrágsattot nyelt el, mely nyelőcsővében fennakadt. A nyelés ez időtől fogva állandóan nehezített, időnként teljesen lehetetlen volt. Ismételtén többek által lett kutaszolva a nélkül, hogy a csattot eltávolítani vagy letolni lehetett volna. Mióta a gyermek észlelése alatt állott, bázis ingkutaszszal az idegen testet biztosan érozni nem lehetett, úgy hogy a nehezített nyelés daczára is az idegen test beléte kétségessé vált. Az idegen test belétének megerősítése céljából az oesophagoskopiára határozta el magát, mi chloroformnarcosisban minden különös nehézség nélkül sikerült is. Körülbelül a bifurcatio magasságában a csattot jól lehetett látni, mire egy alkalmasan meggörbitett dróthorgot mögéje vezetett, ezzel a csattot az oesophagoskop nyílásához húzva rögzítette s most a műszert a csattal együtt lassan s a szem controlja mellett a nyelőcsőből kihúzta.

Második esete lúgmérgezés után fellépett nyelőcsőszűkültre vonatkozik, melynél a kutaszok körülbelül a bifurcatio magasságában fennakadtak úgy, hogy e helyen a legvékonyabb oesophagus sondák

sem voltak átvezethetők. E mellett a beteg folyadékot s pépes táplálékot elég jól nyelt. Ily körülmények között diverticulomot, avagy pedig excentrikus fekvésű szűkületet kellett felvenni, minek eldöntése miatt narcosisban oesophagoskopiát végzett a 4 éves gyermeknél, mely alkalommal meggyőződött, hogy a szűkület kendermagnyi nyílással bír és excentrikusan hátrafelé fekszik. Filiformis bongiekkal sikerült a szűkületen átjutnia s azt a kívánt kaliberig kitágítani.

A oesophagoskopiát mint aránylag egyszerű s jó diagnostikus és therapeutikus eljárást ajánlja, de gyermekeknél csak narcosisban tartja megengedhetőnek.

Dollinger egy 18 éves betegnél alkalmazta a Mikulicz féle oesophagopopot, a kinél peptikus oesophagus fekélyre volt gyanu. A vizsgálat narcosis nélkül, ülő beteg történt, semmi nehézséggel sem járt és kétségtelenné tette, hogy az oesophagusban fekély nincsen.

Elnök az ülést bezárja.

(IV. rendes ülés 1902. május hó 15-dikén.)

Elnök: Dollinger Gyula; jegyző: Illyés Géza.

Radius-sín bemutatása.

Chudovszky Móricz: A midőn Röntgen-kepek kapcsán kissé tüzetesebben foglalkozott a tipikus orsócsonttörések helyes ellátásával, azon számos sinkészülék helyett, a melyek e törések helyes ellátását előzzák, egy sinkészüléket szerkesztett, a melynek feladata az volna, hogy azokat mind pótolja. A sinkészülék áll egy hajlító oldali alkar-sínből, a melyhez fémüzeletek kapcsán egy tenyéri sín iszül. A tenyéri sinnel a ráhelyezett kezét hanyintás, borintás, orsói távolítás, közelítés, tenyéri behajlítás, kézháti kifeszítésben rögzíthetjük; a kéztartó sín azonkívül az ujjak behajlítását is megengedi és ennél fogva a használatban levő orsói sineket e sinnel pótolhatjuk. De nemcsak az orsócsont alsó harmadának törései esetében, hanem invarratok, vagy kéztő, kéz-közép ízületi műtétek után is, a midőn a kezét bizonyos meghatározott helyzetben rögzíteni kívánjuk, alkalmazható e sín.

Schächter: A bemutatott sín olyan, mint a minőt Gensmer húsz év előtt konstruált, azzal a különbséggel, hogy a kéznek szolgáló rész ketté hajlítható és így több variációját az elhelyezésnek engedni meg.

Chudovszky: A Gensmer-sín más szerkezetű sinkészülék.

Dollinger: A klinikán a gypszsineket alkalmazza, melyek mindig az eset és az egyén szerint alkalmazhatók s igen jól használhatók.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

1902. évi 836. szám.

A rézbányai m. kir. bányahivatalnál nyugdíjazás folytán üresedésbe jött, a X. fizetési osztály III-ik fokozatában évi 1600 korona fizetés, természetbeni lakás vagy ennek hiányában törvényszerű lakpénzzel, 54 úrköbméter tüzfajárandósággal, valamint kézi gyógyszer-tár tartási kötelezettséggel egybekötött műorvosi állásra a Nagyméltóságú m. kir. Pénzügyminisztérium f. évi 82,910. számú magas felhatalmazása folytán pályázat nyitattik.

Az egyetemes orvostudományok azon tudorai, kik ezen állásra pályázni kívánnak, felhivatnak, hogy elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, családi állapotukat, nyelvismeretüket okmányokkal beigazolvva, szabályszerűen felszerelt, a m. kir. Pénzügyminisztériumhoz címzett folyamodványukat az előjáró hatóság, illetőleg azon törvényhatóság főispánja útján, kinek működése terén laknak, e pályázati hirdetmény keltétől számított három hét alatt alólirott hivatalhoz nyújtják be.

Oly folyamodók, kik állami szolgálatban nem állanak, egészségi állapotukat közhatalosági orvos által kiállított bizonyítvánnyal kötelesek igazolni.

R é z b á n y a, 1902. évi október hó 21-dikén.

M. kir. bányahivatal.

3032/902. sz.

Torda-Aranyos vármegye marosludasi járáshoz tartozó mezőkapusi kör-orvosi állásra pályázatot nyitok.

Pályázhatnak mindazok, kik az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában kívánt képzettséget igazolni tudják.

A mezőkapusi kör-orvosi állás évi 800 korona fizetés, 200 korona lakpénz és 200 korona utazási átalánnyal van összekötve. Magángyakorlat folytatásánál a kör-orvosnak székhelyén történő minden egyes látogatásáért 40 fillér, a székhelyén kívül eső községekben a fuvar szolgáltatása mellett 80 fillér van megállapítva.

Kör-orvosi székhely M.-Kapus, melyhez M.-Uraly, M.-Gerebenes, Kis- és Nagy-Iklánd, M.-Lekence, O.-Dellő, M.-Orbó, M.-Újfalú, M.-Pele, M.-Dellő, Szent-Margita, K.-Soóspatak és M.-Sirályi községek tartoznak.

Felhívom tehát mindazokat, kik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy a szabályszerűen felszerelt folyamodvényaikat — mennyiben hivatalos alkalmazásban vannak — hivatali főnökük útján, ellenkező esetben közvetlenül hozzám f. évi november hó 15-dikéig adják be.

M a r o s - L u d a s, 1902. évi október hó 14-dikén.

Felföldy Béla, főszolgabíró.

6951/902. sz.

Békés vármegye közpörházának sebészeti osztályán lemondás folytán megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1000 korona készpénz fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú ételmezés. Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodvényaikat Méltóságos dr. Lukács György Békés vármegye és Hódmező-Vásárhely város főispánjához intézve, hozzám f. évi november hó 6-dikéig küldjék be.

Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

G y u l a, 1902. évi október hó 21-dikén.

2-1

Berkes dr., kórházi igazgató.

6619/1902. szám.

Békés vármegye közpörházának elmebeteg-osztályán lemondás folytán megüresedett segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1200 korona készpénzfizetés, lakás, fűtés, világítás és I. osztályú ételmezés. Pályázni

kívánókat felhívom, hogy képesítésüket, valamint eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodvényaikat méltóságos dr. Lukács György Békés vármegye és Hódmező-Vásárhely város főispánjához intézve, hozzám folyó évi október hó 27-dikéig küldjék be. Később érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

G y u l a, 1902. évi október hó 7-dikén.

3-3

Berkes dr., kórházi igazgató.

Egyéb üresedésben levő állás.

Lejárt	Állás	Hely	Fizetés	Czím
okt. 30.	jár. orv.	Nagy-Szöllős	600 k., 600 k. úti át.	Gr. Csáky László, főispán
30.	közs. o.	Czepaja	1600 k., 200 k. lakb.	Lowieser, főszolgabíró
31.	alorvos	Székesfehérvár	1000 k., lak., élelm.	Szűts, főjegyző
30.	körorvos	Etéd	1000 k., 200 k. úti át. és lakás	Pálffy J. főszolgabíró, Székely-Keresztúr
31.	körorvos	Szin	1200 k., 400 k. út. át.	Gedeon Aladár fszb., Torna
nov. 1.	közs. o.	Daróc	1200 k., lakás	Szabady Tivadar, fszb. Oklánd
1.	közs. o.	Bács-Fekete-hegy	1200 k.	Császár főszlgb., Bács-Topolya
3.	körorvos	Árpád	1100 k.	Nagy Márton főszlgb. Nagy-Szalonta
10.	tiszti orv.	Losonez	400 k.	Wagner Sándor, polgármester

HIRDETÉSEK.

„FASOR-SANATORIUM“ orvosi laboratoriuma.

Berendezve mindennemű vegyi, górcsói (szöveti) és bakteriologiai vizsgálatok részére. Végzi ép és kóros váladékok, u. m.: vizelet, köpet, bélsár, gyomornedv, hányadék, vér, dajkatej, izzadmányok, továbbá szövetek és daganatok vegyi, górcsói és bakteriologiai vizsgálatát.

„Fasor-Sanatorium“

Laboratorium-vezető:

VII., Városligeti-fasor 9.

DR. PREISACH.

Fekete áfonya gyógybor

Vinum myrtillorum medicinale.

Kitünő hatású **bélhurtnak** I üveg I kor. 60 f., 5 üveg bérmentes gyógyszer a **bélhurtnak** = postaszállítással 9 kor. 20 f. = Készíti: **CORNIDES KÁROLY** gyógyszerész **Felka** (Szepesm.)

Raktár: **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszer-tárában Budapesten.

Vegyi, górcsövészeti és bakteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

UJ-TÁTRAFÜRED * Hidegvízgyógyintézet és Sanatorium.

Tüdőbetegeknek (kezdeti stádium), idegbajosoknak (function. zavarok, morb. Basedow, neurasthenia, álmatlanság stb.), anyagcserezavaroknál (diabetes, oxaluria, köszvény stb.), vérbetegségeknek (chlorosis, anaemia, leukämia, malaria stb.), üdüzőknek, karlsbadi utókúra stb.

Gyógyeszközök: levegő- és fekvőkúra, daetikus gyógymód (hizlító és soványító kúra), inhalatio (lignosulfit, törpefenyőgőz), hidegvíz-kúrák, moór- és törpefenyőfürdők, sanatoriumi kezelés.

— Mindig nyitva! —

Dr. Fái Mátyás Miklós

rendelő orvos.

Bérbeadandó fürdő.

Ásványfürdő

nagy évi forgalommal, a déli vasút állomása mellett, lakházakkal, vendéglővel és parkkal bérbe adatik. Reflektánsok szíveskedjenek ajánlataikat „A 8172“ alatt **Haasenstein & Vogler, Wien, I.** czégghez elküldeni, mire bővebb felvilágosítás következik.

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. *Imre József dr.*: A szembőlbeli nem genyedő csonthártya-gyulladás viszonya a szembőlbelihez. 59. l. — *Scholtz Kornél dr.*: A trachoma gyógyításának története. 61. l. — *Hermann Emil és Erdélyi Jenő dr.*: A mydriaticumok élettani hatása. 67. l. — *Siklóssy Gyula dr.*: A heidelbergi szemészársaság gyűlése. 71. l. — *Folyóiratok átnézete.*

A szembőlbeli nem genyedő csonthártya-gyulladás viszonya a szembőlbelihez.

Irta: dr. *Imre József*, a hódmezővásárhelyi Erzsébet-szemkórház főorvosa.

A szembőlbeli falainak és a benne foglalt lágyszöveteknek különböző természetű gyulladása igen változatos képeket mutatnak és kivált igen különböző befolyást gyakorolnak magára a szembőlbelihez. A lágyszövetek nagyobb gyulladása, a különböző alképletek, a csonthártya hevesebb osteo-periostitise természetesen nagy veszedelemmel járnak a szembőlbelihez nézve is; az előtérés, a nagyfokú mozgásbeli zavarok, a szaruhártya kisebesedése és elválása, mint e veszedelem legfőbb kifejezései, nagyon ismeretesek. Igaz ugyan, hogy a szembőlbeli elváltozás meg a szemet fenyegető veszedelem nem mindig arányos; vannak nagy, lassan fejlődött daganatok, melyek a szemet helyéből nagy mértékben kitolják s melyek mellett ennek mégis megmarad látása és mozgó képessége (magam is közöltem 20 évvel ezelőtt egy esetet, melyben egy utóbb önként kivált osteoma miatt a bal szem a szájjal egy síkban mozgott és — látott), viszont kisebb terjedelmű változások más esetekben meglepő nagy zavarokat okoznak látásban és a szem épségében, a miből csak az következik, hogy nemcsak a változások terjedelme, hanem kórtani sajátosságai és kivált szembőlbeli elhelyeződése határozza a szóban levő hatás tekintetében. De végre is ezek a nagyobb orbitalis bajok, úgy keletkezésük módját, mint a szemre magára gyakorolt vészes hatások mértékét illetőleg legtöbbször tisztán átláthatók; rólok újat mondani legfeljebb műtéti technika szempontjából lehet az újabb időben.

Vannak azonban a szembőlbeliben kevésbé feltűnő, néha lassan, néha hirtelenebb fejlődő, legtöbbször csak lappangó kórváltozások, melyek kórtani jelentősége nem egészen tiszta, de befolyása a szembőlbelihez némely részére és mellékszerveire, vagy legalább együttes fennállása ezek bajaival elég gyakori eset és kétségtelen. Ezek felől nem felesleges közölni némely tapasztalatokat és ezekhez csatlakozó gondolatokat.

Bizonynyal minden szemorvos lát elég gyakran olyan eseteket, hogy a szembőlbeliben panaszolt fájdalom, a szembőlbeli hátranyomására nyilvánuló nagy érzékenység, vagy a szembőlbeli falán egyéb helynek (legtöbbször a felső vagy külső falnak) fájdalomassága, néha duzzadtsága együtt van jelen a szembőlbeli vagy szem-izmok bajával; tehát egyszerre van az illetőnek szembőlbeli periostitise és látóideg-gyulladása, vagy oculomotorius-bénulata, stb. Az ilyen kórosok mindig sokáig tartanak, néha igen súlyosak, legtöbbször szinte meglepően jól végződnek és legtöbbször valami rejtélyes, valami szokatlan van bennük, részint az előidéző ok ismeretlen, részint a periostitis jelenségei bizonytalanok, vagy a vélt periostitis helye nem felel meg az előidézett vagy vele együtt fennálló izombénulat helyének. Csak annyi bizonyos, hogy azok a szembeni megizom- és idegbajok, melyek a szembőlbeli falainak egyidejű bajával vannak összefüggésben, a gyógyulásra jó kilátást adnak rendszeren.

Mielőtt tovább mennék, röviden megismertetek néhány, utóbbi években látott esetet, melyek ide tartoznak s közös vonásaikkal engem némely következtetésekre jogosítanak.

1. 1897. XII/8. B. I. 24 éves asszony. Egy hónappal előbb szembőlbeli körül nagy fájdalmakat kapott, látása meg-

romlott. Mindkét szeme közellátó. Jobb szem ki- és lefele tolván, kis exophthalmus; mozgás ki- és lefele jó, másfele hiányzik; nyomásra belől-felül nagy érzékenység, hátranyomásra is; dagadtság sehol sincs, a csont sima. Pup. középtág, nem reagál, látás nincs feljegyezve; opt. külső fele kékes, kis conus. Jodkali belsőleg is, kenőcsben is. Egyszer láttam egy hónap múlva; fájdalma elmúlt, mozgás tetemesen javult. Tehát egyszerű, orbitalis szemmozgató-bénóság. Az asszony mindig egészséges volt.

2. 1898. VI. 13. S. J. 40 éves férfi. 10 hóval ezelőtt a jobb szem látása kitágult, szembőlbeli mindenütt fáj; négy hó óta a jobb belső egyenes béna. Mindkét orb. felső fala igen érzékeny, egész hosszában, daganat nincs; sok fejfájás és spontán fájdalom a szemek körül. Jobb szem ujjak $1\frac{1}{2}$ m.-ről; bal szem $\frac{5}{20}$, E. opt. progressiv, sárga sorvadás, tág erek. Régen kemény fekély, kénese-kúra. Évek óta visszatérő izületi csúz; karizmai is „rheumasok”. Kali jod. és sós fürdők. Elmaradt.

3. 1898. IX. 10. H. M. 38 éves nő. Néhány hét előtt hirtelen nagy fájdalmak támadtak a bal orbitában. Mindenütt nagy fájdalomasság érintésre s a szem hátranyomására; a felső szemhéj s kissé a halántéktáj is duzzadt; az oculomotorius minden (külső és belső) ága béna. Jodkalit kapott belsőleg és külsőleg. Három hónap múlva gyógyultnak láttam (de nem vizsgálhattam az alkalmazkodását).

4. 1899. VII. 4. H. F. 41 éves férfi. Egy hónap óta paresis n. abduc. sin. Kettős látás; halántéki és szem körüli erős fájdalmak; nyomást, ujjal benyúlást alig tűr. Szembőlbeli, látás rendben. Jodkali. Hat hét alatt gyógyult.

5. 1900. V. 28. Sch. A. 24 éves, tubercul. asszony. Jobb szem My. $1\frac{5}{10}$ D. V = $\frac{5}{5}$. (Bal szem My. 7 D. V = $\frac{5}{10}$.) Mindkét szemhéj vizenyős öt hét óta; externus gyenge; igen nagy fájdalmak a szembőlbeliben és körülte, hátranyomás kiállhatatlan. Három hét múlva: oedemas fájdalmak elmúltak; diplopia nehezen mutatható ki.

6. 1900. VII. 30. B. E. 10 éves leány. Viruló egészség. Látása pár héttel előbb hirtelen romlott meg; szemét nagyon hidegeknek érzi, állandóan fájlalja, nyomásra az orb. csúcsa igen fájdalmas. Nagy centr. scotoma; ujjakat olvas mindkét szemmel $1\frac{5}{10}$ m.-ről. Jobb szem zöldet nem ismeri bal szem egy szintem; opt. kissé lapult, hideg színezetű. Látás tágak, alig reagálnak. Ordin.: KJ + Fe. Sós fürdők. — VIII. 28. Változatlan. — IX. 24. Jobb szem $\frac{5}{15}$ E. b. sz. ujjak 3 m.-ről. Szinlátás egészen jó. — X. 2. o. d. $\frac{5}{10}$, os. $\frac{5}{20}$. — X. 10. o. d. $\frac{5}{7}$, os. $\frac{5}{10}$. — XII. 3. o. u. = $\frac{5}{5}$. Fájdalmak még októberben elmúltak. A látóidegfők színezete megjavult.

7. 1900. X. 6. Z. J. 51 éves asszony. Négy héttel ezelőtt hirtelen romlott a látása, jobb szembőlbeliben heves fájdalom támadt; jobb szem My. $1\frac{5}{10}$ D. V = $\frac{5}{15}$. Opt. halvány; orbita felül nyomásra érzékeny. Jodkali. — XI. 12. Látás $\frac{5}{10}$ + 3 betű. Semmi fájdalomasság. Elmaradt.

8. 1900. X. 8. V. A. 32 éves asszony. Sok baloldali fejfájás, nagyon érzékeny bal szembőlbeli; tökéletes oculomotorius-bénulat. Reggeli hányások; lábai igen gyengék; szédül. V = $\frac{5}{30}$ E. Opt. mindkét felől igen vérmes, nagyon tág vénák. Jodkali belsőleg és kenőcsben. — XII. 4. Semmi fájdalom; szemrés jól nyílik, szeme jól mozdul befele. — 1901. II. 2. Majdnem mindenféle jó mozgás; látás $\frac{5}{10}$.

9. 1900. XI. 27. R. V. 55 éves. Periostitis orb. sin. Teljes oculomot-bénulat. Neuritis opt.; ujjakat olvas 4 m.-ről. Elmaradt.

10. 1900. XI. 29. Sz. J. 23 éves leány. Mindkét oldalon heveny *neuritis* retrobulb.; az orbita csúcsa nagyon érzékeny, valamint külső oldala is, jobb szem látása = $\frac{5}{10}$, balé = $\frac{5}{7}$. Chlorotikus egyén. KJ + Fe. — 1901. I. 5. Semmi fájás, látás mindkét szem = $\frac{5}{7}$. Opt. színe külső szélőkön kékes; ordin. argent. nitr. belsőleg. Elmaradt.

11. 1901. IX. 9. K. M. 3 $\frac{1}{2}$ éves leány. Két hét óta felső szemhéja lóg; szemrés 3 mm., szemhéj elsimulva, szemgolyó be- és kifelé tolva; a belső zugban felfele terjedő diffúz ellenállás. Nagy fájdalma nincs. A szemgolyó teljesen *rendes*; látá jól reagál, kevés vérbőség a retinában. — 1902. V. 7., mikor harmadszor láttam, még a szempilla álmosan fekszik, de a szemgolyóval együtt jól emelkedik, szemszög falán semmi daganat, semmi más kóros jelenség nincs.

12. 1901. XI. 15. M. Sz. 20 éves leány; hetek óta fokozódó fájdalmak a bal szem körül; nyomásra nagy érzékenység az egész orbitában, szemgolyó mozgatása és hátranyomása egyenlően fájdalmas; dagadtság sehol sem tapintható, csak a külső alsó szélén a csont gömbölyűbb. Szemgolyó mozgásai *rendesek*, de látása = *rossz fényérzet*. Látá középtág, alig reagál, iris sötétebb, kevés ciliar-inj.; üvegtestben sok nagy czafat, az alig látható látóidegfő duzzadtnak gondolható. Ordin. bedörzsölő kúra, jodkali; bekötés (párh. kötés). — XI. 26. Változatlan. Szemgolyó belőveltebb. Nadályok a halántékra. — 1902. I. 6. Az orbita *felső* széle érzékeny még; üvegtest átlátszóbb, jó fényérzet. — III. 20. *Ujjakat olvas* 1.5 m.-ről! Látter szűk. Üvegtest jóval tisztább; opt. vérmes, elmósodott szélű; érhártyában lencsényi és nagyobb, rozsdaszínű foltok szétszórtan (vérzések maradványai). Többször nem láttam.

13. 1902. V. 4. K. J. 40 éves férfi. Három hét óta nem lát jobb szemével, sokat szenved „csúzos“ fájdalmakban. A szemszög csúcsa igen érzékeny a bulbus hátranyomására; mozgatása is fájdalmas; hónapok óta fájdalmai vannak halántékában. Látás kézmozgás; opt. igen hideg, kékes-fehér színű, lapos; erek szűkek. Elmaradt.

14. 1902. V. 20. A. M. 9 éves leány. Vörhenyes volt; a baj 7-dik hetében vették észre, hogy szemhéja csüng baloldalt. Most tökéletes oculomotorius-bénaság; a könnytömlő táját kivéve az orbita minden pontja igen fájdalmas. Látás = $\frac{5}{15}$; opt. *rendes*. Jodkali, kenőcsben is. — VIII. 7. Szeri *minden mozgása rendes*; látá max. tág, merev. Most az orbita *csak* a könnytömlő táján érzékeny. — IX. 10. Látás = $\frac{5}{5}$; pup. merev, 4 mm.; alkalmazkodás hiányzik.

15. VI. 23. S. J. 44 éves férfi. Hat hét óta csüng felső szemhéja bal felől; egyenes nézéskor széle a látá közepéig ér; szemgolyó le- és kifelé mozdul egy keveset, le van tolva helyéből s kissé kifelé; kevés exophthalmus. Látás = $\frac{5}{7}$; pup. nem reagál, 3 mm. tág. Alkalmazkodás mindkét szemben egyenlő (+ 1.5 D.-val Cs No I-et 25 cm.-ig befele). Nyomásra nagy fájdalom a szemszögör egész belső felében; orra dugult, füle régen beteg, soha sem folyt. Jodkali. — VIII. 6. A szem hiányosan, de mindenféle mozog, fájdalmasság változatlan. Elmaradt.

Ezek az esetek (melyek mind vidéki, tőlem távol lakó egyéneket illetnek s behatóbban észlelhetők nem voltak) előttem *azonos megbetegedés különböző fokozatainak tűnnek fel*. A szemszögben van valamely, a csontfalat érzékenyvé tevő, fájdalmakat okozó, megbetegedés, mely a szemnek vagy szemizmoknak betegségét vonja maga után; minden esetben első volt a szem körüli fájás, aztán romlott meg a látás vagy a szem mozgása — s amaz mindig előbb mult el, mint emezek. Fontos körülmény, hogy az illetők túlnyomó számban egészséges, többnyire viruló szervezetűek s alig van köztük gümőkórságban vagy luesben szenvedő; egy sincs olyan, ki sérülésben, s alig egy pár, ki határozottan meghülésben keresné a baj okát. A szemszögben fájás és nyomásra való nagy érzékenység mellé hol a látó ideg, hol egy izom (abducens), hol egy egész idegtörzsök (oculomotorius) baja csatlakozik, egy

esetben súlyos érhártyai változás. A szemszög falán hol fent, hol kívül, hol mindenütt fájdalmas; néha (főleg a látóideg megbetegedése alkalmával) csak az orbita csúcsa érzékeny. Mi köze van e bajoknak a szemszög falaihoz? Miért van egyik neuritis mellett ilyen csontfájás, másik mellett miért nincsen? És miféle fájdalom az a szemszögben, mely a fájdalomtól kívül néha semmi más tünetment (tapintható daganatot, genyedést) nem okoz? Ilyen kérdések merülnek fel előttem, ha ezeket az eseteket és másokat, magam elébe képzelem. És, bár az észleletek tökéletlenségét magam látom legjobban, megpróbálok felelni rájuk, főleg azért, hogy bővebb vizsgálódásra indítsak másokat, kiknek több oldalú észlelésre több alkalma és módja van.

A gondolatomban forgó esetekben, melyek mind genyedés nélkül folytak le, az orbitális eredetű izombénaság, vagy neuritis stb. soha sem volt nagyobb tömegű kóros lerakódás erőművi hatásának tulajdonítható; az sem vehető fel, hogy a szemgolyó megtámadott részébea azonos, általános ok egyidejű hatása szerepelt volna; hiszen soha sem volt jelen lueses retino-chorioiditis, tuberc. iritis stb. Az orbitában fennálló folyamat természetét legtöbbször nem is volt nyíltan gyuladós; a „csontthártyalob“ nevet csak azért használtam, mert nem tudom mással kifejezni azt az állapotot, mikor a csont egy vagy más helyen, (nem a trigeminus két orbitális ágának helyén) nyomásra fájós volt s önként is fájdalmak állottak fenn. Hogy az ilyen állapotot a legtapasztaltabb szerzők is „periorbitis“, szemszögben periostitis névvel jelölik, ismeretes. Azok a néha igen kifejezett szemkörüli, csontbeli fájdalmak bizonyosan valamely feszülésnek, idegvongálásnak vagy nyomásnak következményei, a mik azonban — nagyon lehetséges — nem is gyuladásból, csak duzzadtságból származnak. Más esetekben nyilvánvaló a gyuladás, mert a gyuladt hely dagadtsága is jelen van s tapintható, vagy a szemgolyó eltolásából bizonyos. A periorbitán tehát, igen kis területeken az izgatottság és gyuladás különböző fokai vehetők fel; *és ennek a származása bizonytalan*.

Általánosan elfogadott nézet, sőt tapasztalat, mint *Axenfeld* legújabb közlése is bizonyítja,¹ hogy a szemszögben genyedés legtöbb esetben kívülről, az orrnak melléküregeiből indulnak ki; legtöbbször a homlok-öböl, gyakran a rostacsonti öböl genyedése terjed át a szemszögbe. Sok eset van ezek között, melyekben a legpontosabb szakszerű vizsgálat sem mutatja ki az orr betegségét, sőt olyan eset is van (*Axenfeld* is közöl ilyet), hogy a homlok-öböl genyedése, mire a szemkörüli tályog műtételére került a sor, már magától elmúlt, sőt az öböl azon fala is épnek mutatkozott, melyen pedig a gyuladást okozó fertőzésnek át kellett hatolnia. Ugy látszik tehát, hogy ezekben az öblökben (az *ék-csont* öblét is hozzá kell vennünk) súlyos és hosszú genyedések állhatnak fenn, igen bizonytalan jelenségek között, a nélkül, hogy határozott tudomására jutnának betegnek és orvosnak, leginkább azért, mert az orr még maig is mostoha gyermek, bajait sok figyelemben nem részesítjük. Hány makacs orrvérzés, könnyezés, fejfájás, szédülés, úgynevezett náthásság, bűzös orr stb. okát keresik más régiókban az orr helyett, vagy éppen, a melléküregek helyett!

Nem mondhatom, hogy a szóban levő esetek vonatkozását az orrhoz ismerem; egyet találtam, hol az orr és fül beteg volt. De tudom, hogy szemkórházunk betegeinek *felénél* több szenved valamely orrbajban; nem mindig olyanban, melyet szemök bajával kapcsolatba hozhatnánk, de még ez a thema úgy sem eléggé kidolgozott. Ezért nem tudok mást gondolni, minthogy az ily nem genyedő csontthártyai izgatottság, és a belőle származó szembajok, *szintén valamely orrbaj vagy inkább öböl-baj* (sinusitis) *következményei*. E felvétel *lehetősége* ellen bizonyára nem lehet kifogást tenni; ha genyedő gyuladások eredhetnek az *ép* csontfaltól védett szemszögben, az öblök valamelyikének baja és bakteriumok átvándorlása miatt, miért ne juthatnának át *nem genyedő* lobbifolyamatok ugyanazon helyekről, mikor erre kész útjaik vannak? A szem-

¹ Deutsche med. Wochenschrift 1902. 40. sz.

gödörbe áthatoló erek, a két fissurát bevonó esonhártya, a rostacsonti nyílások (foramina ethmoid.) stb. érthetővé teszik lappangó gyuladással folytatódó átterjedését az összes öblökből.

Azt képzelem, különösen az erek mentén terjednek az ilyen izgatottságok, kisszerű beszüremkedések; e mellett szólnak a néha látható, a vena ophthalmica egyik főágára, vagy még kisebbre szorító phlebitisek, melyek eredete sokszor titokzatos, e mellett szól hangosan azon egyik esetem, mikor a periostitis javulása után lassanként feltisztulván az üvegtest s a bizonytalan fényérzetről ujjak olvasására javulván a látás, az érhártyában nagy és sok vérzés nyomait lehetett találni, a mely esetben a szemgolyó belsejébe kétségtelenül a vena útján hatolt be a gyulladás s így okozta a hyalissist, az érhártyalobot. De bizonyosnak tartom, hogy a terjedés módja többféle; a retrobulbaris látóideg-lobok egyszerűen a esonhártya folytonosságában halad s a foramen opticumnál oda átterjedő, lappangó gyulladás következményei ilyen esetben, míg az oculomotorius teljes bénasága bizonynyal nagyobb nyomásnak, a felső szemgödröt rést béléző hártya gyuladással duzzadságától való nyomásnak, vagy a lobbólgyuladástól rá átterjedésének folyamánya. Természetes, hogy ilyen egyszerűen nem minden esetet magyarázhatunk; pl. olyankor mikor neuritis retrobulb., esonhártyái fájdalmasság és abducens-bénelat egyszerre, hirtelen lép fel s mikor a kimenetel is arra mutat, hogy orbitális bajjal volt dolgunk (a milyen esetet többet láttam) nem értjük, hogy a periorbita gyuladása miért nem az oculomotoriusra terjedt át, mely a látóideghez, az orbita csücsében, közelebb fekszik?

A szem- és az orrbajok viszonyának ismeretében még sok újat várhatunk. Azt gondolom, hogy e rövid és felületlen fejtegetésben némely olyan tényre mutattam, mely bővebb kutatásra ösztönyt adhat. Kívánatos volna, hogy minden szemész alapos rhinologus is legyen; ha ez nem lehet, legalább egy ilyen segítségét rendszeresen felhasználja s főleg kívánatos volna kórboneztani anyagot bőven gyűjteni annak kiderítésére, vajjon az idült rhinitisek és sinusitisek milyen messze s milyen módon terjesztik ki hatásukat az összes irányokban, főleg pedig a szemgödrök tartalmára?

A trachoma gyógyításának története.

Irta Scholtz Kornél dr. szemklinikai tanársegéd.

(Vége.)

A csomók kikéféleszt elsők 1859-ben Borelli gyakorolta „scardasso“-nak nevezett fémeccetjével. (L. fentebb.) 1889-ben Schröder¹²⁶ nickelezett rézdrótból négyféle alakú ecsetet vagy keféket szerkesztett, a melyekkel a conjunctiva kóros részeiből a csomókat kikéfélni igyekszik. Utókezelésre sublimatot használ. Manolescu¹³⁴ keféi 3—5 mm. hosszú szőrökből készülnek. Keféket használnak még Abadie és Darier is előzetes scarificatio után. (L. fentebb.) Az összes mechanikus-operatív eljárások közül talán egyedül a kefézés az, a melyet feltétlenül helytelennek kell tartanunk. Nagy traumával, sok ép szövetnek szükségtelen elroncsolásával aránylag csekély hasznót hajt; a melyekben ülő csomókat ugyan senki kefével ki nem hozza, ha csak a környező kötőhártyát is velök együtt ki nem szaggatja; épen ezért a kefélést a legtöbb szakember elítéli.

A trachomás csomók kinyomása kétségtelenül egyik legnagyobb vívmánya a modern trachoma-kezelésnek; a kinyomással sok esetben sikerül a csomókat teljesen eltávolítani a nélkül, hogy egyúttal a kötőhártyának ép részeit tönkretennők vagy feláldoznók. Ezért van az, hogy a csomókinyomás minden más eljárás közül még leginkább megnyerte azok tetszését is, a kik a trachoma gyógyításában lehetőleg conservative szeretnek eljárni. Ily módon ezen műtét igen nagy jelentőségre és elterjedettségre jutott s napjainkban különösen az általános gyakorlattal foglalkozó (nem specialista) orvosoknak egyik leghatásosabb fegyvere a trachoma elleni küzdelemben. A csomók kinyomását először Caignet¹⁷ végezte 1872-ben egy algiri trachoma-epidémia alkalmával; a kifordított szemhéj mögé valamely eszközzel nyelét tolt be s e felett préselt ki a csomókat ujaival. (Lásd fentebb is.) Ezen

eljárást a következő évtizedekben számos jeles klinikus magáévá tette és gyakorolta (Berlin,⁸⁴ Leber, Hotz,¹⁰⁴ Michel,¹⁰³ Karwetzky,¹¹⁵ Wicherkiewicz,¹¹¹ Feuer¹⁸⁹) vagy a Caignet módja szerint, vagy úgy, hogy a kifordított szemhéjat a két hüvelyk vagy mutatóujj körme közé szorították. A nagy vidéki praxisban ma is kedvelt és kényelmes eljárás, mert a mint Hotz mondja „die Finger hat man immer bei sich“. A körömmel való csomókinyomás, bármily egyszerű legyen is, nem ideális eljárás. Eltekintve a modern sebészetnek parancsoló elveitől, a melyek megkivánják, hogy csakis absolute tiszta és teljesen megtisztítható eszközzel dolgozzunk ott, a hol csak lehet sok olyan fekvésű csomóra fogunk akadni, a melyekhez ujjainkkal, azoknak vastagsága miatt hozzá nem férünk; különösen az alsó áthajlási és a félholdképi redőben. Ezért később különböző csipő formájú eszközöket alkalmaztak a csomók kinyomására. Hotz egy régi divatú irisescsipőt, Jäsche a Himly-féle ablakos csipőt használta fel erre a célra, Dohnberg, Noyes és mások külön csipőket készítettek, a melyek sima vagy rovátkolt felszínű, lapos félkör, vagy kanálalakú végekkel bírtak; a csomókat ezen fémlapok közé szorítva préselték ki. (L. Kuhnt¹⁸⁷ 6. l.) A csomókinyomás technikája igen nagyot haladt 1892-ben, a mikor Knapp¹⁴² megismertette az általa szerkesztett s most úgyszólván már általánosan ismert mángorló csipőt (Roller forceps). A csipő szárai kengyelvas formában végződnek úgy, hogy a kengyelvasakat összekötő egyenes léczet egy hosszában rovátkolt forgó henger alkotja. Az áthajlási redőket, esetleg a kifordított szemhéjat megfelelő erővel a két henger közé szorítva végig mángoroljuk a kötőhártyát különböző irányokban, a míg az összes csomók ki nem szorultak. Az eredeti Knapp-féle eszköz hengere 20—25 mm. hosszú és 1—1.5 mm. vastag. Cézlszerűbb és könnyebben kezelhető a Schmidt-Rimpler módosításával készített Knapp csipő, a melynek hengere körülbelül csak fél oly hosszú, de 3 mm. vastag. A csomókinyomások végzésére manapság kétségtelenül a Knapp-féle mángorló a leginkább elterjedt eszköz. 1899-ben Kuhnt¹⁸⁷ a trachoma gyógyításról irt jeles cikkében rámutatott azon hátrányokra, a melyekkel a Knapp-féle csipő alkalmazása jár. Az bizonyos, hogy ezen eljárás a kötőhártyára káros sérüléseket is okoz; a mángorló hengerei nemcsak össze szorítják a közbefogott conjunctivát, hanem húzzák is s ezen húzások következtében az amúgy is beteg, fellazult szövet még a legkíméletesebb elbánás mellett is sok helyen beszakad. A beszakadások egyrészt hegek képződésére adnak alkalmat, a mi nem kívánatos, másrészt lehetővé teszik — ha nem vigyázunk — hogy a műtétet követő napokon az áthajlási redőkben egymásra fekvő sebes felületek összenőnek s így a conjunctiva megrövidül. Kemény, még el nem lágyult csomókat pedig a mángorló ki nem sajtol.

Ezek miatt Kuhnt a maga eszközét, az u. n. expressort ajánlja. Az expressor egy rövid, erős csipő, a melynek szárai egy négyszögletes, félkör alakú vagy szivalakú lappal végződnek. A fémlapokon egymástól 1.3—1.4 mm. távolságra 1.25 mm. átmérőjű kerek lyukak vannak. A lyukak úgy vannak elhelyezve, hogy a csipő zárásakor az egyik száron lévő lyukkal szembe a másik szárnak nem lyukas része esik. Ha a csomókkal telt kötőhártyát a csipő szárai közé szorítjuk, a csomók megrepednek s kocsonyás tömegük a lyukakon keresztül kibuggyan. Húzni vagy vongálni a kötőhártyát nem kell. Használunk egy olyan expressort is, a melynek csak egyik szára van átluggatva, a másik rovátkolt, solid. Ez különösen akkor használható jó sikerrel, ha az infiltrált pillapocrot akarjuk erős nyomással összesajtolni. Ilyenkor a szemhéjat nem fordítjuk ki, hanem a csipő lyukas szarát betoljuk a szemhéj alá, a solidat pedig a szemhéj bőrére helyezzük s így préselünk. A Kuhnt-féle eljárás határozottan tökéletesebb, mint a többi hasonló. Előnyei: nem szakítja és sokkal kevésbé zúzza a kötőhártyát, mint a Knapp-féle; ha különböző alakú expressorokat használunk, a csomókat, még a legelrejtettebbeket is, mindenünne kihozhatjuk; nem annyira fájdalmas, mint a Knapp-féle műtét. Teljesség kedvéért felemlíthetjük még a Debagorij-Mokriewitsch¹⁷⁴ által csomókinyomásra használt eszközöket. Ő lehetőleg kíméletesen szándékozával eljárni, a Knapp-féle csipőre gummihengereket alkalmaz. Az egyszerű kinyomásra pedig két gummilapot használ s szemhéjon levő csomókat egy gummipálcikával dörzsöli le.

Hogy a csomók kiürítése megkönnyíttessék, némelyek a kinyomás előtt *scarificálnak*. Ezt a methodust különösen Wolfe⁸² ajánlotta már 1876-ban; a mély bemetszéseket másod-, harmadnaponként ismételte. A közbeeső napokon a kifordított szemhéjak egymáshoz dörzsölve megmasszála, utána pedig tanninnyruppal esetelte meg.

A trachomás *csomók lekaparását és kikaparását* 1877 óta Bardenheuer⁸³ javaslatára gyakorolják különböző módokon részint mint önálló eljárást, részint kiegészítésként más műtéti módok mellett. A legtöbben a sebészi éles kanalat³ használják erre a célra (Schneller, Michel) mások szikével, scarificátorral, vagy mint pl. Steiner¹⁵⁵ körömmel kaparják ki a felszínesen ülő csomókat. Ezen többé-kevésbé primitív elbánásoknál jóval tökéletesebb a Sattler-féle és Imre-féle methodus. Sattler¹³⁸ (1891.) a trachomás csomókat egyenként discissio tüvel meghasítja és tartalmukat egy 2—4 mm. átmérőjű kerek éles kanállal szedi ki; a tarsuson vagy annak szélén ezen eljárást minden segítő eszköz nélkül is könnyű megtenni. Az áthajlási redőt azonban okvetlenül ki kell előbb feszíteni, a mit vagy egy közönséges horgas sebészi csipővel vagy sokkal kényelmesebben a külön ezen célra készült Herrnhaiser-féle kettős csipővel lehet megtenni. Ezen csipővel egyszerre két helyen a szemzugok közelében kell az áthajlási redőt megfogni, a mely ily módon teljesen előhúzzható és kifeszíthető. Sattler a műtétet csak kivételesen végzi helybeli érzéstelenítéssel, rendszeren narcosisban, utána 1/1000-es sublimat-oldattal öblíti le a kötőhártyát. A reactio csekély, a kis sebek 3—4 nap alatt behamosodnak, apró pontszerű hegek maradnak vissza. Ha a csomókat körülvevő kötőhártya erősen duzzadt és lobos, a műtét előtt argentum nitricum esetelésekkel kell lelohasztani.

A Sattler-féle műtét kétségtelenül igen tökéletes és a mellett kiméletes elbánás; egyedüli hátránya az, hogy hosszadalmas s épen e miatt narcosis nélkül bajos elvégezni, különösen ha igen sok a csomó. Az Imre-féle^{102 és 208} eljárással a trachomás csomókat épen oly tökéletesen és kiméletesen, de hasonlíthatatlanul egyszerűbben és gyorsabban lehet eltávolítani; a kifordított szemhéj szélét egy keskenyebb fajta kaucukspatulával leszorítjuk, hogy vissza ne billenessen; azután az Imre-féle kettős horgot (közös nyéllal bíró vékony, de igen hegyes dróthorgok, a melyeknek szárai egymáshoz közelíthetők) beleakasztjuk a pillaporez széle mellett az áthajlási redőbe úgy, hogy a két horog egymástól 8—10 mm. nyire fogja meg a kötőhártyát. Ezen horognál fogva az áthajlási redőt előhúzzuk s ily módon úgyszólván kétszeresen kifordítjuk a szemhéjat. Így magunk előtt látjuk a redőben székelő összes csomókat, a melyek tudva-tevőleg a szemhéjszéllel határos 5—10 mm. széles kötőhártya területen ülnek. A spatulát és a reája fektetett horgot bal kezünkben tartva, jobb kezünkbe domború éli szikét vagy scarificatort veszszünk s azzal a sorokban ülő csomókat néhány hosszú egészen felszínes metszéssel behasogatjuk s erre ugyanazon eszköz élét meredeken a kötőhártyára illesztve, könnyű kaparó mozdulatokkal az egész kocsonyás tömeget kiürítjük. Ha a csomók nagyok, felszínesek, akkor a bemetszésekre szükség sincs, mert ezek minden erőlködés nélkül így is lekaparhatók. Az egész eljárás nem tart tovább mint pl. a Knapp-féle mángorlás, sokkal kevésbé fájdalmas, számbavehető hegeket nem hoz létre. A mi pedig ezen műtétnek a Sattlerével együtt közösen megbeesülhetetlen tulajdonsága az, hogy nem vaktában operálunk, hanem egytől-egyig magunk előtt látjuk szépen kiterítve az összes granulákat, a melyeket eltávolítani szándékozunk. Ha szükséges, még a szemhéji kötőhártya csomóit is kivakarjuk, esetleg ha vannak, megkaparjuk a nagyobb papillaris túltengéseket is.

Az áthajlási redők kimetszése. Ezen 2000 esztendő műtét, valahányszor csak egyik-másik orvosban pártolókra talált, mindannyiszor megint csak a sutba került a többieknek elítélő magatartása miatt. Az utolsó évtized tapasztalásai azt mutatják, hogy bármily megokoltak legyenek is az ellenvetések theoretikus tekintetben, a praxis mégis inkább a műtét pártfogóinak ad igazat, úgy hogy ezen operatio most — természetesen helyesen megállapított indicatiok mellett — polgárjogot nyert a többiek között. Ezen műtétet nagyobb számban és rendszeresen először Gale-zowsky⁸⁰ végezte. 1874-ben már kedvező eredményekről szá-

molt be, 1878-ban pedig a párisi societé de chirurgie gyűlésén 227 esetről referál, a melyek közül 213 sikerrel gyógyult. G. a csipővel megfogott áthajlási redőt ollóval nyirta ki, varratot nem alkalmazott. 1882-ben Heisrath⁹⁰ 230 excisioval gyógyított eset alapján írja meg tapasztalatait. Szükségesnek tartja a kimetszést olyan esetekben, a melyek medicamentosus kezelésre nem gyógyulnak vagy gyakran recidiválnak; ha pannus van, mindig kivágja az áthajlási redőket, még pedig a subconjunctivalis kötőszövetrel együtt. A felső áthajlási redőből 1.5—2 cm. hosszú és 1—1.5 cm. széles csíkot lehet kivágni, az alsóból keskenyebbet. Utókezelésül 1% carbolos mosogatásokat végez. Heisrath szükség esetén a megvastagodott pillaporezből is kivág egy darabot, elégnek tartja, ha belőle 4—5 mm. széles rész marad meg a pillaszélen. 1885-ben a XVII. heidelbergi congressuson Vossius¹⁰² kelt a kimetszések védelmére, a melyeket 138 esetben végzett; 3—11 mm. széles csík eltávolítását tartja megengedhetőnek, a sebszéléket összevarrja. Csak 3 ízben tapasztalt kisebb rendellenességet a szemhéjak állásában. A kimetszést felszínesen végzi. Legnagyobb pártfogói voltak a műtétnek Jakobson¹²⁰ königsbergi tanár és az ő tanítványai, a kiket a keleti poroszországban nagy mértékben dühöngő és súlyos trachomajárvány kényszerített erélyesebb beavatkozásokra, mert a régebben divókkal egyáltalában nem boldogultak. Az áthajlási redő kimetszésének módját és előnyeit legbehatóbban Schneller danzigi szemorvos fejtegette ki három munkájában (1884,⁹⁹ 1887,¹¹⁸ 1892¹⁴⁰). Az excisio ellenségeinek legerősebb érve az, hogy ezzel a műtéttel a kötőhártya, a mely amúgy is alá van vetve a trachomás hegesedés miatt a zsugorodásnak — túlságosan megrövidül. Schneller kimutatta, hogy ha mi a csomókkal megrakott fellazult és megnyúlt kötőhártyából 8—12 mm. széles csíkot kivágunk, a tényleges anyagvesztéség — ép kötőhártyára értve — legfeljebb 4 mm-t tesz ki. Sch. szerint a műtétet semmi izgalom nem követi, a visszamaradó sima vonalas edényszegény heg úgyszólván gátat képez a tarsuson netalán még megmaradt infectiosus anyagok ellen s megakadályozza azoknak hátrafelé terjedését. A kimetszés előnyei a következők: 1. a trachoma gyógyulása rövidebb ideig tart, mint bármely más eljárásnál. 2. A keratitisek feltűnően jól gyógyulnak utána. 3. A tarsuson visszamaradt csomók hamar visszafejlődnek, néha maguktól, máskor egyszerű gyógyszeres kezelésre. 4. A recidivák sokkal ritkábbak. 5. Sem a szemteke mozgásaiban, sem táplálkozásában a műtét zavart nem okoz; a levator palpebrae nem sérül meg. A műtétet csak kivételesen végzi narcosisban. A redőt vagy egyszerűen ujjával nyomja ki vagy külön csipővel ragadja meg s görbe ollóval nyirja ki. Ha széles az anyaghiány, 3 catgut varratot alkalmaz utólag. A porezből legfeljebb 1 mm-nyit vág ki, ha kell. Elschmig¹²⁴ 1889-ben a bécsi Schnabel-féle klinikán végzett 60 excisio alapján dicséri a műtétet. A kivágandó csík 30 mm. hosszú, 6 mm. széles; a fonalakat előre beöltik a megfelelő szélességben, a redőt szikével fejtik ki. Káros rövidülést nem tapasztaltak. Az excisiókat ellenzőknek (különösen Saemisch, Eversbusch¹⁶¹) azon állítása, hogy a műtéttel a kötőhártya károsan megrövidül, úgy látszik csakugyan nem egyéb theoretikusan kiesztelt ellenvetésnél. Legalább erre kell következtetnünk Feuer²⁰³ tanárnak nyilatkozataiból is, a kinek Königsbergben alkalmá nagyszámú olyan beteget látnia, a kiken régebben excisiókat végeztek; „ezen betegek egyike sem mutatott oly elváltozásokat (szabálytalanság a szemhéjak állásában, nagyobb fokú symblepharon post., entropium), melyeket a történt műtétre kellett volna visszavezetni.“ S ha elvéte még is akadnak ilyenek, az részben annak tulajdonítható, hogy ott a műtétet olyan gyakorló (nem specialista) orvosok is végzik, a kiknek talán nem volt alkalmuk a helyes elbánást megtanulniok. Talán a leghelyesebben itéljük meg a kérdést, ha Kuhnt-nak¹⁸⁷ 1899-ben e tárgyról írott cikkében foglaltakat megfontoljuk. Szerinte a trachoma kezelésében egészen másképpen kell eljárni oly vidékeken, a hol a betegség csak szórványosan lép fel, mint ott, a hol nagy mértékben el van terjedve; ezek elvnek negligálásából erednek a félreértések; „azon orvos, a ki tapasztalatait trachomamentes vidékeken szerezte, bajosan fogja elhinni, hogy azon szerek, a melyekkel ő ott kiváló eredményeket ért el, a trachomától fertőzött vidéken elégtelenek lennének.“ Pedig úgy van a dolog. Trachomajárványtól mentes vidékről való

ember trachomája meggyógyul, ha a csomókat bármily tetszés-szerinti eljárással eltávolítjuk s kellő diætetikus és gyógyszerkezeléssel gondoskodunk a többi kóros elváltozások visszafejlődéséről. A trachomás vidéken lakó ember, különösen a szegény, munkás osztályból való ember örökösen ki van téve a reinfectionnak; ez nem esoda olyan helyeken, a hol egyes családokban a nagyapától kezdve a csecsszóó unokáig mindenki trachomás. Kuhnt königsbergi működésének első idejében csak ú. n. mechanikus kezelésre szorítottok (expressio, thermocauter, scarificatio stb.); ily módon gyógyított betegei közül csak 10% gyógyult meg egészen, a többinél a trachoma megújult, ellenben most excisioval gyógyított betegeinek 50—60%-a marad trachomamentes. Kuhnt ezen körülményt úgy magyarázza, hogy a műtéttel eltávolítván a kötőhártyának azon részét, a mely a trachomás csomóknak fészke és kedvencz helye szokott lenni — ezáltal a betegek bizonyos fokú immunitást szereznek újabb fertőzésekkel szemben. Kuhnt adatai alapján tehát az áthajlási redők kimetszését súlyos járvánnyal sújtott vidékről való betegeknél ajánlatosnak kell tartanunk, míg egyéb helyekről való trachomásoknál reá szükségünk ritkán lesz. A műtét után a szemet még kellő utókezelésben kell részesíteni, mert természetesen minden kóros részt operative eltávolítani nem lehet.

Kuhnt, ha a pillaporez ép, csak magát az áthajlási redőt vágja ki; ha a porez megvastagodott, ebből is kiirt egy darabot. A kifordított felső szemhéj szélének közepét egy segéd horgas csipővel megfogja s a szemhéját egy a szemhéj bőre mögé tolt spatulával megfeszíti. A műtő a szemhéjszéltől 2.5 mm. távolságban szikével átvágja a kötőhártyát és a porcot; ezen metszés két végpontja találkozik az áthajlási redőben a csomók mögött már előzetesen ejtett seb végeivel. A porcot óvatos ollómetészekkel lefejt az orbicularisról, másrészt a levatorokról s az így kipraeparált porez eltávolítása után az áthajlási redőnek megmaradt részét pontosan behelyezett varratokkal odahúzza a szemhéj szélén megmaradt porczlécz sebszéléhez.

Ha a kötőhártya teljesen heges és rövidült, de e mellett a pillaporez erősen beszűrődött, vaskos (s a corneát folytonos pannus eruptiok bántják), Kuhnt *kihámozza a porcot*¹⁸¹ a kötőhártya teljes megtartásával. A sebész ugyanúgy történik, mint az előbb leírt műtétnél, a porcot azonban nemcsak az izmokról, hanem néhány szikemetszéssel a heges kötőhártyáról is lefejt, a a mi igen könnyen sikerül. Varratok alkalmazását ennél a műtétnél nem ajánlja. Kuhnt állítása szerint a porcz kihámozása bámulatos eredményeket ad a makacs pannusok gyógyulásában. Feuer²⁰³ tanár, ki ezen műtétet szintén kipróbálta, eredményétől ugyancsak meg van elégedve.

A mechanikus és operatív gyógyítási módoknak ezen rendkívüli kifejlődése és tökéletesedése dacára is a *gyógyszerekkel való kezelés* egyáltalában nem nélkülözhető. A műtét segítségével eltávolítjuk a trachomás csomók legnagyobb részét, néha valamennyit is, de a kötőhártya diffúz lobosságának s a papillaris túltengéseknek megszüntetésére mégis a legtöbb esetben gyógyszerekre lesz szükségünk. Ezek különösen két periodusban alkalmaztatnak: Friss, nagy izgalommal járó trachománál a szem megbékítésére (hogy a kötőhártya a műtéti beavatkozást elbírhassa), és másodszor az operatív eljárás után utókezelésül a még visszamaradt kóros elváltozások ellen. Mint említettük, a 80-as években és a 90-es évek elején (s részben még ma is) a *sublimat* csaknem minden egyéb szert kiszorított a használatból; ezt használták mosogatásokra, szemeseppékül, esetelésre, masszálásra. Az utóbbi években már sokan vannak, a kik a sublimattal nincsenek egészen megelégedve s visszatértek a legrégebb, de talán a legjobb szerekhez, az *argentum nitricum* és *kékkőhöz*. A sublimattól való ezen elpártolásban nézetem szerint nagy része van annak, hogy a Keinig-féle kezelést, mint nagy hírre szert tett eljárást, csaknem válogatás nélkül alkalmazták mindenféle trachománál sokszor mint egyedüli gyógymódot. Így derültek azután ki a hátrányok; a sublimat, az bizonyos, hogy kitűnően hat, részint a csomók felszívódására, főképen azonban a papillaris túltengések ellen. Hatása azonban, még a végig való masszálással is, felületes; így azután, a mint azt Imre József²⁰⁸ leírta és mi is a szemklinikán többször tapasztaltuk, gyakran látni sublimattal kezelt szemeken teljesen sima, sőt heges, vékony tarsalis kötőhártyát, a

mely mögött kocsonyás tömegek vannak és vaskos beszűrődéstől duzzad a pillaporez. Gyógyultnak az ilyen esetet nem mondhatjuk, sőt talán még javultnak sem. Az *argentum nitricum* a mostani trachoma-kezelésben csaknem kizárólag 1—2%-os oldatban használtatik esetelésre; csak kevesen használják nagyobb töménységben, pl. Truhart¹⁵⁹ 5%-os oldatban Szemeseppekül nem igen jó, mert könnyen argyrosist okoz. A lapisszal együtt a *cuprum sulfuricum* is visszajutott régi jogaiba. A simára csiszolt kékkőjegecznek kitűnő trachomaellenes hatását újabban különösen Raehlmann¹⁷⁵ és Greeff¹⁸⁴ méltányolják és valóban a száraz papillaris túltengések meggyógyításában a kékkővel semmiféle más szer nem mérkőzhetik; határozottan hibás dolog azonban a szert a beteg kezébe adni otthoni használatra. A cuprum igen izgató hatású gyógyszer s ha az általa okozott izgalom a megengedett határokat meghaladja, ártalmassá válik. Greeff szerint ha hosszabb ideig kékkővel égetett szemet nyolez napig pihentetünk, néha csodálatos gyors javulást tapasztalhatunk. A kékkőjegecz tehát csak a gyakorolt és óvatos orvos kezébe való, nem pedig a betegébe. Híg szemeseppék gyanánt vagy 1/2—1%-os kenőcsben meggyógyult trachománál utólagos kezelésül otthonra is rendelhető. 1863-ban a heidelbergi congressuson Warlomont⁵⁶ a kékkőnek *glycerines oldatát* ajánlotta collyrium gyanánt még pedig 1—2:8 arányban; azt tartja róla, hogy ilyen nagy adagban sem izgat jobban, mint kicsinyben és jobban hat. Ez a formula fentartotta magát sokáig, 1870-ben Schweigger⁶³ pártolja, 1887-ben Abadie¹¹³ (fentebb már leírt) scarificáló eljárásában ugyancsak 1:8 arányú glycerines kékkő-oldatot ken rá a felsebzett kötőhártyára. (Későbbi években már sublimatot használ e célra). Debagorij-Mokrie witsch¹⁴³ (1892) úgy jár el, hogy görbe ollóval lenyirja a trachomacsomóknak felső kiálló részét s a sebeket 1:8—16 arányú glycerines cuprum sulf. oldattal edzi; ezen eljárásnak célja erős edzés mellett az ép kötőhártyarészeket lehetőleg megkímélni.

Ezen kiváló hatású gyógyszereken kívül, mind mindig, úgy ezen időszakban is, évről évre sok mindenféle egyéb gyógyszert javasolnak a trachoma gyógyítására, a melyek egy része az általánosan ismerteket és használtakat lenne hivatva helyettesíteni, más részét pedig antiseptikus, adstringens vagy caustikus hatása révén kísérletképen próbálták ki és alkalmazóik az eredménynyel meg lévén elégedve, ajánlják.

A *higanykészítmények* közül Wolfring (1880) a *szürke kenőcsöt* vaselinnel keverve használta a szemrésbe kenve. (Nieden ugyanezt eredmény nélkül alkalmazta.) Panas (1892) a trachoma heges időszakában scarificál és a kötőhártyát 10%-os *higany bioxyd*-kenőccsel masszálja meg. Debagorij-Mokrie witsch¹⁵⁸ (1894) sublimat helyett 1:240 arányú *higany bijodür*-oldatot használ, mert kevésbbé izgat. (Hogy mily anyag segítségével oldja, nincs közölve). Simi¹²⁸ (1890) a kötőhártya irrigálását végzi 36—45^o-ra melegített 1/3000-es hydrargyrum bijodatum-oldattal. Kuhnt egészen friss trachománál a kezelés bevezetéséül 1/10000-es *hydrarg. oxycyanatum*-oldatot használ irrigálásra. Kenneth Scott¹⁶⁰ ugyanennek 4%-os (!) oldatával esetel.

Jodkészítmények. A tiszta *jodot* Nesnawoff¹⁷⁰ (1897) és más orosz és lengyel szemorvosok használják kevés aetherrel fehér vaselinolajban oldva (1—3%); vattával kenik a kötőhártyára. Wagjewsky¹¹⁷ (1887) ajánl 1 rész *jodot* 2 rész *jodkalival* 2000—4000 rész vízben feloldva esetelésül. Rioselli¹⁷⁸ (1897) a jodnak in statu nascendi beálló erős hatását használja ki; a kötőhártyát 1:20 arányú *jodkali*-oldattal s utána *hydrogen-hyperoxyddal* eseteli be.

Ugyanezen célnak szolgál a *jodsav* kezelés is, a melyet 1900-ban ajánlott Schiele.²⁰⁰ A jodsav a konyhasótartalmú könnyekkel érintkezve bomlik s a szabaddá lett jod in statu nascendi erőlyesen megtámadja a granulákat. Sch. a jodsavat részint pálczikába öntve használta (mint régebben a pokolkövet), részint 5—10%-os oldatban esetelésre. 1—3%-os oldatát szemeseppékre ajánlja, kenőcsben 1/2000-es arányban. Fokozni lehet a hatást jodkalinak belső adagolásával. Ajánlja ezen két szert együttesen is esetelésre, a mely utóbbi módszerrel mi is megpróbálkoztunk. A kötőhártyát előbb 5%-os jodsav-oldattal, rögtön utána pedig 6%-os jodkali-oldattal kentük be; a szabaddá váló jod az egész kötőhártyát barnára festi. A szer az *argentum nitricum*

hatását megközelíti, de alkalmazása a néha igen heves fájdalmak miatt kényelmetlen. Hátránya az is, hogy a hatás kevésbé szabályozható. Jodkali helyett 10%-os natriumjodid is jó.

A *jodtincturát*, melyet 1848-ban már Fromont fils töményen alkalmazott esetelésre, 1876-ban de Smet (Lásd Kuhnt¹⁸¹ 495. l.) szemesepekben ajánlotta a következő formula szerint: tinct. jodi 1·0, morph. acet. 0·10, Glycerin. 15·0. Hodges¹³⁷ 1891-ben a *jodezustöt* alkalmazza a trachoma gyógyítására, a melyet úgy állít elő, hogy 4 rész argentum nitr. 8 rész glycerin és 4 rész vízből álló oldathoz 8 rész jodkali, 12 rész glycerin és 8 rész vízből álló oldatot önt; a keletkező csapadékot vattával keni fel a conjunctivára. Bjelilowsky¹⁷⁹ (1897) a csomók kinyomása után *zincum sozójodol.* port dörzsöl be a sebes kötőhártyára. Ugyanazt szemesepekül 6—7%-os oldatban rendeli.

A *jodtrichloridot* 0·4%-os oldatban öblítésekre használja Schneller¹⁴⁰ acut trachománál sublimat helyett. Curiosumképen említi még fel, hogy Schaffer a trachomát jodkalinak belső adagolásával akarja meggyógyítani helybeli kezelés nélkül.

A *jodoformot* porban vagy kenőcsben Brettauer⁸⁷ hozta javaslatba (1881). Mooren⁸⁹ (1882) a szemhéjak bőrét 5:30 jodoform collodiummal keni be, a kötőhártyát pedig 0·15:10 vaselin-kenőccsel dörzsöli be. Prince¹⁰⁷ izgatott szemekre 0·3 jodoform, 0·6 zincum oxydatum és 16·0 vaselinből álló kenőcsöt proponál bekenésre. A jodoform-por behintését Burchardt¹²⁵ (1889) is ajánlatosnak tartja. Jodoform helyett Tausig¹⁸⁰ (1897) *airol*-por használatát javasolja. Schiele²⁰⁰ a *gallicint* és *jodogallicint* alkalmazza por alakban. (A gallicin a gallus savnak methylaetherje).

A gyengébb *antiseptikus és részben adstringens* hatású szerek közül a *chinint* több ízben javasolták: 1869-ben Nagel¹⁴²—10%-os szemeseppnek, 1870-ben Prout⁷² porban vagy esetelésre (2·5:30), 1871-ben Bader⁷⁶ por alakban késhegynyi mennyiséget a kötőhártyára szórva használta (5—15 percig fáj, a javulás állítólag gyors). Neujmin¹⁰⁶ (1886) a scarificational felsebzett conjunctivára chininport dörzsöl. A *resorcint* 1—3%-os arányban glycerinben oldva Ficano¹⁰¹ (1885) szemesepekül alkalmazza 2—4-szer napjában. A β -*naphthol* Panas klinikáján használták. (Delagénière¹²² 1889). A kifordított szemhéjak kötőhártyáját 2—3 percig 0·10—0·30:30 arányú vaselines naphtholkenőccsel masszálják s azután 0·2:1000 naphthololdattal öblítik le. A reactio erős, de a fájdalom 1/4 óra alatt megszűnik. A hydro-naphthol Johnson is használja 1:800 arányú kenőcsben az általa kieszelt elektrolytikus eljárás után. A *guajacolt* Beutejae¹⁷¹ használja (2:10 glycerinre). Az *ichthyolt* Eberson¹⁷² (1897) vizes glycerines oldatban alkalmazza a kötőhártyára (Ammon. sulfo-ichthyl. 50, víz 40, glycerin 10). Az oldatot 1—1 1/2 percig hagyja a kötőhártyán, azután lemossa. Bjelewitsch¹⁹⁷ 10—20%-os oldatot, Eberson¹⁹⁹ újabban (1900) pedig tiszta ichthyolt cseppent a conjunctivára, a melyet utána vízzel öblít le.

A *maró hatású szerek* közül 1870-ben Pope⁷⁰ a tömény *ecetsavat* használta esetelésre teveször esettel; a pörk hamar leválik, a helye gyorsan begyógyul. Collins (1887) tömény *carbolsavval* esetelt (Sattler), míg a tömény *tejsavval* Segal¹⁶⁹ és más orosz orvosok próbálkoztak meg a 90-es években, de elhagyták, mert nagy fájdalmat okoz.

Az *összehúzó anyagok* közül a timsó és a tannin használata még a század elejéről maradt ránk. Agnew⁸⁶ (1880) *timsó*-jegecezel dörzsöli a granulákat. A timsójegecezet Sattler is ajánlja kékkővel váltakozva. Gillivray⁷³ (1871) *alumen sulfuricumot* alkalmaz csukamájolajban oldva esetelésre.

A *tannint* (lásd az előbbi szakaszban is) szintén különböző alakban használják sokan. Wolfe⁸² (1876) syrupban esetelésre (2 drachma tannin 1 uncia syrupra), Hirschberg⁷⁵ (1871) 2—3%-os oldatban esetelésre olyankor, ha a szem erősebb szereket nem tűr meg. Agnew⁸⁶ (1880) hig oldatát sprayel feeskendezi a kötőhártyára. Wicherkiewicz¹¹¹ (1886) és az ő ajánlatára Sattler is 1 rész tanninból és 3 rész finomra tört bórsavból álló port hintenek a conjunctivára; az eljárás fájdalomtalan és a hatása jó. Scher¹⁵⁴ (1894) ugyanezen porral bedörzsöli a kötőhártyát s friss trachománál kitűnő eredményeket ér el vele.

Ajánlottak még: John Williams⁷¹ (1870.) *arsen. sulfur.* kenőcsöt, Nicholson (1881), finomra tört *natrium bicarbonicum* por behintését, Petrilli¹⁶³ (1895) *vörös higanypraecipitából* és *kámforból* aa 1% arányú kenőcsöt este a szemrésbe kenésre. Kepinszky (1884) papillaris túltengésekre jónak találta a *95%-os alkoholt*, Troussseau a nyers *petroleumot*, Wicherkiewicz pedig (1893) 25%-os *antipyrin*-oldatot ajánl. Sirotkin (1899) a *csalánból* (herba urticae urentis) 1:6—7 arányban készült főzettel esetel (Kuhnt¹⁸¹); az esetelés erős ischaemiát okoz a kötőhártyán s utána a duzzadt csomók belapulnak; a növénynek frissnek kell lennie.

Legros¹⁴¹ (1892) torpid, loptalan trachomára *pyoctamin* eseteléseket javasol (legfeljebb 1:65 töménységben); ugyanezen szert Rudin¹⁰⁸ is használja (1900), de csak 2%-os oldatban napjában 3-szor esetelésre. Kádoss¹⁵⁰ (1893) a budapesti egyetemi szemklinikán 1/2%-os oldatban 22 betegnél alkalmazta s acutabb trachománál az argentum nitricum pótszerül jónak találta. A *formolt* 1%-os oldatban Proskauer¹⁷⁷ alkalmazza esetelésül.

Az utóbbi években a vegyészeti ipar nagyszabású fellendülése különböző szerves ezüstvegyületeket hozott a piacra, a melyeknek hivatása lenne az argentum nitricumot pótolni, esetleg kiszorítani a conjunctivitisek kezeléséből. Ez azonban idáig nem sikerült. Az *argentamin*, a *protargol*, az *ichthargan*, a *largin*, bár megfelelő esetekben, különösen heveny kötőhártyagyulladásoknál, ophthalmiáknál néha szép sikerrel alkalmazhatók, a trachoma gyógyításában a pokolkővel nem mérközhetnek. Az egyetemi szemklinikán sorra kipróbáltuk őket, még pedig úgy, hogy mindkét szemükön körülbelül egyforma fokban trachomás betegeknek egyik szemét lapissal, a másikat az illető szerrel eseteltük. Hetek múlva a két szem között már lényeges volt a különbség — mindig az argentum nitricum javára. Egyetlen előnyük, hogy sokkal kevésbé csipnek, mint a lapis s így igen érzékeny egyéneknek — kénytelenségből pótló szer gyanánt használhatjuk őket; alkalmazzuk olyankor is, ha hosszabb ideig tartó lapisolás alatt a szem egy tartósabb, makaes izgatott állapotba kerül. A protargolt különben kitűnő váladékesökentő hatása kedvéért az argentum nitricummal egyidejűleg is használhatjuk (reggel lapis-, délután protargol-esetelés) olyankor, ha a váladék igen sok. Az argentamint 5—10%-os, az ichthargant 1/2—3%-os, a protargolt 3—10%-os, a largin 10%-os oldatban alkalmazhatjuk. (Lásd Imre,¹⁶⁶ Prohászka¹⁸⁵, Falta¹⁹⁵ dolgozatait.) A *cupragolt*, a melyet feltalálója a kékkő pótlására készített, Leitner²⁰⁷ próbálta ki, de hasznavehetetlennek mondja.

Legújabbán a cuprum sulfuricum helyett *cuprum citricumot* javasol Arlt,²¹¹ 5—10%-os kenőcsben; kipróbáltuk szintén, enyhe, kevésbé izgató szer, gyógyulóban levő trachománál cuprum sulfuricum cseppek vagy kenőcs helyett rendelhető.

A *subconjunctivalis befeeskendezésekkel*, mint minden más szembajnál, úgy természetesen a trachoma ellen is megpróbálkoztak. 1886-ban Schjepkin¹⁰⁵ 2%-os *carbolloldatot*, utána mások *cuprum sulf.*, *jodkali*, *chinin*, *argent. nitr.* oldatokat feckendeztek a conjunctiva alá. Siklóssy¹⁵⁷ *sublimatot*, Santo z-Fernandez¹⁷³ *kali hypermanganicumot* ajánlott befeckendezésre. A következmények kimutatták, hogy az ilyen befeckendezések — a mennyire fájdalmasak, annyira hatástalanok is; azonfelül a töményebb oldatok mély, zsugorodó hegeket okoznak.

A trachomás *pannus* gyógyítását illetőleg mostanában egészben véve az az elv uralkodik, hogy a pannus, ha a kötőhártya trachomáját kellőképen kezeljük, úgyszólván magától gyógyul és külön kezelésre legfeljebb késői stadiumában szorul, a mikor is a helyén visszamaradt homályok felszivódását valamilyen izgató, az anyagcserét fokozó kezeléssel siettetjük. Egyes orvosok azonban czélszerűnek találták a pannust magát is gyógykezeltetni. Így Warlomont⁵⁶ (1863) ajánlatára többen a pannus cornéát finom porrá tört cuprum sulfuricummal kenték be, sőt masszálták is. Schröder¹²⁶ (1889) és Darier (1892) az általuk használt kefével a pannust is ledörzsölték és különösen vastag, gyéren erezett pannusoknál jó eredményeket értek el vele. Prokopenko¹⁶⁴ (1895) a vaskos pannust üvegpálcza segítségével praecipitát kenőccsel masszálja. A peritomiát ma már alig üzik, ellenben a pannushoz vezető véredények galvanocauter-

rel való *megpörkítést* többen gyakorolják. Epinatjew¹⁹⁰ (1899) a pannuson levő véredényeknek hosszában való felhasítását (régiektől) újból ajánlja. Eversbusch¹⁶⁷ (1896) a pannus véredényeit elágazódási helyükön *tömény jodincturával* érinti (ecsettel). Katzaurow¹³⁵ (1891) az *antipyrin* por behintését dicséri esetleg massageal kapcsolatosan. Kalt¹⁷⁰ a blennorrhoea acutánál alkalmazott kali hypermanganicum irrigatiókat (*grandes lavages*) 1:3000 arányú oldattal különösen fekélyes pannusok ellen alkalmazta jó sikerrel. Ezekon kívül természetesen sűrűen alkalmazták az egyéb chronikus keratitisek ellen is használatos izgató kezelési módokat, mint a *gőzölés*, *masszázs* kenőccsel vagy szárazon, *calomel* behintés stb. A phlyetaenás pannusok ellen a legutóbbi időkben oly kitünő sikerrel használt *dionin* a trachomás pannusnál — a mi tapasztalatunk szerint is — jóval kevesebb haszonnal jár.

A pannusnak és általában a trachomának gyógyításában egyik igen érdekes epizód volt a *jequirity* kezelés. Az abrus precatorius egy Braziliában honos, a papilionaceákhoz tartozó növény, a melynek magvaiból készült infusumot az ottani benzillott lakosság szemgyulladások ellen régóta használja. Bruylants és Vennemann⁹⁵ állítása szerint már az 1876-iki philadelphiai kiállításon a népies gyógyszerek között szerepelt, sőt állítólag az 1746-ban megjelent James-féle orvosi szótárban is mint gyógyszer említették. Európában újabban Wecker⁹¹ próbálta meg és pártolta a jequirity kezelést (1882). Két éven át foglalkoztatta ezen thema a szemorvosokat, a kik csaknem kivétel nélkül mindnyájan kipróbálták a szer hatását. Az eredmények hol kedvezők, hol kedvezőtlenek voltak; a szer hatása, alkalmazásának régi módjában alig volt szabályozható s ezért a használatból mindinkább kiszorult, míg a most legújabbán produkált, jobban kezelhető készítmények ismét lehetővé teszik az alkalmazását.

Egészen véve a jequirityvel való gyógyítás igen sokban hasonlít a blennorrhoeás genyvel való gyógyításhoz. A szembe vitt jequirity infusum egy rendkívül heves, nagyfokú, rendszeres croup-hártyás ophthalmiát hoz létre. Ezen heves gyulladás lezajlása után a vaskos és felszívódásra semmi hajlamot nem mutató pannus, az anyagcserének ily nagyfokú befolyásolása következtében, tisztulásnak indul; az elért látásjavulások néha tényleg nagyszerűek. Kedvezőtlen esetekben azonban a jequirity által támasztott conjunctivitis oly súlyos, hogy cornea-fekélyek képződésére vezet, a melyek következtében a szaruhártya egészen el is pusztulhat. A risico tehát nagy, épen úgy, mint a blennorrhoea-beoltásnál. Az infusum Wecker utasítása szerint úgy készül, hogy a lehámozott és finom porrá tört magvakra hideg vizet öntenek s az egészet 24 órai állás után megsűrítik, Wecker 6—9—15 gramm jequirity porra 300 gramm vizet önt. Az infusum tehát 2—3—5%-os. Ezen folyadékot vattával a kifordított szemhéjakra kenik 1—3-szor napjában több napon át, a míg a gyulladás a kívánt fokot el nem éri. Kisebb a hatás olyankor, ha cseppekben eresztjük a folyadékot a szemrésbe. Nagy viták indultak meg a jequirity ható anyaga felől. Sattler⁹² az infusumban egy bakteriumot fedezett fel, s ennek tulajdonította a hatást; szerinte a máskülönbén ártalmatlan bakterium a levegőből az infusumba kerülve, ott pathogénné válik és így lesz képessé a gyulladás keltésére. Ezzel szemben Hippel⁹³ és mások egy amorph fermentumban keresik a hatóanyagot s ezen fermentumot Bruylants és Vennemann egy amorph szűrőkészítmény vagy szürkés ibolyaszínű anyag alakjában előállították (*jequiratine*).

Ezen fermentumot később Sattler maga is elismerte a jequirity hatóanyagául, de a bakteriumok közrehatását továbbra is fenntartotta, azt mondván, hogy ezek a fermentumot magukba fogadni és későbbi generációkra átoltani képesek, vagy pedig lehetséges, hogy a bakteriumok maguk produkálják a maceratumnak fehérnye részéből a fermentumot. További kísérletezők mint Widmark,⁹⁶ Csapodi,⁹⁷ Baumerth⁹⁸ és mások kísérleti eredményei a Sattler-féle bakterium-theoriát véglegesen megdöntötték.

A jequirityt megpróbálták mindenféle trachománál alkalmazni; értelme azonban csakis súlyos pannus crassus esetében van, vagy olyankor, ha egy már hegedésnek induló pannus anyagcseréjét akarjuk felfrissíteni. A jequirity kezelés a 80-as

években igen elterjedt volt, de mostanában csak elvétve használják, míg a Merk gyárban újabban gyártott *jequirilol* nevű készítmény a kísérletezők kedvét újból ki nem hirta. A jequiritol négyféle erősségben készül, úgy hogy a hatása jól szabályozható; alkalmazását igen megkönnyíti az ú. n. jequirity-serum, a melylyel a netalán túlságosra fokozott jequirity hatást meg lehet csökkenteni, esetleg szüntetni. A szert Römer²⁰⁹ próbálta ki elsőnek. Az utána következő kísérletezők azonban a Römer által ajánlott dosisokat igen alacsonyoknak találták és sokkalta magasabbakat alkalmaztak (Hummelsheim²¹⁰). Ezen gyógyszerrel az egyetemi szemklinikán is kísérletezünk, az eredményekről azonban még nem számolhatunk be. (Használati utasítás a praeparatumhoz van mellékelve.)

Ha a trachoma gyógykezelésének történetét elejétől végéig áttekintjük, konstatálhatjuk azt, hogy a konservatív medicamentosus kezelés és a radicalis operatív kezelés bizonyos hosszabb-rövidebb cyclusokban váltakozva következtek egymásra. Most már mindenki meg van róla győződve, hogy kizárólagosan az egyikkel vagy a másikkal nem boldogulunk — mindakettőre feltétlenül szükségünk van. A legfontosabb marad természetesen továbbra is a prophylaxis, a melyet a megfelelő közegészségügyi intézkedések által gyakorolunk. Feuer tanár érdeme, hogy Magyarország e téren a többi államokat megelőzte; a németországi trachomaelenes védekezést magyar mintára rendezik be. Specifikus ellenszerünk a trachomával szemben ez idő szerint még nincsen; a történelem azonban itt is ad bizonyos directívát; két gyógyszer van, a melyeknek használata soha teljesen meg nem szűnt s a melyekhez — egyéb szerekkel való kísérletezés után — mindig visszatérünk. Ezek az argentum nitricum és a cuprum sulfuricum.

Befejezésül néhány szóval vázolni szándékozom azon kezelési módot, a melyet az egyetemi szemklinikán a trachoma ellen alkalmazunk. A klinikai rendelésre az úgynevezett acut trachomában szenvedő beteg ritkán kerül. Mint már egy ízben láttuk, a trachomának azon heves, a blennorrhoea acutát megközelítő tünetekkel járó alakja, a mely a század elején támadt járványokat annyira félelmesé tette, most már ritkaság. Az irodalmi közlésekből ítélve, még a poroszországi trachoma is úgy látszik jóval intenzívebb, gyakrabban kezdődik hevenyészett tünetekkel, mint a magyarországi. Ha egy ily acut trachománál a gyulladásos tünetek (fénykerülés, könnyezés, injectio) igen nagyok, kellő diaeta mellett hüvös esetleg langyos bórsavas borogatásokat és mosogatásokat rendelünk addig, a míg a szem az argentum nitricum ecsetelését meg nem bírja; a némelyek által ilyen célra ajánlott antisepticumokat még igen hig oldatokban is izgató hatásuk miatt ilyenkor nem alkalmazzuk, mivel épen a szem megbékítése a cél. Mihelyest lehet, megkezdjük a 2%-os argentum nitricum ecseteléseket (napjában egyszer); az ecsetelést addig folytatjuk, a míg a kötőhártya succulentiája megcsökken annyira, hogy a benne ülő esomók jól elkülönödvé és kiemelkedve látszanak. Ilyenkor már az izgalmi tünetek is annyira alább hagytak, hogy a műtéti beavatkozáshoz hozzáfoghatunk. Az elmúlt évtizedben a klinikán a Knapp-féle mángorlóval (még pedig a Schmidt-Rimpler-féle kisebb fajtájával) nyomtuk ki a esomókat egyszerű 5% cocain-beceppentések után. Két év óta, mint kiméletebb eljárás, a Kuhnt-féle expressorral való esomókipréselést vettük igénybe, legújabbán pedig (8—9 hónapja) a valamennyinél tökéletesebb Imre-féle esomókiparászt végezzük szintén csak cocain-érzéstelenítés mellett. A műtét után közvetlenül erőlyesen megecsételjük a vérző kötőhártyát; ezen ecsetelésnek kitünő hatása van: a betegnek kellemes, a vérzést megszünteti s az apró sebeken át a kötőhártyába beivódó pokolköoldat hatása igen jól érvényesül. A műtét napján a beteg hideg borogatásokkal csillapítja a reactiót. A következő napokon csak arra ügyelünk, hogy kisebb összenövések ne támadjanak az átmeneti redőkben; e végből óvatosan kifordítjuk a szemhéjakat s a netán összetapadó kötőhártyafelületeket sondával egymástól elválasztjuk; ezen elővigyázati intézkedés a Knapp-féle mángorlásnál okvetlenül szükséges, az Imre-féle műtét után kevésbé.

A beteg a szemét pihenteti és borogatja. 4—5 nappal a műtét után újból megkezdjük a lapis ecseteléseket és folytatjuk heteken, esetleg 1—2 hónapon át addig, a míg a kötőhártya váladéktól mentes nem lesz. Ha a szem a pokolköt rosszul türi,

vagy ha a kívánt eredményt huzamosabb eseteléssel sem érjük el, akkor alkalmazzuk a masszálást 1^o/₀₀-es sublimat-oldattal; kevés száraz vattát jó keményen egy bonczani csipő szárai köré csavarunk, bemártjuk a folyadékba s vele jó erősen, esetleg vérig dörzsöljük, úgy a tarsalis kötőhártyát mint az áthajlási redőket. Érzékenyebb betegeknek néha 5^o/₀-os argentamin vagy 10^o/₀-os protargol esetelésekre térünk át, de az argentum nitricuméval felérő hatást ezen szerektől nem láttunk. Ha a conjunctiva már nem nagyon laza, nem váladékos de a szemhéji kötőhártya még érdes, vagy keményebb papillaris túltengésektől lepott, áttérünk a kékkő-kezelésre. Simára esiszolt kékkőjegecczel végigsimítjuk (gyengén) az egész kötőhártyát. Ha a reactio igen nagy, vagy ha a szem másnap vörösebb, azonnal elhagyjuk a rézgáliczot és visszatérünk az előbbi kezelésmódra. A kékkővezést folytatjuk a beteg teljes meggyógyulásáig (hetenként 1—2-szer). Gyógyult betegeinket különben később is állandó ellenőrzés alatt tartjuk. Ha egy beteg már u. n. chronicus trachomával kerül hozzánk (izgalommentes szem, esetleg a rendesnél is halványabb kötőhártya, laza, nagyon jól elkülönített esomók), akkor a gyógyítást rögtön a esomók kiirtásával kezdjük meg. Ugyanilyen elvek szerint gyógyítja a trachomát *Grósz Emil* 202 tanár is; a esomók eltávolítására a Kuhnt-féle expressort tartja a legkiméletesebb eszköznek. Porckimetszést eddigelé nem végeztünk. Az áthajlási redők kimetszését a mi viszonyaink mellett eddig nem tartottuk szükségesnek, boldogultunk a esomók egyszerű kiirtásával is. A pannust magát a szokásos antiphlogistikus kezelési kívül (borogatás, atropin) nem bántjuk, rendszeren jól gyógyul magától is. Ugyanez áll a trachomás corneafekélyekre nézve is.

Ezen gyógyítási mód természetesen olykor megváltozik, a mennyiben a szavahihető szakemberek által ajánlott újabb szereket és eljárásokat természetesen kipróbáljuk, a mint az a klinikának kötelessége is, de a fent leírt eljárás képezi mégis a trachomagyógyítás gerincét, a melyre támaszkodhatunk s a melyre sok kísérletezés és próbálgatás után újból meg újból visszatérünk.

Irodalom.

1807. 1. *John Vetch*: Observations relative to the treatment by Sir W. Adams of the ophthalmic cases of the army. (Német fordításban 1817. Berlin. *Michaelis*-től.)
1816. 2. *Th. Baltz*: Die Augenentzündung unter den Truppen in den Kriegsjahren 1813—15. Berlin.
1820. 3. *J. Vetch*: A practical treatise on the diseases of the eye. London.
4. *J. N. Rust*: Die ägyptische Augenentzündung unter der kön. preussischen Besatzung in Mainz. Berlin.
5. *Adams*: Über die ägyptische Ophthalmie. *Walther u. Graefe's Journal für Chirurgie u. Augenheilkunde*. I. k. 170. l.
6. *Omodei*: Ugyanott. 81. l.
1821. 7. *Walther*: *Walther u. Graefe's Journal f. Chir. u. Aug.* II. k. 123. l.
8. *Scarpa*: Traité des principales Maladies des Yeux I. köt. (Az olasz 5-ik kiadás fordítása.)
1824. 9. *Radius*: *Walther u. Graefe's Journal f. Chir. u. Aug.* V. k. 297. l. (Referatum az angol orvosok eljárásáról.)
10. *Th. Baltz*: Die Entstehung der Augenentzündung, welche seit mehreren Jahren unter den Soldaten geherrscht hat. Eine gekrönte Preisschrift. Berlin.
1828. 11. *Burkard Eble*: Über den Bau und die Krankheiten der Bindehaut des Auges. 163. l.
1835. 12. *Kerst*: Heilkundige Mengelingen. Utrecht.
13. *Dzondi*: Die einzig sichere Heilart der contagiösen Augenentzündung.
1838. 14. *Cunier*: *Annales d'Oculistique*. 1. k. 159. l.
15. *Chizelle*: Ugyanott. 91. l.
16. *Gouzé*: Ugyanott. 221. l.
17. *Lutens*: Ugyanott. 139. l.
18. *Fierens*: Ugyanott. 181. l.
19. *Weiss*: Ugyanott. 176. l.
20. *Cunier*: Ugyanott. 223. l. (Ref.)
1839. 21. *Buys*: *Annales d'Ocul.* 2. k. 222. l.
1840. 22. *F. Jaeger*: Die ägyptische Augenentzündung. Bécs.
1841. 23. *Piringer*: Die Blennorrhoea am Menscheauge. Graz.
24. *Decaisne*: *Annales d'Ocul.* 5. k. 126. l.
1842. 25. *Desmarres*: *Annales d'Ocul.* 7. k. 45. l.
26. *Guèpin*: Ugyanott. 98. l.
1843. 27. *Portal*: Ugyanott. 10. k. 236. l.
1844. 28. *Furnari*: *Annales d'Ocul.* 11. k. 30. l.
29. *Carron du Villards*: Ugyanott. 12. k. 22. l.
1845. 30. *Escolar*: Ugyanott. 13. k. 125. l.
31. *Stout*: Ugyanott. 37. l. (Ref.)
32. *Dudgeon*: Ugyanott. 232. l. (Ref.)
1846. 33. *Trusen*: *Annales d'Ocul.* 15. k. 81. l. (Ref.)
34. *Garzia Y. Vasquez*: Ugyanott. 251. l. (Ref.)
35. *Snabiliè*: *Annales d'Ocul.* 16. k. 59. l.
1847. 36. *Falot*: *Annales d'Ocul.* 18. k. 19. l.
1848. 37. *Fromont fils*: *Annales d'Ocul.* 19. k. 251. l.
38. *Robert*: Ugyanott. 252. l.
39. *Desmarres*: *Annales d'Ocul.* 20. k. 157. l.
40. *Vleminckx*: Ugyanott. 180. l. (Ref.)
1849. 41. *Hays*: *Annales d'Ocul.* 21. k. 92. l. (Ref.)
42. *Wallace*: Ugyanott. 93. l.
1850. 43. *De Condé*: *Annales d'Ocul.* 24. k. 205. l.
1851. 44. *Gulz*: Die sogenannte ägyptische Augenentzündung. Wien.
45. *Gouzé*: *Annales d'Ocul.* 25. k. 89. l.
46. *Hairion*: *Annales d'Ocul.* 26. k. 216. l.
1853. 47. *Van Roosbroeck*: *Annales d'Ocul.* 29. k. 262. l.
1854. 48. *Warlomont*: *Annales d'Ocul.* 32. k. 53. l.
49. *Pilz*: Vierteljahrsschrift f. pract. Heilkunde. 42. k. 73. l.
50. *A. v. Graefe*: *Archiv f. Ophthalmologie*. 1. k. 168. l.
1856. 51. *Follin*: *Annales d'Ocul.* 35. k. 186. l.
1858. 52. *Hairion*: *Annales d'Ocul.* 39. k. 213. l.
1859. 53. *A bruxellesi trachoma-congressus*: *Annales d'Ocul.* 41. és 42. k.
54. *Borelli*: *Giornale d'Oftalmologia ital.* 3. k.
1861. 55. *Humphry*: *Annales d'Ocul.* 45. k. 272. l.
1863. 56. *Warlomont*: (Heidelbergi congr.). *Annales d'Ocul.* 51. k. 256. l.
57. *Quadri*: *Annales d'Ocul.* 50. k. 94. l.
1864. 58. *Bader*: *Ophthalm. Hosp. Reports*. IV. k. 1. f. l. (Ref. *Annales d'Ocul.* 51. k. 129. l.)
59. *Mariano*: *Annales d'Ocul.* 51. k. 120. l. (Ref.)
1866. 60. *Serres*: *Annales d'Ocul.* 56. k. 78. l.
61. *Stokes*: Ugyanott. 82. l. (Ref.)
62. *Cyr*: *Annales d'Ocul.* 55. k. 235. l.
1867. 63. *Lawson*: *Annales d'Ocul.* 57. k. 46. l.
64. *Wilson*: *Annales d'Ocul.* 59. k. 87. l.
1870. 65. *Peltzer*: Die ophthalmia militaris s. granulosa.
66. *Schweigger*: *Deutsche klinik*. 43.
67. *Fudáa*: Jahresbericht über die Ophthalmologie. 266. l. (Ref.)
68. *Korn*: *Berliner klin. Wochenschrift*. 221. l.
69. *Rodolphi*: Jahresbericht ü. d. Ophthalm. 267. l. (Ref.)
70. *Pope*: Jahresber. ü. d. Ophthalm. 268. l. (Ref.)
71. *John Williams*: Ugyanott. 269. l. (Ref.)
72. *Prout*: Ugyanott. 248. l. (Ref.)
1871. 73. *Gillivray*: Jahresber. ü. d. Ophthalm. 222. l. (Ref.)
74. *Rodolphi*: Ugyanott. (Ref.)
75. *Hirschberg*: Prof. A. Graefe's klinische Vorträge über Augenheilkunde. Berlin.
76. *Bader*: *Lancet*. II. 604. l.
1872. 77. *Cuignet*: *Annales d'Ocul.* 69. k. 78. l.
78. *Just*: Jahresber. ü. d. Ophthalm. 253. l. (Ref.)
79. *Samelsohn*: *Archiv f. Augen- u. Ohrenheilkunde*. III. 1. 114.
1874. 80. *Galezowski*: *Recueil d'Ophthalmologie*. 132. l.
1876. 81. *Smith*: Jahresber. ü. d. Ophthalm. 236. l. (Ref.)
82. *Wolfe*: Ugyanott. 249. l. (Ref.)
1877. 83. *Bardenheuer*: Indicationen zur Anwendung des scharfen Löffels. Köln. 48. l.
1878. 84. *Berlin*: *Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde*. 341. l.
85. *Panas*: Jahresber. ü. d. Ophthalm. 273. l. (Ref.)
1880. 86. *Agnew*: *Annales d'Ocul.* 83. k. 187. l.
1881. 87. *Brettauer*: Heidelbergi congr. Ref. Jahresbericht über die Ophthalm. 340. l.
1882. 88. *Abadie*: *Annales d'Ocul.* 87. k. 227. l.
89. *Mooren*: Fünf Lustren ophth. Wirksamkeit. Wiesbaden.
90. *Heisrath*: *Berliner klin. Wochenschrift*. 28. 29. és 30. szám.
91. *Wecker*: *Klinische Monatsbl. f. Aug.* 317. l.
1883. 92. *Sattler*: *Klinische Monatsblätter f. Aug.* 207. l.
93. *Hippel*: Bericht ü. d. XV. Heidelberger Congr. 44. l.
94. *Unterharnscheidt*: *Klinische Monatsblätter f. Aug.* 53. l. és 162. l.
1884. 95. *Bruyants et Vennemann*: *Bull. de l'Acad. roy. de med. de Belgique* Nr. 2. 147. l.
96. *Widmark*: Jahresber. ü. d. Ophthalm. 420. l. (Ref.)
97. *Csapodi*: *Orvosi Hetilap. Szemészet*. 31. és 49. l.
98. *Baumerth*: Ugyanott. 85. és 105. l.
99. *Schneller*: *Graefe's Archiv f. Ophthalm.* XXX. k. 4. r. 131. l.
100. *Dujardin*: *Rec. d'Ophthalm. Ref. Annales d'Ocul.* 93. k. 274. l.
1885. 101. *Ficano*: *Annali di Ottalmologia*. XIV. 186. l.
102. *Vossius*: Bericht ü. d. XVII. Vers. der Ophth. Gesellschaft Heidelberg. 186. l.
1886. 103. *Michel*: *Archiv f. Augenheilk.* XVI. 348. l.
104. *Hotz*: Ugyanott. 412. l.
105. *Schjepkin*: Ref. Jahresber. ü. d. Ophth. 322. l.
106. *Neujmin*: Ugyanott.
107. *Prince*: Ugyanott. 323. l.
108. *Darier*: *Annales d'Ocul.* 95. k. 220. l.
109. *Guaita*: *Annali di Ottalmologia*. XV. 73. l.
110. *Debenedetti*: Ref. Jahresber. ü. d. Ophth. 325. l.
111. *Wjcherkiewicz*: *Klinische Monatsblätter f. Aug.* 492. l.
1887. 112. *Rosmini, Debenedetti*: *Annali di Ottalm.* XVI. 426. l.
113. *Abadie*: *Annales d'Ocul.* 98. k. 178. l.
114. *Staderini*: *Annali di Ottalm.* XVI. 365. l.

115. *Karwetzky*: Jahresbericht f. Ophth. 317. I. (Ref.)
 116. *Reich*: Ugyanott. 318. I. (Ref.)
 117. *Wagjewsky*: Ugyanott. (Ref.)
 118. *Schneller*: Archiv f. Ophth. XXXIII. 3. r. 113. I.
 1888. 119. *Staderini*: Annali di Ottalm. XVII. 37. I.
 120. *Jacobson*: Beiträge zur Pathologie des Auges. 82. I.
 1889. 121. *Pedrazzoli*: Annali di Ottalm. XVIII. 15. I.
 122. *Delagénière*: Archives d'Ophth. 11. I.
 123. *Arnauts*: Annales d'Ocul. 101. k. 51. I.
 124. *Elschnig*: Wiener med. Blätter. 14. 15. füz.
 125. *Burchardt*: Jahresber. f. Ophth. 235. I. (Ref.)
 126. *Schröder*: Tageblatt d. III. Congr. russischer Ärzte. 245. I. (Ref. Jahresber. f. Ophth. 241. I.)
 1890. 127. *Rosmini*: Jahresber. f. Ophth. 235. I. (Ref.)
 128. *Simi*: Ugyanott. 235. I. (Ref.)
 129. *Johnson*: Arch. Ophth. XIX. 264. I.
 130. *Keinig Gusztáv és Ottó*: Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 4.
 131. *Costomiris*: Arch. d'Ophth. X. 37. I.
 132. *Imre*: Orvosi Hetilap. Szemészet. 26. I.
 1891. 133. *Hippel*: Bericht d. Ophth. Gesellschaft. Heidelberg. 91. I.
 134. *Manolescu*: Jahresber. f. Ophth. 241. I. (Ref.)
 135. *Katzaurov*: Ugyanott. 242. I. (Ref.)
 136. *Abadie*: Ugyanott. 243. I. (Ref.)
 137. *Hodges*: Ugyanott. 244. I. (Ref.)
 138. *Sattler*: Die Trachombehandlung einst und jetzt. Berlin. Fischer's med. Buchhandlung.
 139. *Kenneth Scott*: Centralblatt für pract. Augenheilkunde. 359. I. (Ref.)
 1892. 140. *Schneller*: Archiv. f. Ophth. XXXVIII. 4. r. 52. I.
 141. *Legros*: Jahresber. f. Ophth. 243. I. (Ref.)
 142. *Knapp*: Archiv f. Augenheilk. XXV. 117. I.
 143. *Debaborij-Mokriewitsch*: Jahresber. f. Ophth. 251. I.
 1893. 144. *Tanner*: Jahresber. f. Ophth. 266. I. (Ref.)
 145. *Bositow*: Ugyanott. 267. I. (Ref.)
 146. *Schreiber*: Wiener med. Wochenschrift. Nr. 39. 40.
 147. *Imre*: Wiener med. Presse. Nr. 10.
 148. *Armaignac*: Jahresber. f. Ophth. 268. I. (Ref.)
 149. *Misejewitsch*: Ugyanott. (Ref.)
 150. *Kádoss*: Orvosi Hetilap. Szemészet. 66. I.
 151. *Ottava*: Ugyanott. 32. I.
 1894. 152. *Schmidt-Rimpler*: Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 1.
 153. *Wicherkievicz*: Jahresber. f. Ophth. 306. I. (Ref.)
 154. *Scher*: Ugyanott. 307. I. (Ref.)
 155. *Steiner*: Ugyanott. (Ref.)
 156. *Vennemann*: Arch. d'Ophth. XIII. 413. I.
 157. *Siklóssy*: Orvosi Hetilap. Szemészet. 30. I.
 158. *Debaborij-Mokriewitsch*: Jahresber. f. Ophth. 308. I. (Ref.)
 159. *Truhart*: Ugyanott. 309. (Ref.)
 160. *Kenneth Scott*: Centralblatt für practische Augenheilkunde. 540. I. (Ref.)
 1895. 161. *Eversbusch*: Münchener med. Wochenschrift. 1195. I. (Lásd a 167. számot is.)
 162. *Orosz katonaoorvosok eljárásai*: Jahresber. f. Ophth. 281. I. (Ref.)
 163. *Petrilli*: Ugyanott. 283. I. (Ref. a római congressusról.)
 164. *Prokopenko*: Ugyanott. 283. I. (Ref.)
 165. *Efimow*: Ugyanott. 284. I. (Ref.)
 166. *Imre*: Az argentinamin használata kötőhártyai bajok ellen. Orvosi Hetilap. Szemészet. 39. I.
 1896. 167. *Eversbusch*: Klin. Monatsblätter f. Aug. 1. (Lásd a 161. szám alatt is.)
 168. *Jäsche*: Klin. Monatsblätter f. Aug. 155. I.
 169. *Segal*: Jahresber. f. Ophth. 294. I. (Ref.)
 170. *Kalt*: Arch. d'Ophth. XVI. 484. I.
 1897. 171. *Beutejac*: Clinique Ophthalm. (Márzsiusi füzet.)
 172. *Eberson*: Aertzlicher Centralanzeiger. Wien. Nr. 12.
 173. *Santos-Fernandez*: Revue Générale d'Ophth. 443. I.
 174. *Debaborij-Mokriewitsch*: Jahresber. f. Ophth. 412. I. (Ref.)
 175. *Rähmann*: Über den Heilwerth der Therapie bei Trachom. Berlin. Fischer.
 176. *Nesnamoff*: Centralblatt f. pract. Augenheilkunde.
 177. *Proskauer*: Ugyanott. 149. I.
 178. *Rioselli*: Moskvai Congressus. Ref. Centralblatt für pract. Aug. 680. I.
 179. *Bjelilowsky*: Centralblatt f. pract. Aug. 403.
 180. *Tausig*: Ugyanott. 630. I.
 181. *Kuhnt*: Über die Therapie der conj. granulosa. (Separat- abdruck. Jena. G. Fischer.) Klinisches Jahrbuch. VI.
 1898. 182. *Pilkow*: Jahresbericht f. Aug. 680. I.
 183. *Susdalsky*: Ugyanott. 681. I.
 184. *Greiff*: Studien über epidemische Augenkrankheiten. Klinisches Jahrbuch. VII. (Különlenyomat. Jena. G. Fischer.)
 185. *Prohászka*: Orvosi Hetilap. Szemészet. 43. lap.
 186. *Feuer*: Trachoma útmutató.
 1899. 187. *Kuhnt*: Zeitschrift f. Augenheilkunde. I. k. 1. I. és II. k. 151. és 260. I.
 188. *Coppez*: Zeitschrift f. Augenheilkunde. II. 78. I. pótfüzet.
 189. *Feuer*: Centralblatt f. pract. Augenheilkunde. 98. és 135. I.
 190. *Epinatjew*: Jahresbericht f. Aug. 566. I.
 191. *Sirotkin*: Ugyanott. 567. I.
 192. *Imre*: Orvosi Hetilap. Szemészet. 2.

193. *Moty*: Centralblatt f. pract. Aug. 546. I.
 194. *Hirschberg*: Geschichte der Augenheilkunde. Graefe-Saemisch. Handbuch d. Augenheilkunde. II. kiadás.
 195. *Falta*: Orvosi Hetilap. Szemészet. 57. I.
 196. *Imre*: Ugyanott. 31. I.
 1900. 197. *Bjelewitsch*: Jahresbericht f. Aug. 501. I.
 198. *Rudin*: Ugyanott.
 199. *Eberson*: Therap. Monatshefte. No. 6.
 200. *Schièle*: Centralblatt f. pract. Augenheilkunde. 97. I.
 201. *Masselon*: Die ophthalm. Klinik. 6—13.
 202. *Grósz Emil*: Budapest székes-főváros közpórházainak évkönyve. 237. I.
 203. *Feuer*: Ugyanott. 277. I.
 204. *Goldzieher*: Ugyanott. 411. I.
 1901. 205. *Falta*: Archiv f. Augenheilkunde. 43. k. 2. I.
 206. *Magnus*: Geschichte der Augenheilkunde der Alten.
 207. *Leitner*: Orvosi Hetilap. Szemészet. 5.
 208. *Imre*: Ugyanott. 43. I.
 1902. 209. *Röhmer*: Archiv f. Ophthalm. 52. k. 1. rész.
 210. *Hummelsheim*: Zeitschrift f. Aug. VII. 209. I.
 211. *Arlt*: Centralblatt f. Aug. 80. I.

A mydriaticumok élettani hatása.

Irták: *Hermann Emil* és *Erdélyi Jenő* dr.
(Folytatás.)

Cocain.

A cocain az Erythroxilon Cocának leveleiből készülő alkaloida. Levelei sajátos aromás szagúak. Az indiánok állítólag mint erőt megtakarító szert rágják, mikor is a nyelven érzéstelenítést okoz. A cocain $C_{17}H_{21}NO_4$ sósavas sója alakjában hivatalos és használatos és ugyanazon hatányokra, melyek pl. az atropint tropinra és tropasavra bontják, elbomlik és ekkor egy egészen közömbös alkaloida keletkezik, az egonin, azonkívül benzoésav és methylnalkol. Az egonin igen közel rokon a tropinhoz.

Filehne a kawa-kawát vizsgálta, de szaga miatt nem tartja praktikusnak. Az egonin hatástalan, tehát a cocainban nem ez hat, hanem a benzoésavval való összeköttetése, vagyis maga a cocain. De a benzoyltropin (tropin és benzoésav egyesülete) érzéstelenít.

E mellett tágítja a pupillát és bénítja az alkalmazkodást. Hasonlók még benzoylmethyltriacetonalanin, benzoylchinin, benzoylmorphin. Mindezek hasznavehetetlenek, mert a hatás beállta előtt erős égető érzést okoznak. Benzoyltropin azonban drága és nagyon atropinszerűleg hat.

Gartier csak Merc-féle cocain-praeparatumokat talált tisztáknak.

A cocainnak nem szabad savi vegyhatásának lenni, mert bomlik.

Wecker tapasztalta, hogy a cocainozott szemén eserin után fellépő alkalmazkodási görcs erősebb, mint előzetes cocain nélkül. Ha együtt adják cocainnal, e tünet nem lép fel. Az atropin is jobban tágítja a pupillát, ha előbb cocaint adunk.

Turewitsch vizsgálta a cocain hatását a felszívódásra és találta, hogy cocain emeli a felületes nyákhártyarészek és más szövetek felszívóképességét. E hatás az érzéstelenítéssel együtt lép fel és helybeli mesterségesen hyperaemikus területen hatásosabb és a hatás elérésére már kis gyógyadagok is elégségesek. A hatás az erek szűkülésén alapszik, mihez a secretio csökkenése is járul.

Herrnheiser 10 egyénen tett kísérletet, melyek szerint a cocainnak az előkarba feckendezése után, három perc múlva az alkar érzéstelenítve volt. A hőérzés is jelentékenyen csökkent. A Merc és Feuerbach-féle cocain Herrnheiser szerint egyforma hatású. A Boehringer-féle ép úgy hat a bőrre, de a corneára, pupillára és alkalmazkodásra sokkal erősebben. Az érzéstelenítés 10 esetben fél percczel előbb lépett fel és addig tartott, míg a többieknél. A Wicherkievicz és Bunge említette corneahomályosodást ő nem tapasztalta, mikor 5%-os cocain-oldatot a műtét előtt 1—2-szer cseppentett be.

Wicherkievicz a cocain subcutan befecskendezésére 3—5 gm. Merc-féle cocain és 100 gm. 0.01%-os sublimat oldatkeveréket ajánlja, melyhez kevés konyhasót is ad.

Kisebb műtétknél $\frac{1}{2}$, nagyobbaknál $1\frac{1}{2}$ Pravazt használ fel. Szerinte 2%-os oldat is kielégítő hatású.

Krall esodálkozik, hogy a cocain jótékony hatását oly ritkán veszik igénybe.

Wolfler ajánlja, hogy szemműtéknél csak 2 cgm. cocaint használjunk el, míg a törzsön vagy végtagokon 5 cgm. sem árt.

Limburg állítja, hogy az egyik trigeminus átmetszésére fellépő pupillakülönbség cocain által meggátolható, atropin által nem. Cocain-beceppentés után pupillatágulást nem idézhetünk elő direct irisizgatás által. Limburg azt tartja, hogy a cocain-hatást vissza kell vezetni a sympathicus pupillatágító elemeinek izgatására, melyek az érfal egy részét alkotják.

Bellarminoff szerint, ha a conjunctiva-zsákba cseppentünk, a resorptio 3–5-ször akkora lesz. A fokozódott felszívódás a cocain összetett hatásából magyarázható.

Az élettani hatás a trigeminus peripherikus végeinek hűdésében a sympathicus peripherikus részeinek izgatásában és a szemürbeli nyomás esökkenésében mutatkozik.

Az anatómiai hatás az epithel tulajdonságainak megváltoztatásában nyilvánul, mely mint ismeretes, a cocain hatása folytán a leválásra hajlamos A sympathicus átmetszése után a cocain hatása a felszívódásra jelentékenyen esökkent.

Gavazanni a cocain érzéstelenítő hatását a látóidegekre és a reczegekre 10%-os oldatnak a szemgolyóba és az üvegtestbe való fecskendezés által mutatta ki. Megvakulás, pupillatágulás és a szaruhártya érzéstelensége léptek fel mindig, intrabulbar injectionál gyorsabban és állandóbban. Nehány nap mulva a tünetek elenyésztek és a látóképesség ismét visszatért. A cornea és az átlátszó közegek zavarodását is észlelték és izgalmi tünetnek tartották. Ha a befeckendezést néhány nap mulva ugyanezen állapotoknál ismételték, második alkalommal a szaruhártya érzéstelensége elmaradt, talán a diffusio útjainak eltömülése miatt. Gavazanni gondolja, hogy mivel ilyen cocain-injectiók ártalmatlanok, esetleg a vakságot színlelőknél alkalmazhatók volnának.

Bignon találta, hogy közömbös vagy gyengén alkalikus cocain-oldat inkább érzéstelenít, mint savanyú. Mivel az árusított készítmények mind jelentékeny fölös savat tartalmaznak, szén-savas natrium hozzátevéle által az oldatot gyengén alkalikusá teszi, azaz addig adja bele, míg gyenge zavarodást nem mutat.

Laqueur következőket közli a cocainnak a szemre való hatásáról: „Miután a sympathicus hűdés három kifejezett esetében mégis láttam a cocain-hatást, fel kell vennem, hogy vagy a sympathicus nem volt teljesen bénult vagy az ideg végkészüléke még ingerlékeny volt centripetalis fokozott izgalomvezetésnél.“

Laqueur azt hiszi, hogy a cocain a pupillatágító rostokra izgatólag hat; erre felhossa, hogy cocainmydriasisnál a pupilla-reactio fennáll, továbbá, hogy a szemrés a felső szemhéj activ emelésénél fogva a sima pillaizomat erősebb összehúzódása miatt kitágul.

Mellinger szerint a cocain égető hatása érzékeny egyének-nél 0.75%-os konyhasó hozzáadása által lényegesen alászállíttatik.

Ciserani kiemeli Koller közlésével szemben, hogy a subconjunctivalis befeckendezést már két év óta használja tenotomia és enucleatio esetén, cataracta- és iridectomiánál elég az egyszerű beceppentés, melyet 1/2 órával a műtét előtt kezd el és öt perczenként ismételi.

Ellenbogen 5%-os oldatnak a conj. redőbe való cseppentése után gyakran észlelt hámleválást. Az epithel regeneratioja többnyire pár nap mulva elkezdődött, de néha sokáig elhúzódott. Kísérletek történtek cocain-beceppentésekkel 30 fiatal, 18 öreg egyén ép szemén a szaruhártya hám leválását illetőleg negativ eredménnyel. Tengerimalacznál ellenben már néhány csepp 5%-os oldat beceppentése esetén corneakopás lépett fel és ismételt beceppentésre a cornea felületének mély pusztulása és a szaruhártya zavarodása látszott diffus módon. Noha az ellökődött epithel regeneratioja a tengerimalacznál igen gyors volt, a szaruhártya átlátszó-sága állandóan csökkent. Hogy mi okozza az epithel leválást és miért van az meg csak némely egyénnél, nem tudjuk. A szaruhártya felhámjának szárazsága és a szemürbeli nyomás változása nem magyarázzák meg ezen tünetnyel.

Blaskovics összehasonlító kísérleteket végzett cocainnal és tropacocainnal. Mindkettőnél kimarad a reflectorikus pillazárás 1/2 perczel egy csepp 5%-os oldatnak beceppentése után. 1 1/2 percz mulva a cornea és kötőhártya teljes érzéstelensége mutatkozott

mindkettőnél, melynek tartama cocainnál 7 1/2, tropacocainnál 2 1/2 percz volt. A reflectorikus pillazárás cocainnál 15, tropacocainnál 12 percz mulva tért vissza. A tropacocain érzéstelenítő hatását az irisre műtéknél nem észlelte. Hogy tropacocainnál a pupilla csak kissé tágul, előnyként használható fel. Nem tagadható azon előny, hogy a tropacocain antiseptikus és zavarodást nem okoz. Szerinte a tropacocain a cocain pótszerként igen ajánlatos.

Costa szerint 50–55° C.-ra melegített oldatokból subcután injectiók gyorsabb és kiterjedtebb érzéstelenséget okoznak, mint kétszerte erősebb hideg oldatok.

Santos Ferdinandez 47 mélyre hatoló műtéknél a cocain kötőhártya alá fecskendezéséről számol be. Abban összegezi tapasztalatait, hogy ily befeckendezések 0.02–0.04 gm.-os adagban az esetek nagy számában elegendők minden fájdalom kiküldésére, de 0.05–0.10 gm. minden esetben elegendő.

Schultz a mydriaticumok hatásmódját vizsgálva, a cocainról találta, hogy az a dilatatorban elhelyezett sympathikus idegvégék izgatása által okoz mydriasis. Innen van az, hogy az atropin tágitotta, pupilla cocain által még tágabbá tehető.

Az észlelt kellemetlen melléktüneteket és mérgezéseket illetőleg közli Bock, hogy 20%-os cocain hat cseppjét a gingivába fecskendezte és 10 percz mulva, vakság, majd öntudatlanság következett be. Tükörvizsgálatnál a retina erei kissé szűkek voltak. Amylnitrit alkalmazására a tünetek elmultak.

Javal 1/2 mgm. cocain által glaucomás tüneteket idézett elő, melynél a glaucomának csak kezdeti jelei mutatkoztak. A tünetek csak erős adag eserinre enyhültek.

Mittendorf azt állítja, hogy három esetében a cocain olyan conjunctivitis okozott, minőt az atropin szokott okozni.

Burchard 4%-os cocain-bórolat hét cseppjének beceppentése után iridectomiánál 66 éves egyéneken fenyegető mérgezési tüneteket észlelt szerencsés kimenettel, noha hasonló beceppentéseket az illető előző két alkalommal már jól tűrt.

Simi figyelmeztet a kötőhártya azon izgalmi állapotára, mely nem ritkán azon esetekben lép fel, hol sokáig cocaint cseppentettek be. Mellinger közli kísérleteit a cocain káros behatásáról a bőr-sebek egyesülésére különös tekintettel. A cataracta-műtétek okozta sebek gyógyítása, illetve gyógyulása a cocain miatt gyakran elhúzódik.

Lagrange 10 éves gyermeknél, kinél néhány nappal tenotomia után, melynek igen erős hatása volt, kis terjedelmű kötőhártyavarratot eszközölt, rövidebb tartamú synkopet észlelt, miután neki körülbelül 10 csepp 5%-os cocain-oldatot a kötőhártyaredőbe cseppentett. Azt hiszi, hogy a tenotomia sebe a cocain felszívódását siettetete.

Vámosy a cocain azon veszélyeire figyelmeztet, melyekben Falk, Mannheim, Mattison és mások közléseire támaszkodik, mikor tizenöt 1891-ig gyűjtött halálesetet ismertet.

Szerinte a cocainnak kitünő pótszere a tropacocain vagy bensoyltropin, melyet Giesel a japáni kislevelű cocából állított elő, melynek azonban szerinte is mydriaticus hatása nincsen.

Koster többször vérvést látott és a conjunctivit. follicularis egy alakját a felső szemhéj tarsusára localizálva súlyos subjectiv tünetekkel. A cocain elhagyása és a gyenge adstringensek csakhamar gyógyulásra vezettek a folliculusok teljes eltűnésével.

Mi is észleltünk cocain többszöri beceppentésére passiv hyperaemiát, valószínűleg az edényizomzat bénulása által okozva.

Fennemlített szerzők vizsgálati eredményeit összegezve, látjuk, hogy azok a cocain mydriaticus hatására alig terjeszkedtek ki.

A cocain mint ilyen, különösen hosszabb ideig használva, népszerűsége soha sem fog szert tehetni, mert útjában áll a vele szemben lépten-nyomon tapasztalt (idiosyncrasia) és a vele történt intoxicatiók aránylagos gyakorisága. Mint anaestheticumnak kitünő pótszere akadt a tropacocainban, melynek azonban sajnos mydriaticus hatása nincsen.

Mint további hátránya a cocainnak volna említendő, hogy már rövid alkalmazás, néha egyszeri beceppentés után egyeseknél a szaruhártya hámjának kopását és leválását okozza. Mi ugyan óvatos alkalmazás folytán nem láttuk sem a hámlekopást, sem a hosszabb használat után a szerzők által említett cornea-zavarodásokat; mindazáltal ezek oly momentumok, melyek a co-

cainnak még diagnostikus czélokra való alkalmazásánál is óvatoságra intenek. Említik még egyesek a cocain alkalmazása után fellépő conjunctivitist és passiv hyperaemiát. Az észlelt hyperaemia egy esetéről már fenn beszámoltunk, cocain conjunctivitist azonban, noha az erősebb oldatokat saját magunkon alkalmaztuk, látni nem volt alkalmunk.

Kísérleteinkhez $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, 1, 2, 5 és 10%-os oldatokat használtunk. Eredményeink a következők:

$\frac{1}{4}$ %-os oldat a pupillát öt percz mulva kezdi tágítani, 15 percz alatt éri el a tágulás legnagyobb fokát, de már 35 percz után csökken és 49 percz után a hatás teljesen lejár. Az alkalmazkodásra hatással alig van, a mint a fényreactio sem változott.

A $\frac{1}{2}$ %-os oldat két cseppje mydriaticus hatását öt percz múltán kezdi. Tetőfokát 15 percz alatt éri el, de már innen számított öt percz mulva csökken és 50 percz után a hatás majdnem teljesen lejár, mindazáltal másnap még $\frac{1}{2}$ mm. pupilla differentia észlelhető. Alkalmazkodás, fényreactio alig változik. Mindkét esetben a tensio kisfokú csökkenése volt észlelhető.

Az 1%-os oldat, valamint a 2%-os is az alkalmazkodásra szintén alig vannak hatással. A fényreactio is mindkettőnél végig élénk maradt. A mydriasis mindkettőnél 15 percz mulva kezdődött, 20 percz alatt érte el tetőfokát, 40 percz mulva csökkenni kezdett, de csak a következő napra szűnt meg teljesen. Mind a négy oldatnál a pupilla tágulása nem volt maximális.

Az 5%-os oldat mint a 10%-os is, kellemetlen égető érzést okoznak; a fényreactiot egyik sem befolyásolja. A 10%-osnál saját magamon tett észleletem alapján, az alkalmazkodásnak erősebb csökkenését tapasztaltam, a mennyiben az 4-5 D.-val csökkent. Az 5%-os oldatnál a mydriasis 15 percz mulva kezdődött, 25 percz mulva érte el a maximumát, ily módon egy darabig változatlanul fennállt és más napra sem szűnt meg egészen. A 10%-os az előzőktől abban különbözik, hogy itt a pupilla tágulás maximális. A hatás egy esetben 10, a másikban 5 percz mulva kezdődött, az előbbiben 40, az utóbbiban 25 percz alatt érte el tetőfokát és mindkettőnél még a következő nap is többé-kevésbé fennállott.

Töményebb oldatokat, minthogy intoxicatiótól tartottunk és a hatása 10%-os oldatnál ugyis maximális volt, alkalmazni feleslegesnek tartottuk. A cocain vegyészek állítása szerint nem sterilizálható, mert bomlik. Ezért 1:10,000 sublimatban oldják. Éget, hidegérzést kelt, cornea és conjunctiva anaesthesiát okoz, továbbá a conjunctiva vérszegénységet és secretiojának csökkenését.

A szemrést tágítja a Müller-izom által és az orbicularis reflexek kiesése által mydriasis okoz sympathikus izgalom útján, mely átlagosan 6-26 óra mulva enyészik el. A mydriasis csak igen tömény oldatoknál maximális, az alkalmazkodási göres nem teljes. Két-öt százalékos oldatban diagnostikus czélokra esetleg alkalmas, de gyuladással szemnél nem megbízható.

Hilbert és utána mások a tropacocaint, holococaint és eucocaint mydriaticus vizsgálatnak vetették alá és teljesen negatív eredményre jutottak. Gyakorlati értékesítését illetőleg Wecker hysteriás állapot megszűnését látta a kötőhártyának cocainnal való érzéstelenítése után.

Koller ajánlja, hogy kancsalság műtéteknél iridectomiánál és katarakta műtéteknél a cocaint ne csak becseppentsük, hanem a kötőhártya alá is fecskendezzük; miáltal tenotomia és iridectomia teljesen fájdalomtalanok. Glaucoma iridectomiánál ennek különös értéke van, mert ott igen hosszas becseppentések után sem szokott az iris érzéstelen lenni.

Hernheiser, Sattler klinikáján végzett pillaműtéteknél minél kevesebb cocain alkalmazása céljából Pravaz-fecskendő hegyét a pillaszéllal párhuzamosan mélyen beszúrta és kihúzás közben fecskendezte be a cocaint.

A benyomott folyadékot enyhe dörzsöléssel oszlatta el. Egy percz mulva végezte a műtétet. Mérgezéstől már azért sem kellett tartania, mert bemetszéskor a folyadék jó része eltávozott, miután céljainak megfelelt.

Saját elért eredményeinket alábbi tabelláink mutatják.

1%-os cocain. H. E. 23 éves. Bal szem. V. = + 1.25 D.-val.
 $\frac{5}{5}$ Acc. 11 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közel-pont	Alkalmazkodás értéke
febr. 11. becseppent.					
4 óra 59 p.	4 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	90 mm.	11 D.
5 " 04 "	4 "	" "	" "	104 "	10 "
5 " 09 "	4 "	" "	" "	115 "	9.5 "
5 " 14 "	6 "	" "	" "	135 "	7 "
5 " 19 "	6.2 "	" "	" "	135 "	7 "
5 " 29 "	6.2 "	" "	" "	135 "	7 "
5 " 39 "	6.5 "	" "	" "	140 "	7 "
5 " 49 "	6.5 "	" "	" "	140 "	7 "
5 " 59 "	6.5 "	" "	" "	125 "	8.5 "
febr. 12.	4 "	" "	" "	90 "	11 "

2%-os cocain. E. J. 23 éves. Bal szem. V. = 5 D.-val. $\frac{5}{5}$ Acc. = 10 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közel-pont	Alkalmazkodás értéke
febr. 11. becseppent.					
4 óra 55 p.	4.5 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	100 mm.	10 D.
5 " 00 "	4.5 "	" "	" "	105 "	9.5 "
5 " 05 "	4.7 "	" "	" "	115 "	9 "
5 " 10 "	5.2 "	" "	" "	128 "	8 "
5 " 15 "	6.0 "	" "	+ 5 D.-val	95 "	5.5 "
5 " 20 "	6.6 "	" "	" "	96 "	5.5 "
5 " 25 "	6.6 "	" "	" "	96 "	5.5 "
5 " 35 "	6.6 "	" "	" "	96 "	5.5 "
5 " 49 "	6.5 "	" "	" "	94 "	5.5 "
5 " 59 "	6.5 "	" "	" "	94 "	5.5 "
febr. 12.	4.5 "	" "	üveg nélkül	100 "	10 "

5%-os cocain. J. J. 10 éves. Jobb szem. V. = $\frac{5}{5}$ Acc. 11 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közel-pont	Alkalmazkodás értéke
febr. 18. becseppent.					
5 óra 14 p.	4.5 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	90 mm.	11 D.
5 " 19 "	4.5 "	" "	" "	95 "	10.5 "
5 " 24 "	5 "	" "	" "	95 "	10.5 "
5 " 29 "	6 "	" "	" "	95 "	10.5 "
5 " 34 "	6.6 "	" "	+ 5 D.-val	95 "	5.5 "
5 " 39 "	6.8 "	" "	" "	95 "	5.5 "
5 " 44 "	6.8 "	" "	" "	105 "	4.5 "
5 " 54 "	6.8 "	" "	" "	100 "	5 "
6 " 04 "	6.8 "	" "	" "	100 "	5 "
6 " 14 "	6.8 "	" "	" "	100 "	5 "
6 " 24 "	6.8 "	" "	" "	100 "	5 "
febr. 19.	5 "	" "	üveg nélkül	90 "	11 "
" 20.	4.5 "	" "	" "	90 "	11 "

10%-os cocain. H. E. 23 éves. Bal szem. V. = + 1.25 D.-val.
 $\frac{5}{5}$ Acc. 10 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közel-pont	Alkalmazkodás értéke
febr. 17. becseppent.					
6 óra — p.	4 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	100 mm.	10 D.
6 " 05 "	4.5 "	" "	" "	115 "	9 "
6 " 10 "	6 "	" "	" "	130 "	8 "
6 " 15 "	7 "	gyengén	" "	150 "	6 "
6 " 20 "	8 "	" "	" "	150 "	6 "
6 " 30 "	9 "	" "	" "	150 "	6 "
6 " 40 "	9 "	" "	" "	150 "	6 "
6 " 50 "	9 "	" "	" "	140 "	7 "
febr. 18.	5.8 "	jól	" "	115 "	9 "
" 19.	4.5 "	élénken	" "	100 "	10 "
" 20.	4 "	" "	" "	100 "	10 "

Euphthalmin.

Treutler szerint euphthalmin sósavas sója egy labilis n. methyloinyldiacetonalkamin mandolasavas derivatának. E szert a Schering-féle gyár állította elő a marburgi klinika számára.

Elég erős mydriaticum 5—10%-os oldatban teljesen kitágítja a pupillát körülbelül annyi idő alatt, mint 1%-os homatropin. Öreg egyéneknek nem hat oly intensíven mint fiataloknak.

Winselmann szerint a pupilla tágulása sem jelentékenyen gyorsabban, sem jelentékenyen lassabban nem lép fel mint a többi jelenleg használt mydriaticumoknál.

Knapp találta, hogy az euphthalmin 5%-os oldatának becséppentése nem hat eléggé erősen a pupillára, azonban 10%-os oldatának becséppentése mindazon előnyököt eredményezi, melyek ezen szert híressé tették. 15—20 perc múlva a pupilla kitágul szemészeti vizsgálat céljaira kellően; 5—10 óra múlva a pupilla ismét normalis lesz.

Hinselwood alaposan vizsgálta az euphthalmint és a következőket találta: 5%-os oldatot 2—3 cseppje 20—30 perc múlva kitágítja a pupillát teljesen. Ezen tágítás szerinte nagyon sietethető, ha 1%-os holocain oldat egy cseppje előbb alkalmaztatott. A mydriasis teljesen eltűnik 8—12 óra múlva.

Jackson az euphthalmint 5%-os oldatban alkalmazta. A pupilla tágulása 15 percen belül kezdődik és egy óra múlva éri el tetőpontját. A pupilla e mellett sohasem mozgathatatlan teljesen. Röviden mondva gyengébben és rövidebb ideig hat, mint a homatropin.

Woskressenski vizsgálatai megerősítik más szerzőknek eredményeit.

Treutler szerint az alkalmazkodást sokkal kevésbé befolyásolja mint a homatropin; ezen befolyás is igen gyorsan megszűnik.

Winselmann mondja, hogy az alkalmazkodást oly csekély fokban befolyásolja az euphthalmin, hogy ennek semmi jelentősége nincs.

Schneider állítja, hogy egyedüli hátrány volna az alkalmazkodás bénulása, de ez is igen gyorsan megszűnik és az ifjúkoron kívül nem ér el olyan fokot, hogy a közelben való munkálást meggátolná.

Knapp szerint az alkalmazkodás nem egészen érintetlen, azonban nincs annyira megtámadva, hogy miatta a betegek panaszkodnának.

Hinselwood említi, hogy az alkalmazkodást néha jobban, máskor kevésbé befolyásolja, de mindig csak kis fokban és rövid időre 1—2 óráig.

Jackson tapasztalta, hogy mydrasissal az alkalmazkodás bénulásának bizonyos foka jár együtt, 5%-os oldatnál midőn a szer hatása tetőpontját elérte, az alkalmazkodásnak csak negyed-része bennl.

Előnyei: kitünően tágítja a pupillát rövid idő alatt, az alkalmazkodást igen csekély fokban bénítja, a kötőhártyát nem izgatja. Mérgezést sohasem okoz, a cornea hámját nem bántja, olcsó. A szeműrbeli nyomást Schneider szerint nem, Woskressenski szerint csak kevésbé emeli; Winselmann és Hinselwood szerint nem változtatja meg. Kellemetlen tünetek alig vannak; néha becséppentés után kissé éget. Mérgezési tünetek még nem fordultak elő.

Gyakorlati alkalmazása: Vossius ajánlja az euphthalmint különösen a szemvizsgálatokhoz fenti előnyei miatt. Schneider kijelenti, hogy vizsgálati célokra legjobb, sőt glaukománál is alkalmazható. Knapp ki az euphthalminnal kilencz hónapig dolgozott, mondhatja hogy szemészeti vizsgálatra e szerrel egyik sem versenyezhet. Mint mydriaticum felülmúlja valamennyi atropin és homatropin készítményt, mert nem izgat és még ott is tűrhető, hol az atropin nem alkalmazható. Jackson szerint a legjobb szer a pupillát erős világitásnál rövid időre kitágítani és szemészeti vizsgálatokhoz való értékét illetőleg mindjárt a cocain után következik. Cocainnal összekapcsolva szemvizsgálatokhoz elégséges mydriasiszt létesít, mely a betegnek kellemetlenséget nem okoz, és igen gyorsan eltűnik.

Tekintettel az euphthalmin több kiváló tulajdonságára $\frac{1}{2}$, 1, 2, 3, 5 és 10%-os oldatokban használtuk.

$\frac{1}{2}$ %-os oldatnál a pupilla tágulása igen csekély. 15 perc alatt kezdődik lassan, de 45 perc múlva is csak $\frac{1}{2}$ mm. tesz ki. Az alkalmazkodás bénulása 10 perc múlva kezdődik, 20 perc múlva maximalis, de csak 2 D.-nyi. A pupilla fényre élénken reagál.

Az 1%-os oldat hatása alig valamivel kifejezettebb.

A 2%-os oldat becséppentésére a pupilla 10 perc múlva tágul, 15 perc múlva a tágulás igen jelentékeny és újabb 20 perc múlva alig valamivel növekszik. Az alkalmazkodás bénulása 2-5 D.-t tesz ki 20 perc alatt, mely tovább nem is emelkedik. A pupilla a kísérlet végén fényre csak gyengén reagál.

A 3%-os oldat 8—10 perc múlva kezdi tágítani a pupillát. 35 perc múlva 3 mm.-nyi tágulás jelentkezik, mely tovább nem fokozódik. Az alkalmazkodás bénulása ezzel párhuzamos és 4 D.-t tesz ki. A pupilla a kísérlet végén bár gyengén, de még reagál.

Az 5%-os oldat hatása megegyezik az előbbivel. A pupilla tágulása lassan indul meg, de 25 perc múlva új esepet adagolva gyorsan emelkedik még 1-5—2 mm.-el. Az alkalmazkodás bénulása teljesen párhuzamosan halad a pupilla tágulásával, de itt sem tesz ki többet a kísérlet végén 4 D.-nál. Fényreactio megegyezik az előbbivel.

Az euphthalmint 10%-os oldatának hatása majdnem teljesen megegyezik az 5%-ossal.

A következő napra e hatásból nem maradt fenn semmi.

A pupillát nem tágítja ki teljesen és e hatás egy csepp adagolása után csak lassan jelentkezik, de újabb vagy több csepp egyszeri adagolása után a hatás gyorsabb. Az alkalmazkodást alig bénítja, tehát a fénytörés vizsgálatára nem alkalmas. A hol azonban csak a pupilla tágítása a célunk, ott a felsorolt és nagyon jelentékeny és kiváló előnyei miatt felülmúlja a legtöbb mydriaticumot.

1% os euphthalmin. R. J. 11 éves. Jobb szem. V. = $\frac{3}{5}$. Acc. = 10 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közel-pont	Alkalmazkodás értéke
febr. 12.					
4 óra 24 p.	4.5 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	100 mm.	10 D.
4 " 29 "	4.75 "	" "	" "	100 "	10 "
4 " 34 "	4.75 "	" "	" "	100 "	10 "
4 " 39 "	5. "	" "	" "	100 "	10 "
4 " 44 "	5. "	" "	" "	110 "	9.5 "
4 " 54 "	5. "	" "	" "	110 "	9.5 "
5 " 04 "	5. "	" "	" "	115 "	8.5 "
5 " 14 "	5. "	" "	" "	115 "	8.5 "
5 " 24 "	5. "	jól	" "	115 "	8.5 "
5 " 34 "	5. "	" "	" "	115 "	8.0 "
febr. 13.	4.5 "	élénken reagál	" "	100 "	10 "
" 14.	4.5 "	" "	" "	100 "	10 "

2% os euphthalmin. B. F. 11 éves. Jobb szem. V. = $\frac{5}{5}$. Acc. = 11 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közel-pont	Alkalmazkodás értéke
febr. 13.					
4 óra 50 p.	4 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	90 mm.	11 D.
4 " 55 "	4.5 "	" "	" "	100 "	10 "
5 " — "	4.8 "	" "	" "	105 "	9.5 "
5 " 05 "	6. "	" "	" "	115 "	9 "
5 " 10 "	6. "	" "	" "	120 "	8.5 "
5 " 15 "	6.2 "	jól	" "	120 "	8.5 "
5 " 20 "	6.2 "	" "	" "	120 "	8.5 "
5 " 25 "	6.5 "	" "	" "	120 "	8.5 "
5 " 30 "	6.5 "	" "	" "	120 "	8.5 "
5 " 40 "	6.5 "	gyengén	" "	120 "	8.5 "
5 " 50 "	6.5 "	" "	" "	120 "	8.5 "
febr. 14.	4 "	élénken	" "	90 "	11 "

50%-os euphthalmin. V. Gy. 13 éves. Jobb szem. V. = 5/5. Acc. = 10 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 15.					
4 óra 46 p.	4.5 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	105 mm.	10 D.
4 " 51 "	4.5 "	"	"	105 "	10 "
4 " 56 "	5 "	"	"	110 "	9.5 "
5 " 01 "	5.5 "	"	"	110 "	9.5 "
5 " 06 "	6.5 "	jól	"	110 "	9.5 "
5 " 11 "	6.5 "	"	"	140 "	7 "
új csepp.					
5 óra 16 p.	7 "	"	"	140 "	7 "
5 " 21 "	7.2 "	"	"	140 "	7 "
5 " 26 "	8 "	"	"	140 "	7 "
5 " 31 "	8 "	gyengén	"	140 "	7 "
5 " 41 "	8.5 "	"	"	150 "	6.5 "
5 " 51 "	8.5 "	"	"	160 "	6 "
6 " 01 "	8.5 "	"	"	160 "	6 "
febr. 16.	4.5 "	élénken	"	105 "	10 "

100%-os euphthalmin. J. J. 10 éves. Bal szem. V. = 5/5. Acc. 12.5 D.

Datum	Pupilla átmérő	Fényreactio	Olvas	Közelpont	Alkalmazkodás értéke
febr. 19.					
5 óra 08 p.	4.5 mm.	élénken reagál	üveg nélkül	75 mm.	12.5 D.
5 " 13 "	4.5 "	"	"	75 "	12.5 "
5 " 18 "	5.5 "	jól	"	85 "	11.5 "
5 " 23 "	6.5 "	"	"	90 "	11 "
5 " 28 "	6.7 "	"	"	95 "	10.5 "
5 " 33 "	7 "	gyengén	"	95 "	10.5 "
5 " 43 "	7 "	"	"	95 "	10.5 "
5 " 53 "	7.5 "	"	"	100 "	10 "
6 " 03 "	7.5 "	"	"	100 "	10 "
6 " 13 "	7.5 "	"	"	100 "	10 "
febr. 20.	4.5 "	élénken	"	80 "	12 "

(Vége köv.)

A heidelbergi szemésztársaság gyűlése.

1902. VIII. 3—6.

Ismerteti: dr. Siklóssy Gyula.

A heidelbergi szemésztársaság ez idei gyűlést augusztus 3—6-dikáig tartotta meg. Alig volt még ily népes az összejövetel valaha; sajnos azonban magyarok az idén alig vettek abban részt. Ugy látszik, hogy minket a nyár közepén talál augusztusnak eleje, míg a németek a semester végét és a szünidő kezdetét élik ebben az időben. A kongresszus tárgyalásai rendkívül érdekesek voltak: bár az anyag óriási tömege miatt az előadókat tíz percre, a bemutatókat öt percre kellett szorítani. Így is alig voltak képesek a körülbelül 75 előadást és bemutatót három nap alatt elvégezni. Leber tréfásan azt a megjegyzést tette a Schloss oteleben tartott „ünnepi evésen” (Festessen), hogy ha a három napot nem lehet egy negyedikkel megtoldani, akkor később mind rövidebb időt lesz az elnökség kényserülve az előadónak kiszabni, úgy hogy végül 8, 6, 4, 3, 2 és legutoljára, ha ennyi idő sem jut egyre, csak egy perc marad egy tudományos előadás megtartására. Mint mondom, az idén még tíz perc állott az előadók rendelkezésére, s díszretetere legyen mondván a díszes, bár internacionális jellegű, de mégis német társaságnak, az elnöknek alig volt egyszer-kétszer alkalma az előadót az idő pontos betartására inteni. Igaz is, hogy tíz perc alatt elég sok új eszmét mondhatna el valaki.

A kongresszusi előadások és bemutatók közül a következőkről emlékezünk meg:

Römer (Würzburg) az *ulcus serpens* (Hypopion-keratitis) *serumthe apidjával* értekezik. Hangsúlyozza azt a nagy fontosságát, mely e kérdésnek közgazdasági tekintetben jut: a mennyiben a bejelentett és kártalanítást igénylő esetek fele (a szemsérülések közül) éppen *ulcus serpens*. 80 esetéből 95%-ban a Fränkel-Weichselbaum-féle pneumococcus volt a baj oka. Új serumával világosan bizonyítja, hogy a szem is immunisálható. Nyolcz esetben emberen is kipróbálta, (egy esetét személyesen is láttam Würzburgban. Ref.) és pedig teljes eredménnyel. A gyógyhatásról nem beszél; hangsúlyozza, hogy prophylacticumnak tekintti.

Axenfeld azt szeretné, hogy ha a könyvtömlőt több esetben irtanak ki a szemészek. Szerinte ez a dolog lényege: a legtöbb *ulcus serpens* alapoka itt keresendő.

(Igaz, de Németországban már is igen sok ember szaladgál könyvtömlő nélkül, pedig ezek nem is lehetnek külön alkalmaztatást, mint a különös módon megoperált törökök. Ref.)

Rählmann (München) a *trachomával kapcsolatos porcz és szemhéjszéli elváltozásokról* értekezik. A Meybom-mirigyek váladéka normalis viszonyok között tiszta, áttetsző, mennyiségileg alig kimutatható. Ha azonban a conj. tarsit folliculusok lepik el, akkor zavaros színűvé, törmelékkel tartalmazóvá válik, mennyiségre pedig nevezetesen megszorodik. Ha nyomást gyakorolunk a szemhéjra, comedoszerűleg ürül ki a Meybom-mirigyekből ez a váladék. A M.-mirigyek szájadéka megnyílik, megnagyobbodik, széleik finoman felhántaknak néznek ki, kis vörös dombocska közepéből emelkednek elő. Ha sok folliculus ment át fekélyesedésbe és részben hegesezésbe, akkor az intermarginális szemhéjszél hátsó részlete egyenetlenné, dudorzatossá válik. Némelykor a folliculusok maguk mennek át a szemhéjszélre, a mikor is ott szétesnek és elfekélyesednek; a megvastagodott porcz főleg ott megy át előrehaladó sorvadásba, a hol a kötőhártya előzetesen kocsonyás elfajulást mutatott, habár üvegszűrő vagy keményítő elfajulás után is maradhat vissza rettenetesen megvastagodott tarsus is.

Szövettanilag kimutatható, hogy már a betegség kezdetén a submucosa is részt vesz a gyuladásban; mentől több a folliculus, annál hamarabb eléri az a Meybom-mirigyek acinusait. Súlyosabb esetekben a pillaporcz közepén typicus folliculusokat lehet találni, melyek azután elterjednek, de ugyanezre a sorsra jutnak velük együtt a Meybom-mirigyek is. Sokszor a mirigyek egy részlete lefűződik vagy cystoid kitágulást mutat, később a porcz diffuse megtelek apró sejtekkel és benne tömöttelen folliculus képződik. Ezek aztán betörnek a Meybom-féle mirigyekbe.

Ismeretes, hogy a hegesezés eredménye nagyon gyakran a tarsus elgörbülése, sokszor azonban nem fejlődik ki entropium. A tarsus sorvad, a Meybom-mirigyek eltűnnek, s a szemhéj mégis rendes helyzetben marad. Ilyenkor a tarsitis hozza létre azt a hegesezést, mely a kötőhártya hegesezését kíséri és azt ellensúlyozza.

A súlyos trachoma-esetek gyakran azzal végződnek, hogy az előbb hegekéből, scleroticus szövetből álló kötőszövetben finom recézű háló lép fel, melynek csomópontjaiban hosszúak sejtek láthatók. Ilyenkor már a porczban és kötőhártyában volt hegészövet zsírosan elfajult, sőt felszívódott s így csak a háló maradt vissza.

A járulékos könymirigyek lefolyt trachománál, sorvadott Meybom-mirigyeknél — óriásilag ki vannak fejlődve: az egész szemhéj magasságának egy negyedrészt is elérhetik. Ebből magyarázza R. azt a körülményt is, hogy lefolyt trachománál a scleroticus beszáradás éppen nem áll arányban a Meybom-mirigyek sorvadásával.

Bach (Marburg). *A szembogár idegközpontjairól*. A gerinczvelő nyaki részletének átmetszése nem befolyásolja a szembogárnak a világozás irányában való magaviseletét. Ha a fossa rhomboidea spinalis végéhez közel vágta át, akkor a szembogár fényre nem húzódtott össze. Ugyanezen hely egyoldali átmetszése után az ellenkező oldalon fénybehatására kitágult a szembogár. Ha az agy felé újabb metszéseket végzett, akkor ezek a tünetek megszűntek. Ezekből a kísérletekből arra következtet, hogy a fossa rhomboideaiban kell a szembogárnak reflexgátló központját keresnünk.

Ha nicotint fecskendezett be macska orbitájába, akkor azon az oldalon azonnal, az ellenkező oldalon kissé később bénulás állott be a sphincterben. Ez a kísérlet arra mutat, hogy sympathicus sejtek vannak a szemgödörben és pedig valószínűleg a ganglion ciliarében.

Peters (Rostock). *A ciliaris hámszövetek elváltozásairól beszélt naphthalin- és ergotin-méregzésnél*.

Naphthalinnek egyszeri adagolására a sugártest nyulványainak valamint az ideghártyának felhámrétegében hólyagképződést lehetett konstatálni. Ilyen hólyagok képződnek a csarnokvíz elbocsátása után is. A festékes hám részben elroncsoltatik, részben hólyagosan felfűződik. Sok vacuola mutatható ki a köbalakú hámszövetek között is. A sugárnyulványok felszínén fehérjetartalmú váladék termelődik. Ebben az időben, mikor még a cataractás elváltozások alig kimutatható tokredőződésben állanak az aequator tájékán, már felismerhető nemcsak a rendes kiválasztás fokozódása, hanem még a pervers-kiválasztás fellépése is.

A venae vorticosae alakítása után eleintén a hatalmas vérömleny elfed mindent, egy idő múlva azonban ugyanilyen elváltozások mutatnak ki a sugártestnyulványok felhámában.

Peters az irányban is végzett vizsgálatokat, hogy ergotin-oldat befeckendezésére lehetne-e cataractát előidézni. Ez azonban egyelőre azért nem sikerült, mert az állatok korábban kimúltak, mintsem a cat. képződés megindult volna, ha csak annak nem kell tekinteni a hámszöveteknek fent leirt elváltozásait, melyek ilyenkor is megjelennek.

Vossius (Giessen) bőven foglalkozik a struma és a szürke hályog közötti oki összefüggés kimutatásával. Az ilyen hályog, habár fiatal is az egyén, rendkívül kemény maggal bír szerinte, úgy hogy iridectomia nélkül is könnyen eltávolítható, míg a diabeticusok hályogja rendszeren igen lágy consistentiájú.

Uthoff (Breslau) nem hajlandó struma és cataracta között oki viszonyt felvenni.

Wagenmann (Jena) egy esetét említi, a kinél a struma eltávolítása után közvetlenül, rendkívül gyorsan fejlődött ki a szürke hályog.

Pflüger (Bern) sem fogadja el Vossius fejtegetéseit.

Elschnig (Bécs) *Szöveti müttermékekéről a látóidegben* czim alatt arról beszélt, hogy a Siegrist-féle elváltozások, zsíros degenerációk a látóidegben nem egyebek szövettani müttermékek, melyeket el lehet kerülni, ha a látóideg felvadásánál, a boncsolásnál óvatosan járunk el. A zúzott sejtek nem festődnek olyan jól: ez volna a Siegrist-féle csoda egyszerű magyarázata.

Liebrecht hangsúlyozza, hogy a Siegrist-féle tünetet ő is úgy

magyarázza, mint Elschmig. Hangsúlyozza azonban, hogy vannak folt-szerű sarjadzások a sugártestben és azt is, hogy pangásos papillánál előfordulhat elsődleges látóidegoedema is.

v. *Hippel* (Heidelberg). *A coloboma n. optici typicus keletkezési módját* tanulmányozhatta egy olyan házinyúl ivadékaiban, a melynek magának colobomája volt. A későbbi generatio 20%-ban örökölte ezt a bajt. Az ébrényeket a 13–18-dik napokig vizsgálta és pedig 112 szemhólyagot, a melyek közül 23 esetben colobomát konstatait.

A coloboma úgy keletkezik, hogy mesodermaeredetű réteg lécz alakjában megakadályozza az ébrényi szemhasadék bezárulását. Eleintén ez a lécz oly keskeny, hogy az ébrényi szemhólyag két fala már csaknem érintkezik; később azonban ez a mesoderma réteg mind jobban megnagyobbodik. A 16-dik napig a szemhólyag fala és belső tartalma egyforma lépésben fejlődik: ettől kezdve, de különösen a 18-dik naptól kezdve a szemhólyag fala ráncokat mutat; a látóhártya a mesodermás rétegen átesap s így egy kettőzetet képez, melynek külső részlete tehát *visszáz elhelyezésben* mutatja a látóhártya rétegeit. További növekedés után a látóhártya beemelkedik egészen a szem belsejébe, mindig azonban e mesodermás lécz vezetése mellett. Hogy a coloboma területén hiányzik a chorioidea és a tülkhártya belső részlete, ez másodlagos tünet. Ilyen korai állapotban a colobomát környező mesoderma még nem különült rétegekre.

Minden más mellékkörülmény ki volt zárható, úgy hogy egyedül az öröklés maradt fenn és pedig az apai ágról. *A coloboma akadályozott fejlődés eredménye.*

Wagenmann (Jena) egy asszony leszármazottainál talált colobomát: az anyának és három gyermekének, — három különböző apától.

Londot (Páris) arra emlékeztet, hogy *Horner* a látóidegfő látszólagos gyuladásáról (nagyfokú hypermetropiánál) azt mondotta, hogy úgy néz ki, mintha egy igen nagy látóhártya be volna szorítva egy kis szembe.

Haab (Zürich) azt kérdezi, hogy szerzett (iridectomia) colobomák nem öröklődhetnek-e át.

Wagenmann (Jena) a szemhéj érzésteleníté-ére aethylchloriddal sajátos kis irányító, illetőleg szórókészüléket alkalmaz a rendes aethylchloridot tartalmazó csőre; a szemet kis kancsuklemezrel és gaze-al védí s így az aethylchloridot szemhéjműtétéknél, abscessusoknál és könnyömlő kiirtásoknál (30 esetben) a legjobb eredménnyel használja.

Schmidt-Rimpler (Halle) felemlíti az aethylchloridnak azt a hibáját, hogy a mélyebb rétegek azért mégis csak érzékenyek maradnak.

Franke (Hamburg) a *Schleich*-féle infiltrációs érzéstelenítést jobbnak tartja.

Augstein (Bromberg) azt tapasztalta, hogy a *Schleich*-féle érzéstelenítésnél a sebszék nem egyesülnek oly szépen. (Egyedül álló tapasztalat. Ref.) Aethylchloriddal jobb eredményt ért el.

Wagenmann záravában kiemeli, hogy ha mélyebben dolgozik, mint a milyen az aethylchlorid érzéstelenít, akkor cocain-oladtbá mártott tuffereket használ. (Célzra nem vezető és igen költséges eljárás. Ref.)

Pflüger (Bern) arról beszél, hogy milyen módokon iparkodnak a berni szemklinikán kikerülni az *altatással* járó kellematlanségeket. Egy olyanféle gépet készített, mint a minót *Geppert* ajánlott. Ezzel a géppel lehetőleg kevés chloroformot kap a beteg; ezt a chloroformot levegővel keverve lélegzi be s emellett a légzés mesterséges fentartásáról a *Kronecker*-féle készülék gondoskodik. Az arcot nem borítja be és nem takarja el, a mennyiben egy csövön át jut a chloroform az orra. Így nagyon nyugodt, mély s veszély nélküli alvást érhetünk el.

Nieden (Bonn) az altatásnak új módjára utal, a mit *scopolamin*nak bőr alá való fecskendésével érhetünk el. Három bőr alá fecskendés a műtét előtt; egy közvetlenül, egy fél és egy egész órával a műtétet megelőzőleg.

Thier (Aachen) nagyon meg van elégedve az aetherrel.

Laqueur (Strassburg) szerint a thymus hyperplasiája veszélyes lehet a chloroformnarcosisra. Így még a legjobb módszert sem lehet feltétlenül veszélytelennek kijelenteni.

Schönemann (Saarbrücken) a scopolanimmal való altatást veszélyesnek tartja. Ha az orrot cocainozzák, akkor a chloroformnarcosis kevésbé veszélyes.

Mayweg (Hagen) chloroformozás előtt felnőtteknek morphiomot fecskendez be. Ova int azonban, nehogy ezt gyermeknél is megkísértse valaki.

Elschnig (Bécs) az aetherrel védelmezi. Iszásoknál aether és chloroform adandó. Egyébként (igen helyesen) nem hiszi, hogy a narcosisról szóló vita épen szemorvosok között fog dülőre jutni.

Augstein (Bromberg) mély narcosist kíván szemműtétékhez. Ez a chloroform mellett dönt.

Fuchs (Bécs). *Scleritis posterior* esetéről beszél. Egy 16 éves fiúnál előbb a jobb, majd a bal szemén fájdalmak léptek fel, a látélesség csökkent. A látóidegfő vérbő, a látóhártya palaszint mutatott a macula környékén. Ez a hely azonfelül előre is emelkedett, úgy hogy jelen-
tekenyen hypermetropiás beállítást mutatott. A kötőhártya vörös és kissé duzzadt; az episclerális kötőszövet is részt vett a gyuladásban. A baj néhány hét lefolyása alatt gyógyult. Nem hiheti, hogy a látóhártya vagy az érhártya betegségével álljon szemközt, mert a baj nagyon gyorsan javult és nyom nélkül fejlődött vissza. A fájdalmak a sclerát tették előtte gyanússá.

Schlosser (München) néhány hét előtt teljesen analog esetet látott.

Peters (Rostock) is látott ilyet egy idős hölgnél, kinél szintén intermittáló elsötétedések léptek fel. Abban különbözött *Fuchs* esetétől,

hogy a teke kis fokban kidülledt és a szemfenékben határozott vizenyő volt kimutatható. Később a mellső részletben is megjelent az episcleritis.

Pflüger (Bern) azt hiszi, hogy ilyen folyamat a nagyfokú rövidlátók hátsó scleroticochorioiditisé is.

Stock (Freiburg) kísérleteinek eredményéről a következőkben számolt be.

Általános, a véráram útján való fertőzés után házinyulaknál igen gyakori az áttétel a szivárványhártában. Mentől súlyosabb a fertőzés, annál gyakoribb az áttétel.

A szétszórt foltos érhártagyuladás nem szükség szerint gümőkóros eredetű. Csomós, göbös iritis és szétszórt foltos érhártagyuladás pyocyaneussal való fertőzésre is keletkezhetik.

A göbös iritis meg is gyógyulhat, mint egy egyszerű szivárványhártagyuladás. Tehát a vérárammal a szembe kerülő bakteriumok ott könnyű gyuladást okozhatnak.

Hogy az egyik szemre gyakorolt inger (*Moll*-féle elmélet) elősegítene a másik szem metastasisos megbetegedését, arról nem mer nyilatkozni.

13 állatnál vitt be a véráramba gümö-bacillust. Mindannyiánál gümös iritis és szétszórt foltos érhártagyuladás keletkezett. Egy eset gyógyult.

Uthoff (Breslau) is látott gümös chorioiditist meggyógyulni.

Roemer (Würzburg) hasonló kísérleteket végzett, melyek ugyanilyen eredményre vezettek. Azt hiszi, hogy a szem leggyorsabban metastaticus úton közelíthető meg s hogy a sympathicus ophth.-nál is valószínűleg ezt az utat kell figyelembe venni.

Wagenmann (Jena) felemlíti, hogy ő már régebben közölte meggyógyult érhártya-gümőkórnak kórszövettani leletét.

Vossius (Giessen) azt hiszi, hogy létezik olyan szivárványhártagyuladás is, melynél klinikailag gümőt vélénk látni, de a mely mégsem gümőkóros alapon fejlődött ki.

Azenfeld (Freiburg) hangsúlyozza, hogy *Stock* kísérleteinél a gyakori metastasisok oka az a körülmény, hogy *Stock* a venákba fecskendezte be a fertöző anyagot, míg az eddigi kísérletezők főkép a bőr alá juttatták el azt. Egyedül a maeska kap gyakran metastasist, még bőr alá fecskendés után is.

Volkman (Berlin) a mágnesek gyakorlati alkalmazásáról beszélt.

A nagy mágneseknek igen nagy súlyuk mellett nincs olyan nagy hordképességük, mint a kisebb súlyú, kihegyezett, elnyújtott sondaszerű mágneseknek. A nagy mágnesnél az eltávolítandó idegen test súlya nem játszik szerepet, mert hiszen az sokkal nagyobb erővel rendelkezik, hogy sem a szilánk súlya szerint fejthetne ki ellene számbavehető ellenállást. A szilánk alakja azonban igen fontos. Ezeket a nagy mágneseket csak a legnagyobb elővigyázattal szabad a szemhez közelíteni. A kihegyezett mágnesnél az az irányadó, hogy mentől kisebb a szilánk átmetszete, az annál nagyobb erővel vonatik a mágneshez, (a szilánk súlyával arányosan). Az ilyen mágnes kipróbálására 1 mm. átmérőjű és 5 mgr. súlyú acélgolyókat ajánl. Nem kell sokkal vastagabb sondás mágneszt választani, mint az eltávolítandó szilánk átmetszete. A mágnes súlya ne legyen nagyon nagy. Egy 200 gr. súlyú mágnes fele olyan erőt fejt ki adott körülmények között (2 Volt, 2 Ampère, 20 mm. szabadon álló hosszúság, 1 mm. vastagság, a próbatest súlya 5 mg.), mint egy 700 gr. súlyú és harmadrész annyit mint egy kilencszer olyan nehéz mágnes.

Az előadást érdekes bemutatással fejezte be, a melylyel bebizonyította, hogy a 80 kg. súlyú *Haab*-féle mágnes nem fejt ki nagyobb erőt, mint egy 12 kg. súlyú sondás mágnes, melynek működésbe hozatala csak 1/8-ad rész annyi elektromos erőt igényel.

Haab (Zürich) a nagy mágnes alkalmazásáról tartott előadást. Tíz év alatt 170 esetben használta a mágneset és pedig 86%-ban sikerült az idegen testet eltávolítani. 34 esetben a szilánk valóban az ideghártába volt beekelve; ezek közül 28 extraháltatott. 134 esetben volt az idegen test a szivárványhártya és a lencse mögött, ezek közül 83%-ban sikerült az eltávolítás. A kis kézi mágnes az előadó az utolsó 38 esetben egyáltalában nem vette igénybe: az előző 120 esetben pedig csak három ízben. Még a mellső csarnokból is a nagy mágnes segítségével hozta ki a vasszilánkot.

Az esetek 50%-ában jó látóélesség maradt vissza. 19 esetben a teke megmaradt, de a szem megvakult.

Végül egy esetről beszél, melynél a diagnózis és a therapia különös nehézségekbe ütközött. Csak abból birta megállapítani, hogy a tükkörrel látott fehéres tömeg vasszilánk, mert áramzáraskor az megrezdült. Hogy biztosan orientálódhassék, a szembe előbb discissios tűt szúrt be, a melynek szabadon álló végét tükkörrel ellenőrizte. Ennek segítségével tudta csak megállapítani az idegen test helyét.

Schreiber (Magdeburg) nagyon dicséri a *Volkman*-féle mágneset.

Mayweg (Hagen) nem tartja nélkülözhetőnek a kis mágnes sem. Nem tanácsos mindent a mellső csarnok felől eltávolítani (sepsis).

Schlosser (München) látta, hogy igen erős mágnes az irist megtepte, megszagatta.

Haab azt feleli *Mayweg*nek, hogy a sondás mágnes új üvegtesti sérüléseket okoz; a nagy mágnessel ezt el lehet kerülni.

Leber nem hiszi, hogy a beékelt szilánkokat be lehessen vonni a mellső csarnokba; sőt azt is hiszi, hogy némely szilánkot épen semmi módon sem lehet megmozdítani.

Volkman egy példát mond erre. Ha a szilánk igen karcsú, kihegyezett, akkor annak hegyére a legerősebb mágnes is igen kis erővel képes csak hatni. Az ilyen szilánkot gyenge szöveti ellenállás is alkalmatlanná teszi az eltávolításra, kísértünk bár azt meg a legerősebb mágnessel.

Franke (Hamburg) a Röntgen-féle eljárás hasznáról beszél teke-mögötti megbetegedéseknél. Majd a Krönlein műtétét dicséri s öt esetéről számol be. Egy esetben nem talált daganatot s dacára ennek az exophthalmus mégis visszafejlődött.

Wagenmann (Jena) hangsúlyozza, hogy Röntgen-sugarakkal nem lehet biztosan megállapítani, hogy az idegen test a sclerában ül-e vagy sem.

Axenfeld (Freiburg) felemlíti, hogy egy nagy könymirigy-rák csak nagyon elmosódott Röntgen-árnyékot vetett.

Schmidt-Rimpler (Halle) sondával érinti a tekét s így dönti el, hogy intraoculáris daganattal van-e dolga; a daganat felett kemény a tapintás, úgy hogy a sonda nem mélyed ruganyosan a tekébe.

Fuchs (Bécs) hangsúlyozza, hogy sokszor lehet retrobulbáris daganatot Krönlein műtétjének mellőzésével is eltávolítani.

Guttman (Berlin) exophthalmus esetet jod segítségével gyógyított meg.

Franke azt válaszolja, hogy a halántéki oldalon fekvő új képletek egyedül Krönlein műtétjével távolíthatók el. Ha a röntgenezés pozitív eredményt adott, lehetőleg korán kell operálni, hogy az exenteratio elkerültesse.

Krűckmann (Lipese) empirikus megállapításokról beszél, melyeket *iritis syphiliticánál* követ. Erythemás, papulás és tuberosus alakokat különböztet meg. A fibrinosus iritist roseolás alaknak tartja s egy rangba helyezi az elsődleges erythemás anginával. Hogy az efflorescens kitérés mindig a látólik körül keletkezik, annak szerinte bonczani oka van. Ezek körkörös elhelyezést nyernek a szivárványhártya kis körében. A tuberosus syphilitideket elkülöníti a gummás alakoktól. Fel-említi azokat a melléküneteket, melyek az iris luesére jellegzetesek s a melyek közül az elszinesedés és az edényrendszer elváltozásai említendők.

Haab (Zürich) a gümös iritisre nézve a tuberkulin befeeszkendést tartja kórimézónak.

Krűckmann válaszában kifejti, hogy a lueticus göbök vörösek, a gümösek pedig véredényekben szegények, ezenkívül pedig mélyebben is fekszenek. A gelatinoszerű exsudatio úgy jön létre, hogy a gummák áttörnek a mellső ernyőre. Ez a tünet nem kórimézói biztosan a lues.

Axenfeld (Freiburg) és *Naito* (Tokio). Az *inhardtában* létező *sajátságos idegszálakról* értekeztek. Axenfeld már 1893-ban kimutatta, hogy rendszerben gyakran feltalálható egy ideg, mely a sugártest mögött függőlegesen halad át a sclerán, mely körülbelül kétszer oly vastag, mint egy közönséges ciliaris ideg. Ez az ideg az érhártya feletti térben két ágra oszlik: egy szélesebb mellső és egy keskenyebben visszahajló ágra. Különös, hogy ez az ideg nem követhető a sclerán kívül, mert intrasclerális lefutású végződése egy ciliaris idegnek. Végző ágai körkörös a corpus ciliare ágaznak be. Ez a lelet igen gyakori, de nem állandó. Rendszerben csak egy ilyen ideg lehet egy szemben. Körülbelül azt a benyomást teszi, mintha a túlságos hosszú idegpályának ilyen megtörés segélyével új területre volna szüksége.

Schürmer Ottó. A *könyelváltás és a könyvek elvezetése a tömlő kiirtása után*. Előadó 50 olyan betegnél, a kik 3—8½ év előtt vetették magukat alá a könyvtömlő kiirtásának, tudakozódott a későbbi állapot iránt s megállapíthatta, hogy az esetek fele a műtét után lényegesen javult, a könyvezés megszűnt. A másik felének a szobájában nem könyezik a szeme, de szeles időben igen.

Az embernél a könymirigy nem sorvad el: ha az esetleges kötőhártyagyulladás, eversio vagy ectropion kezelése czélhoz nem vezet, akkor a szemhéji könymirigyet kell kiirtani.

Axenfeld hangsúlyozza, hogy műtét előtt minden esetben könyezik a szem. Nem legyen ectropion, nem szabad a sebet közel készíteni a szemzughoz.

Simon (Bern; *Pflüger assistense*) ajánlja, hogy oldott paraffint fecskendezzenek be a könyvtömlőbe. Ennek segélyével a kiirtás különben nehézkes technikájá rendkívül könnyűvé válik.

Greeff (Berlin) azt hiszi, hogy a kötőhártya, mint lapszerű mirigy működik, mely a könymirigy kiirtása után még mindig elég könyvet választ el.

Wagenmann-nak hasonló tapasztalatai vannak, mint Schirmernek. A könymirigy kiirtását veszélytelennek tartja.

Mayweg a könymirigy kiirtásával évekig vár.

Pflüger a szemhéji mirigy-résztét gyakran távolította már el, s nagyon meg van elégedve.

Wolff (Berlin) *villanyos szemtükrével és villanyos árnyékpróbáló-jával* elért eredményeiről beszélt. A kis szemtükrök kitűnő, világos, tiszta, reflexek által nem zavart képet ad; a szoba besötétítése nélkül is alkalmazható. Egyetlen, de egyelőre nagy hátránya, hogy accumulator vagy sok ellenállás beiktatása kell hozzá. Vonalszerű kis fényforrást használ. A tükrök nyílása egy milliméter átmérőjű. A mérőszalag ¼ D-nyira van kiszámítva. Az esetek 80%-ában a tengely állása 10°-nyi eltérésig pontosan volt megállapítható. A vizsgálatot homotropin nélkül végzi: szabad kézből, változtatott (labilis) távolságból. Az árnyékpróba, mely eddig alig volt egyéb megbízhatatlan ellenőrző eljárásnál, az ő módszerével a legpontosabb vizsgálati móddá alakult, a melynek segélyével a szem egész fénytörése, tehát az astigmatismus is, ¼ sötét 1/10 D értékig, a tengely állása pedig 10°-nyi eltérésig pontosan megállapítható.

Gullstrand (Upsala) a *macula lutea színéről* értekezik. Ő olyan szemeket vizsgált, melyek nagyfokú sérülés következtében (a mellső részt érvén) enucleáltattak. A tekét a műtét befejezéséig phys. konyhasó-oldatba helyezi; ott a szükséghez képest felnyitja, mire néhány perc múlva az ideghártya megduzzad s elkezd leválni. Ez a leválás óvatos rázogatással elősegíthető. Így hat tekét volt alkalma vizsgálnia; csak

egy esetben észlelte a rendszernek tartott (*Schmidt-Rimpler*) sárgás szineződést: ez esetben is ez a szín túlterjedt a maculán; ennek okát vér-beivódásban keresi. Hogy talán a sárga színt az oldat, vagy a víz kilúgozta volna, azt *Gullstrand* annál kevésbé hiszi, mert a vér-beivódás színe sem tűnik el. Így a tükrü leletet a bonczani lelet is megerősíti: míg a régi felfogásban e kettő közt lényeges eltérés volt.

Schmidt-Rimpler (Halle) mégis azt hiszi, hogy a maculában van valamilyen sárgás festanyag. Azt megengedi, hogy a barna szineződés már hullatünet. *Gullstrand* eseteiben a festanyagot a víz kimosta. Ő tárgyilemezen, nagyítóval végezte vizsgálatait.

Sattler egy teljesen ép szem maculáját vizsgálta *Heringgel* együtt. A maculát saját üvegtestével érintkezésben fektették. Ha a látóideg belépési helyét kilyukasztották és az egészet fehér alapra helyezték, akkor a sárgás szín világosan előtérbe lépett. Azt hiszi, hogy a G. vizsgálta szemek mégsem lehettek egészen normálisak.

Leber (Heidelberg) ugyanazt találta, mint *Sattler*.

Gulls rand azt hiszi, hogy a látóidegfő kilyukasztása valahogyan pigmentet vitt a látóhártyába.

Greeff (Berlin) *külső árokról* beszél a látóhártyában. Ő a csapok és pálczikák hosszából arra következtet, hogy a külső oldalon is kell egy sekély behúzódásnak lenni, egy *külső ároknak*, mely a sárga folt központi árának felel meg. Már *M. Schultzenél* fellelhető a külső határoló hártya kis kiöblösödésének leírása; ezt azonban később elfelejtették, sőt valótlannak tartották.

A legnagyobb pálczika hossza 60 μ. A csapok a központ felől 22 μ-ról a széli rész felé 60—62 μ-ig növekednek. Itt tehát, a hol a pálczikák megszűnnek, a csapok elérik azok nagyságát. Idáig tehát az egész egy vonalban, egy felszínben marad. Később azonban, az árokban a csapok 85 μ nagyságot érnek el: 25 μ-nal felülmulják a pálczikák hosszát. A retina egészében 300 μ széles; a foveában csak 100 μ — a külső oldal 25 μ-nal — a belső oldal 175 μ-nal keskenyedik.

Greeff vizsgálatait *Elschnig* is megerősíti teljesen ép, gondosan fixált tekén tett észleletével.

Bielschowsky (Lipese). A *belső egyenesek beidegzése oldal-fordításnál*.

Azt hitték, hogy az oldalrafordítás társult izommunkája úgy magyarázható, hogy a távolító ideg magjából a megfelelő belső egyeneshez is jut el idegszál. Ez azonban téves nézet. Előadónak alkalma volt egy esetet tanulmányozni, a hol a belső egyenesek felmondták az oldalrafordító szolgálatot, a nélkül, hogy az összetérítésben hiba állott volna elő. Az egyén hátra esett s hátul fejt erősen megütötte. A külső egyenesek teljesen épek maradtak. A sérülés után könnyű, átmeneti bénulás mutatkozott az emelőkön. Az eset észlelés mellett (különös gyógykezelés nélkül) teljesen gyógyult. A baj okát B. a központi barlangot bélelő szürke állományban bekövetkezett apró vérzésekre vezeti vissza. Mindenik oldalon a szemmozgató ideg magvának hátsó és oldalsó részletében épen ott támadhattak szerinte ezek, a hol a másik szemhez az oldalrafordítást közvetítő idegrostok erednek. Minthogy *Bernheimer* ezen a tájon irta le az emelők eredését, így a két lelet tökéletesen fedi egymást.

Liebrecht (Hamburg). *Körbonczani elváltozások a látóidegen agydaganatnál*. A pangásos papilla kóroka 26 esetre terjedő vizsgálataiból a következő eredményekre jut:

A pangásos papilla és a látóideggyulladás két különböző dolog. A pangásos papilla oka a pangás; gyuladásnak nyomát sem lehet találni. Csak akkor társul hozzá a gyulladás, ha a látóideg tekei végét interstitiális lob fogja el.

Az agydaganat az ideghüvelyben lobos sarjadásra vezethet, ehhez társulhat a látóideg szövetközi gyuladása, sőt az abban fellépő sorvadás. Megtörténhetik, hogy rendszeres tükrü lelet mellett gyuladás van az ideghüvelyben és a látóidegben: ilyenkor a gyuladás még nem haladt a lamina cribrosán túl. Gyuladással papillát találunk, ha a lobfolyamat már túlhaladt a lam. cribrosán, de pangás a látóidegben nem lépett fel. A legtöbbször azonban pangás és gyuladás együtt mutatkozik. Legelőször a canalis opticusban lép fel a baj; itt találhatók a legsúlyosabb elváltozások. Ezután következik a lamina cribrosa környéke. A legsúlyosabb degeneratív elváltozások a canalis opticusban folynak le. Kizárólag vizenyőn alapuló pangásos papilla még hosszú idő múlva sem okoz látás-zavart.

A nyirok pangását minden valószínűség szerint a vívő-erek és nyirok-erek elszorítása, összenyomtatása okozza és pedig az ideghüvelyben való lefutásuk alatt. Az ideghüvelyben foglalt képletek megduzzadása maga gyakorol nyomást a rajta áthaladó edényekre.

A rostalemez maga csak másodlagos úton vesz részt a pangásos papilla létrejöttében.

A tiszta és különösen a vizenyős pangásos papilla egészen sajátos körkép gyanánt fogandó fel, melynek nevezetes diagnostikus szerep jut. Súlyos agybéli vérzések (spontan vagy sérülés után) kíséretében fellépő pangásos papillából biztosan lehet következtetni az agybéli nyomás megnagyobbodására.

Leber hangsúlyozza, hogy milyen nehéz a bonczani képből a pathogenesist levezetni. Vizenyő egyképen támadhat pangásból és gyuladástól is. Nem szabad azt sem figyelmen kívül hagyni, hogy szövet közti hiányok, ürök a keményítés következtében is előállhatnak. Ezek a görösök alatt oedemának imponálnak.

Schmidt-Rimpler saját elméletét mellett tör lánsát. Alig hihető, hogy *Leber* a gyuladással elméletet más úton is bizonyítani tudná, mint a szövettani képből. Az igaz, hogy a vizenyő is vezethet sejt beszűrődéshez.

Levinsohn (Berlin) azt hozza fel a pangásos elmélet ellen, hogy lumbalis punctio után a kilépő folyadék nyomása nem szükségképpen emelkedett.

Axenfeld azt állítja, hogy az intraspinalis nyomás az agybeli nyomástól eltérő lehet, hiszen a két üreg közötti összeköttetés nem mindig teljesen nyitott.

Best (Giessen). *Veszületett choriooretinitisről beszél.* Sajátságos finom, világos fényes foltocskákat lehet sokszor találni apró, kerek festenyszemecskék társaságában. Eddig az ilyen eseteket biztos jelnek vették örökölt luesre. Kilencz esetében azonban ez épen biztosan ki volt zárható. Giessen szerinte ritka szerencsés város, a mennyiben 24.000 szembetegre 0.70/100 arányban volt örökölt lues kimutatható. Festenysorvadást azonban 1.70/100 találhatott. Ezek az esetek tehát inkább atypicus retinitis pigmentosának volnának tekintendők, ha nem lehetne őket a majdnem physiologikus szemcsézettséggel megmagyarázni, mely a festenyes felhámmal elég gyakran fordul elő. Ilyenkor figyelmes vizsgálattal sokszor lehet néhány rögzít is találni. Ez a finom szemcsézettégs hiányos látélességű s egyéb defektusokat is magukon viselő szemeken fordul elő gyermekeknél: kancsalság, nystagmus, nagyfokú messzelátóság, astigmatismus stb.

Augstein (Bromberg) egy esetét említi fel, a melynél a specifikus gyógykezelés teljesen értéktelennek bizonyult, pedig az anya a terhessége alatt szerzett súlyos luest.

Uthoff (Breslau). *Agyszerülésekre bekövetkező látás-zavarokról beszél.* Egy esetben a hemianopsia mint góczponti tünet (Herderscheinung) a látási centrum direct sérülésére következett be. Egyéb góczponti tünet kezdetben nem jelentkezett. A beteg később elvesztette tájékozódását, a mi a tarkói lebenyt ért sérülésből magyarázható. A jobb oldalon hemianaesthesia lépett fel, az összes jobboldali érző szervek zavarának kíséretében. Ezt is functionális tünet gyanánt fogja fel. A sérülés helyére gyakorolt nyomásra ezek a tünetek növekedtek, míg ha abbahagyták a nyomást, akkor csökkentek. Ilyenről Stern is megemlékezett az agykéreg működésének periodikus ingadozásáról irt értekezésében. Az agytályogot megoperálták: előzőleg pangásos papillát konstataált, ez a műtét után eltűnt, a mi csakis a nyomás megszüntetésének tulajdonítható.

Ilyen műtétet három ízben végeztek a betegen: az eredmény csak átmeneti volt. *Bonczolásnál* nagy tályogot találtak az occipiális lebenyben.

Vossius (Giessen) két ritka szemgödri megbetegedésről beszél. 1. Az egyik, mely a magyar irodalomban közölt és Vossius által is felemlített *Scholtz*-féle esettel analog, egy kötőhártyai sérülésre keletkezett. Streptococcus-infectio: a szemhéjak elüszkösödtek, a sclera, cornea és teke ellökődött.

2. Actinomyosis a külső szemgödri falban és a sinus cavernosusban. Baloldali exophthalmus; kerat. neuroparalyt.; kétoldali papillitis. A bonczolásnál kiderült, hogy a daganat a sziklaesonton át betört a koponyafürbe és pedig épen a trigeminusnak megfelelőleg. Az idegek részben atrophizáltak, (oculomotorius és abducens) részben eltűntek (trochlearis). Az actinom. a szájból indult ki, megtámadta az orbitális csontokat, majd a bal fülön s a felső szemhéjon keletkeztek genyedző sipolyok.

Baenziger és *Silberschmidt*. *A panophthalmitis kóreredete* az ásról lepattanó szilánk okozta sérüléseknél. Ilyen esetekben a panophthalmitis hihetetlen vehemenciával lép fel. Egy friss esetből (28 ó. a sérülés után) sikerült egy különös faj bacillust tenyészteni: a szénabacillus egy válfaját. Ebből vett tenyészet már 24 óra múlva genyedést hozott létre házinyulak üvegtestében a panophthalmitis tipikus kórképe mellett. Friss földet is oltott be (arról a helyről, hol a sérülés történt) házinyulak szemébe s ugyanilyen eredményt ért el.

Schmidt-Rimpler földből eredő sérülésre tetanust látott kifejlődni. *Sattler* a szintén saprophyta bac. prodigiosussal való fertőzésre látott panophthalmitist bekövetkezni.

Axenfeld Fagenek dolgozatára utal, a mely a szemsérülésekre előállított tetanus-eseteket tárgyalja.

Wolf (Berlin) *villanyos szentülkeivel* teljes látélesség mellett sajátos fényreflexet vett észre egy eseténél, a hol chronikus nephritisre tetta a diagnoszt fél évvel minden nephritikus tünet megjelenése előtt. A rendes maculában látható reflexen a legkisebb niveau-különbség felismerhető a villanyos tükör segítségével. Az ott jelentkező vizenyő kis emelkedésre vezet.

Levinsohn (Berlin) a nyaki sympathicus átmetzésére bekövetkező pupillaelváltozásokat figyelte meg. Ezek az elváltozások a sphineternek paresisére engednek következtetni. Eserin, a világosság, az accomodatio, összetérítés nehezebben szűkítik meg a szembogarat. A bénító curare sokkal nagyobb hatást fejt ki. Grünhagen physikálisan is kimutatta a sphincter elernyedését, de boncztanilag is kimutatható, hogy a sphincter az ilyen szemeken megnyúlt és keskenyebb lett. A dilatator tonusa a sympathicus átmetzése után tartósan meggyengült.

G. Guttmann (Berlin) jó eredményeket ért el az *Angelucci által ajánlott műtéti móddal*. Ez abban áll, hogy a rögzítő csipővel a rectus superior tapadási pontját fogja meg a műtő s ezt tartja az egész műtét alatt. A rögzítő csipő így feleslegessé teszi a szemhéjtartót. (Lásd bővebben Ophthalm. Klin. II. 6.)

Guttmann ezt az eljárást nem csak egyszerű hályogkivonásnál, hanem más szemműtéteknél is (30 esetben) sikerrel használta.

Hamburger (Berlin). *A csarnokvíz eredetéről.* H. vizsgálatai közben arra a meggyőződésre jutott, hogy a sugártestnek, mint a csarnokvíz egyedüli elválasztójának szerepe nem oly feltétlenül bizonyos, mint hirdetik. Az nem is áll, a mit állítanak, hogy a pupillán át szabadon ömölhet a csarnok-víz. Inkább egy szeleplehez lehet hasonlítani. A fluorescein, kis adagban, jelöli a szemben a nedvkeringést.

Augstein (Bromberg). *Látható mozgása a vérnek újon képződött száruhártjai edényekben.*

Előadó észrevette, hogy az edények visszafejlődésekor megszakad a véroszlop s később a vér teljesen eltiünik. Az ilyen új véredényben a vérkeringés szépen megfigyelhető. Izgatott állapotban vagy ha az edények telve vannak, ez nem észlelhető.

Axenfeld rámutat Bajardi közleményére e tárgyról.

Grünert, *Haab* szintén megfigyelték ugyanezt.

Augstein hangsúlyozza, hogy vannak esetek, a mikor rendes ember szemében ez nem látható. (Vége köv.)

Folyóiratok átnézete.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1902. július. *Mayweg*: Mágnes műtétek. *Stock*: A veszületett hályogokról. *Axenfeld* és *Schürenberg*: Vonatkozás a „veszületett cyclikus oculomotorius megbetegedésről” szóló előzőleg megjelent cikkre. *Kayser*: A cornea veleszületett zöldes elszínesedéséről. *Nedden*: A szem mozgási zavarának különös esete. *Gelpke*: Nagy electromágnesek diagnosztikai értékéről. *Roscher*: A conjunctivitis crouposa bacteriologiája. *Pergens*: Szerzett színvakság teljes látélesség mellett. *Cramer*: A szemteke elrozsdásodásának gyógyult esete. *Steffens*: Szemelet erythema exsudativum multiforme Hebrae esetében. *Rindfleisch*: Egy szemhéj pillaszőreinek elszürkülése egy gyermeknél. Augustus—szeptember. *Elschnig*: Histologiai műtermék a látóidegben. *Heimann*: Egyoldali nystagmus. *Rum-schewitsch*: A Krause-féle mirigyek adenomájának esete. *Ugyanaz*: A plica semilunaris túltengésének hét esete. *Steffens*: A chorioidea angioma. *Naito*: Az intrascleralis ideglemezekről. *Sagaguchi*: A chorioidea ruganyos elemeinek viszonya a látóideg belépéséhez. *Segelken*: A könyvesatorna concrementumának esete. *Bergsmann*: Sörétszem subconjunctivális falása.

Zeitschrift für Augenheilkunde, VIII. k. kiegészítő füzet. *Junius*: A conjunctivitis granulosa kórbonczana újabb vizsgálatok szerint. *Bjerke*: Az átlátszó lencse eltávolítása nagyfokú közellátóság miatt. *Golovin*: A kryptophthalmus congenitus bonczana és pathogenesis. 3. füzet. *Augstein*: Tanulmány a cornea és iris véredényeiről. *Stein*: Herpes zoster kíséretében támadt sympathicus bénulás esete. *Koerber*: Megjegyzések az ú. n. „esomós és résszerű” cornea elfajulásokra.

Centralblatt für praktische Augenheilkunde, 1902. augusztus. *Simon*: A Hering-féle kísérlet strabismus esetében. Szeptember: *Partsch*: Metastasis ophthalmia esete. *Kuwabara*: Keratitis punctata superficialis különös esete. *Friedenwald*: A praecipitatumok klinikai jelentősége.

Archiv für Augenheilkunde, XLV. k. 4. füzet. *Hoor*: A glaucomaelenes sympathicus resectio indicatiojának kérdése. *Hirsch*: Sarcoma orbitae. Haemorrhagia retrobulbaris. *Hirsch*: A veleszületett könnyömlőgyuladásról. *Pischel*: A chorioidea angiosarcomájának esete. 4 évi észlelés. *Falta*: A conjunctivitis vernalisről. *Frühlich*: A tenotomia és az izomelőrevarrásról.

Recueil d'ophtalmologie, 1902. augusztus. *Strzeminski*: A szem hysteriás megbetegedésének ritka esete férfinnál. *Valois*: A szem sérülése ólomdarabbal. Szeptember. *Galezowski*: F. Despagne. *Strzeminski*: Iritis acuta kíséretében fellépett glaucoma. *Galezowski*: Az ophthalmia electricáról. *Bourgeois*: A cataracta Morgagniana operálása. *Bourgeois*: A hályog lesülyesztése.

Annales d'oculistique, 1902. augusztus. *Wecker*: A retinaleválás gyógyítása sóoldatnak subconjunctivális és intra-capsuláris befejeszkendésével. *Gonin*: Gyűrű alakú scotomára vonatkozó újabb észlelések degeneratio pigmentosa retinae eseteiben. *Cirincione*: Praelacrymalis tumor. *Ginstons*: Az alkalmazkodás és összetérítés postdiphtheriás benulásának esete. Szeptember. *Nicolaï*: A stereoskopos látás. *Chevalereau*: A myopia teljes kijavításáról. *Vacher* és *Bailliart*: A myopia teljes kijavításának befolyása a növekedésére. *Petit*: Intracranialis megbetegedés tünetei a szemhéjakon és kötőhártyán.

Archives d'ophtalmologie, 1902. augusztus. *Panas*: A corpus ciliare gummairól. *Brissaud* és *Péchin*: Teljes hífidés képét nyújtó agy-syphilis. Szeptember. *Panas*: A cataracta secundaria műtéti kezelése. *Lapersonne*: Hydrophthalmus és cardiovascularis zavarok.

Gyógyászat, 1902. 30., 32. sz. *Vajda*: A trachoma-gyógyítás. 37. sz. *Siklóssy*: Adatok a szemhéjak sebészetéhez.

Orvosok Lapja, 1902. 35. sz. *Fejér*: Szemizom-sérülések.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 30. sz. *Schnabel*: Sympathiás iridoocycylitis. 34., 35. sz. *Falta*: Az iriselősés gyógyítása szemblennorrhoeánál. 35. sz. *Artl*: A trachoma-kezelés réz- és ezüst-citratokkal.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 35. sz. *Elschnig*: A szemgolyó mozgató izmai hatásmódjának diagrammja. 36. sz. *Hoor*: A sympathicus resectio értéke glaucoma eseteiben.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 33. sz. *Leopold*: Az újszülöttek szemlőgójának megakadályozása. *Schoeler*: A kancsalság operálása a m. rect. ext. veleszületett hífidésénél.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 14. sz. *Kron*: Hysteriás vakság. **Le progrès médical**, 1902. 29. sz. *Terrien*: Traumás eredetű ptosis. **Bulletin général de thérapeutique**, 143. k. 23. f. *Laval*: A látás functionális zavarai.

The lancet, 1902. II. 5. sz. *Brooksbank*: A strabismus convergens kezelése.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1902. július. *Monthus*: Szembeli elváltozások xeroderma pigmentosum eseteiben.

Leitner Vilmos dr.

DOLGOZATOK AZ EGYETEMI BŐRKÓRTANI INTÉZETBŐL.

Szerkeszti: NÉKÁM LAJOS dr. m.-tanár.

TARTALOM. Szabóky János dr.: Adatok az atrophia idiopathica cutis aetiológiájához és szövettanához. — Poór Ferencz dr.: Epidermolysis bullosa hereditaria (Köbner). — Poór Ferencz dr.: A verruca senilis szövettanához.

Adatok az atrophia idiopathica cutis aetiológiájához és szövettanához.

Szabóky János dr. v. intézeti tanársegéd.

A VII., VIII. és IX. sz. táblákkal.

1901. május hóban a klinikai ambulancián B. A. nevű 37 éves kovács jelentkezett. A beteg, kit Nékám dr. egyetemi magántanár a központi orvostársulat X-ik ülésén be is mutatott, anamnesisében előadja, hogy 1881-ben bal könyökére izzó aczél cseppent, mely égési sebet okozott, melynek nyomai egyes helyeken ma is láthatók. Más betegségről nem tesz említést.

Jelen bajának kezdetét 1894-re, tehát a trauma után 13 évre vezeti vissza; ekkor minden különös ok nélkül a bőr alszárain s bal alkarján vörösödni kezdett, behalózodott vörös és kék erekkel. A bántalom sem fájdalommal, sem viszketéssel, egy szóval semminemű kellemetlenséggel nem járt. Így a beteg azzal nem törődött, az folyton terjedt, nagyobb mérveket öltött, míg végre az utóbbi években a két boka tájon oly feszsé lett a bőr, hogy a járás is lehetetlenné vált.

A beteg foglalkozásánál fogva — mint maga is jelzi — időnkint igen magas hőmérsék mellett dolgozott, mely után néha gyorsan hidegbe került s így nagyon valószínű, hogy e gyors hőváltozások is szerepet birtak a bántalom létrejöttében. Az ütésnek azonban, melyet 1881-ben szenvedett, az atrophia fejlődéséhez valószínűleg semmi köze nem volt.

A férfibeteg, ki semmiféle terheltégben nem szenved, sem luése nem volt, sem alkoholista, elég jól táplált s fejlett ép csont- és izomrendszerrel bír. Belső szervei épek. Az idegvizsgálat, melyet Reuss Frigyes dr. volt szíves végezni, azt mutatta, hogy a patellaris reflexek kissé fokozódtak, sem hőérzési, sem tapintás érzési eltérés nincs. A bőr villanyos ellenállási képessége rendes; izzadás nem fokozott; vizeletvizsgálat eltérést nem mutat. Beteg közérzetét a lábfejen s a könyökön jelentkező időnkinti fájdalmak zavarják.

A bal könyök felett a felkarnak legalsó harmadán s az alkarok felső harmadán, különösen a feszítő részekben, a bőr livid pirosas színű s míg a könyök felett jól ráncokba szedhető, — melyek elsimulása csak a rendesnél hosszabb idő után következtet be — addig a többi részlet felett helyenkint kissé feszebb, legnagyobb részben azonban mint egy vékony guttapercha-lemez sodorható. Míg a folyamat terjedésénél a széleken inkább arteriosus pir látható, addig a régebbi területeken a lividebb szín a kifejezettebb. Éles átmenet sem az ép és kóros részlet közt, sem pedig az arteriosus és venosus pir közt nincs. A bőrt lupeval nézve, főleg az alkar extensorikus oldalán látjuk a leirt tágult edényeket.

A két czomb legalsó harmadának feszítő oldalán a bőr livid pirosas színezetű s míg ezen livid pir, melyet főleg a tágult vénák hoztak létre, erősebb a patellaris részekben, addig a széleken az élénkebb, a tágult arteriák okozta pir a kifejezettebb. A bőr a patellaris rész felett jól ráncba szedhető, a többi rész felett feszebb, kissé fénylő.

A legutóbb leirt részletekhez majdnem teljesen hasonló képet nyújtanak az alszáraknak főleg a feszítő, kevésbé a hajlító oldalai és a lábát; itt is a pir arteriosus jellege az alszárak legcentrálisabban fekvő részleteitől a bokáig a livid jelleg előnyére mindinkább háttérbe szorul, hogy ismét a bokától, — a hol maximumát mutatja az atrophia, hol a venosus pir is már csak alig látható — a periferia felé alig észrevehetően növekedjék. A bokák felett a bőr igen vékony,

feszés, deszkakeményeségű, helyenkint tapadó ráncokat mutat; a ráncok a hossz tengelyre ferdén, a saroktól a lábát felé haladnak. Az egész terület sárgás színezetet s viaszfényt mutat.

Úgy mint a felső végtagokon, a folyamat itt is diffuse határolódik az ép részlet felé, s míg az helyenkint élénkebb pírral, addig másutt lividebb színezettel történik; az átmeneti éles határ az arteriosus s venosus pir között itt sem kifejezett. Mint az alkar feszítő oldala felett, az alszárak felett is annyira sorvad a bőr, hogy úgy sodorható, mint egy guttaperchalemez.

Egyéb testrészek felett a bőr normális.

Therapia: beteg feküdt, alternative hideg, meleg fürdőt használt; villanyozás mellett állandóan erős higany-salicyl kenőcsöt, massaget alkalmaztunk; naponként háromszor 10 perczig járási gyakorlatokat végeztünk. Ez említett kezelés a fájdalmak megszűnésére, a kemény bőrrészlet tetemes puhulására vezetett ugyan, de a folyamat nem gyógyult.

Szövettani vizsgálat céljából a cyanosisos, kevésbé atrophias részről, a térdből s a teljesen atrophias részről, a lábától történt excisio. Míg a térdből excidált darab nem látszott atrophiasnak, a lábától excidált bőrrészlet vékonyabb volt a rendesnél.

Szövettani lelet.

A Malpighi-réteg igen sorvad, a papillák majd teljesen hiányzanak; a Malpighi-réteg alsó felszine egészen sima, a cutis felső részében a hám alatt vékony világos rész látható, mely valamivel keskenyebb, mint a Malpighi-réteg s melyben csak kevés infiltráló sejtet látunk; ez alatt majdnem a corium alsó részeig egy igen erős infiltratio van jelen, melyben azonban jól ki lehet venni egyes tágult endothellel bélelt nyirkutakat és elég szűk véredényeket; a corium legmélyebb részeiben és a subcutisban az infiltratio már csak alig észlelhető és inkább a veritékmirigyek körül és a nagyobb véredények közelében lévő levált szövetben mutatkozik.

A stratum corneum normális vastagságú s itt-ott igen vékony pörkökkel borított; a stratum granulosumban két-három sejtrétegen át eleidin-cseppek láthatók, a keratohyalin-szemcsék azonban majdnem teljesen hiányoznak; a Malpighi-réteg csak kevés sejtsorból áll s ezek legnagyobb része orsóalakú és a bőr felületével párhuzamosan fekszik; hengeres sejtek alig vannak; a basalis réteg néhol ugyan eléggé kiterjedt pallisid-sejtekből áll, többnyire azonban egészen rövid, szeszélyes alakúak, kivándorolt leukocyták által széjjelnyomottak s néha tetemesen pigmentáltak. Kromayer-féle rostozódás gyengén ugyan, de látható; a sejtek contourja és alakja sokkal normálisabb ott, a hol veritékmirigy-polusok vannak; a kivándorolt sejtek legnagyobb része a mononucleáris leucocytától nem különböztethető meg, vannak azonban nagy számmal olyanok is, a melyek többé-kevésbé köbalakúak, excentrikus világos maggal bírnak, többé-kevésbé granuláltak s protoplasmájuk meglehetősen sötét; tömött sejteket alig lehet találni; mitosisok a készítményen nincsenek; az említett plasmasejtalakok gyakran különböző szeszélyes nyúlványokkal is bírnak; a veritékmirigyek mindenütt normálisak, hajtűszökben s környezetükben nincs lényeges eltérés. Egyes pontokon a véredények rendkívüli kitérülést szenvedtek el, néha egész szivalakú ürok jönnek létre, a melyek vérrel vannak telve; a véredények intimája nem ritkán igen duzzadt s köbalakú, a bennébe erősen befekvő sejtekből áll.

Minél mélyebben vagyunk a subcutis alatt, aránylag

annál tisztább plasmasejt infiltrációt kapunk úgy, hogy egyes helyeken, így a zsírszövetek felszínén csaknem tiszta plasmasejt-infiltrációt látunk.

A ruganyos rostokat részint orceinnal, részint Weigert-féle eljárással festettük. Az orceinnal festett elastikus rostok magatartása igen figyelemre méltó volt, mert számuk a rendeshez képest lényegesen csökkent. Közvetlenül a hám alatt a papillaris hálózat finom rostjai megmaradtak, az azután következő előbb említett erősen infiltrált rétegben alig található fel, nagyobb tömegben csak a veritékgyógyosok között és a mélyebb s durvább kötőszövetben maradtak meg. Az elastikus rostok ezen megfoghatóságának módja, illetve a degeneráció mikéntje nem volt mindig eruálható, kétségtelen, hogy egyes helyeken, a hol csak igen vékony szálcák várhattunk volna, duzzadt, halványabb, homályos contourral bíró rostok találkoztak, azonban szemcsés szétesést, letöredezést, elastorhexist kimutatni nem sikerült; néha úgy tetszett, mintha a rostok szétesésének egyes fibrillákra s a mellett kétségtelen halványabbak.

Egyes helyeken a Weigert-féle festéssel, nagyon kivételesen ugyan, az elastikus rostok egy más magatartását lehetett leírni. Az egyes véredények között, ezeket széjjel tolvá egész piciny golyócskákban az elastikus festést kitűnően adva, mint egy összetöppörödött rostokból képződött tömegecskék voltak.

Az elacin alig mutatkozik; a praeparatumban lévő idegtörzsecskében feltűnően sok a kötőszövet.

Mindezt összevéve tehát a bőrt infiltratio hatja át, a mely különösen a corium felső rétegeire terjed, ott az elastikus rostokat, collagentönkre téve, a véredények és nyirokedények erős tágulására vezetve, a papillákat sorvasztja s a hámot elvékonyítja, az elszarusodást gátolja; a mélyebb rétegekben az infiltratio csak a lazább szöveteket keresi s a destructio sokkal kisebb.

Atrophikus rész. A már teljesen atrophikus rész vizsgálatánál a legfeltűnőbb volt a coriumnak elvékonyodása. Ily helyeken a stratum corneum normális vagy annál még nagyobb vastagságú, azonban még egészen homogén. A Malpighi réteg a rendesnél vékonyabb, a papillák a rendeshez képest laposabbak; a coriumban hegszerű, részben párhuzamos, részben a bőr felületével ferde gerendák húzódnak, az ismert szeszélyes, soknyúlványú, erősen festődő sejtekkel teleszórva, sok helyütt még infiltratio is látszik, melynek legnagyobb részét plasmasejtek képezik, azonban minden átmenet fellelhető a szórva nyosan még mutatkozó típusos lymphocytákhoz. A sejtek egy nagy részében pigmentációt látni, a nélkül azonban, hogy valódi chromatophorak mutatkoznának. A hám s hám alatt sok helyütt apró kis abscessusokat látni.

Az elastikus rostokra való festés alkalmával ismét kitűnt, hogy közvetlenül a hám alatt a papillaris réteg infiltratio-mentes, csakhamar azonban következnek az említett, hegszerű össze-visszafutó gerendák összeszorított, rendetlenül lefutó, szabálytalan elastikus rostnyalábokkal; a véredények itt is több helyütt igen tágak, a nélkül, hogy környékükön a lobos infiltratio megmaradt volna.

A diagnoszt a jelzett tünetek alapján, egy, bár elég gyakran leírt, de mai napig ismeretlen aetiologiájú bántalomra, *atrophia idiopathica cutis progressivára* tettük.

E bántalmat először Buchwald közölte 1883-ban s az idő óta körülbelül 30—32 ily irányú közlemény jelent meg, mely eseteket (természetesen a mennyire az esetleges hiányos adatok engedik) felhasználva a bántalomról a következő adatokat sorolhatjuk fel.

A bántalom okáról csak 15 esetben tesznek említést s míg 12 esetben oki momentumot felhozunk, 3 esetben kiemelik, hogy az ok nem volt eruálható; 6 esetben lehülésből, meghülésből származtatják a bántalmat s míg 4 esetben (Pospelow, Heller, Colombini, Szabóky) absolute más okra gondolni sem lehetett, addig 2 esetben (Huber, Bechert) az atrophiat megelőzőleg más bőrbajok is voltak jelen, melyekről azonban szerzők kiemelik, hogy a bántalommal nem voltak oki összefüggésben; 2 esetben a bántalom születés után lépett fel (Heller, Bruhns); 2 esetben állítólagos ideges tünetek képezték az aetiologiai momentumot (Holder, Breda);

1 esetben Elliot trauma után észlelte a folyamatot. Neumann egy esetben lehetők tartja, hogy a 10 év előtt lefolyt scarlat képezte a bántalom indító okát, Buchwald esetében a bántalom fellépése előtt jelentkező alszárfekelet, mely teljesen gyógyult, nem hozza oki összefüggésbe a bántalommal. 3 esetben a bántalom direkt oka nem volt eruálható (Riedel, Neumann, Krysztallovicz), dacára annak, hogy Krysztallovicz esetében két évvel előbb nedvező eczema s pár héttel előbb trauma volt jelen, melyből azonban a bántalmat nem származtathatta.

A bántalom néha ideges tünetek kíséretében jelentkezett; 10 ily eset van felemlítve. Az ideges tünetek fokozott izzadásban (Pospelow), csökkent izzadásban (Buchwald, Bechert, Krysztallovicz), vasomotorikus zavarokban (Fordyce, Breda), cephalalgiaiban (Breda), hyperalgesiaiban (Touton, Bechert), hyperaesthesiaiban (Riedel) s ideg mentén terjedésben (Bruhns) nyilvánultak.

A bántalom gyakrabban, 56%-ban jelentkezett nőknél 25 közül 14-szer Pospelow, Bechert, Pospelow, Italinsky, Holder, Nikulin, Huber, Riedel, Metscherski, Neumann, Colombini, Rille, Breda, Metscherski s 44%-ban férfiaknál, 25 közül 11-szer (Unna, Touton Bruhns, Grün, Buchwald, Heller, Neumann, Bruhns, Elliot, Krysztallovicz, Szabóky).

A bántalom csak egy esetben lépett fel 16 éves korban; (Neumann) 7 esetben a beteg kora 20 és 30 év közt ingadozott; (Riedel, Heller, Neumann, Bruhns, Nikulin, Breda, Krysztallovicz), 4 esetben 30 és 40 év közt (Buchwald, Bruhns, Rille, Szabóky), 8 esetben 40 és 50 év közt (Italinsky, Grün, Pospelow, Unna, Heller, Elliot, Metscherski) 4 esetben 50 és 60 év közt (Bechert, Holder, Touton és Colombini) s egy esetben 70 és 80 év közt (Huber) jelentkezett a bántalom.

A bántalom tartamáról 19 esetben referálnak s míg az a legtöbb esetben 1—10 év között folyt le (Holder 8, Nikulin 5, Pospelow 2, Riedel 7, Heller 3, Neumann 10, Bruhns 9, Rille 4, Breda 7, Szabóky 7, Krysztallovicz 2, Colombini 3, Huber 9), csak ritkábban tartott 10—20 évig (Italinsky, Buchwald, Metscherski), 30—40 évig (Bechert, Pospelow, Touton). Addig unikumként szerepel Kaposi esete, hol 6 hó alatt a folyamat (juniustól novemberig) az egész testre terjedt el.

A bántalmat kísérő edénytágulatokról 25 esetben tesznek említést s míg azok nagyobb részt venosus tágulatokból álltak s a bőr livid elszínesedését hozták létre, csak ritkábban fordult elő az arteriosus tágulatok által feltételezett élénk piros szíu. Gyakran jelentkezett a venosus és arteriosus edénytágulat okozta elszínesedés együtt. A 24 eset közül 14-szer, tehát az esetek 58,3%-ában jelentkeztek az említett edénytágulatok, az atrophiat megelőzőleg.

A bántalom 12-szer kezdődött a periferikus részeken s míg néhány esetben evidenter csak centralisan terjedt, akárhány esetben centralisan és a periferia felé is haladt e folyamat. Ritkán volt az ép és a bántalmazott bőrrészek között a határ élesen megvonható, inkább diffuse, határ nélkül terjedt a folyamat. Találtam eseteket leírva, hol helyenkint diffuse terjedt a folyamat, másutt pedig éles határ volt vonható ép és bántalmazott terület között.

A localisatio igen különféle volt s ha áll is az, hogy a leggyakrabban a végtagokon, többször a felső, kevésbé az alsó végtagokat érte a bántalom, több esetben le van írva az a test egyéb részein is. Csak ritkán localizálódott az arczon (Bronson, Breda, Lang), nyakon (Bronson, Touton) s nyelven (Hlawtscha).

Többen végeztek szövettani vizsgálatokat, (így: Riedel, Heller, Huber, Colombini, Bechert, Bruhns, Buchwald, Elliot, Pospelow, Unna, Touton a bántalom 1—1 stadiumában, Neumann 2 esetben, Krysztallovicz 3 stadiumában, magam pedig az eset két stadiumában), de ezek csak főbb vonásaikban egyeznek; ennek oka, mint azt Krysztallovicz is helyesen jegyzi meg, az, hogy a bántalom progressiv jellegű lévén, a szövettani vizsgálatok valószínűleg a bántalom különböző stadiumában történtek.

Ez utóbbi megjegyzés bebizonyul alábbiakban, hol az egyes szerzők által leírt szövettani leleteket, a saját esetemben nyert leletekkel igyekszem összehasonlítani.

A térdről excindált bőrrészlet makroszkopice sem mutatott vékonyodást, hanem, mint Krysztallovicz esetében, csak keményebb tapintatú volt; a lábtőről vett atrophikus bőrrészlet vékonyodott.

Esetem első stadiumában alig, második stadiumában nagyjában egyezők voltak észleleteim Buchwald, Touton észleletével, kik a bőr in toto vékonyodásáról, Bechertével — ki az epidermis vékonyodásáról tesz említést — bár rétegenként az egyes bőrrészleteket egyik sem tárgyalta.

A stratum corneum, esetemben az első stadiumban meglehetősen normalis vastagságú volt s itt-ott igen vékony pörkkel volt borítva. Colombininak, Pospelownak s Krysztallovicznak harmadik stadiumban leirt észleletét, hogy a stratum corneum a normalisnál vékonyabb lett volna, nem találtam s ha észleleteikkel ellentétben voltak is helyek, hol a stratum corneum a normalishoz képest kissé vastagodott volt, mint azt Huber is helyenkint leírta, daczára annak, hogy általában mérsékeltlen vékonyodottnak találta a stratum corneumot — oly mértékű vastagodás, mint azt Krysztallovicz leírta, (az epidermisnél vastagabb) nem volt soha észlelhető. Parakeratosis, mint azt Heller leírta, nem volt jelen.

Esetem második stadiumában a stratum corneum helyenkint normalis kiterjedésű, másutt meglehetősen egyenletesen volt vastagodva, szemben Neumann esetével, ki azt helyenkint egyenetlenül vastagodottnak írta le; a stratum corneum homogen volt, néhol tényleg vastagabb volt az alatta fekvő epidermisnél, mint azt Krysztallovicz esetének első stadiumában találta; a stratum corneum helyenkint szalag alakban vált le, mint Neumann esetében; parakeratosis itt sem találtam, de helyenkint a hámban göcsövi kicsinységű abscessusok voltak jelen.

A stratum granulosum esetünk első stadiumában soha nem hiányzott s így ellentétes észleletünk Hellerrel s Neumann II. esetével, kik a stratum granulosum helyenkinti hiányát s Krysztallovicz III. stadiumában leirt észleletével, ki a stratum granulosum teljes hiányát írta le; egyezik azonban észleletünk Colombini, Huber, Neumann I. esetében Krysztallovicz esetének I. és II. stadiumában leirt észleletével. A stratum dentatum csak kevés sejtsorból áll s így egyezik észleletünk Neumann 2. esetében leirt, Colombini és Unna észleleteivel, kik a stratum dentatumot atrophikusnak írták le; a sejtek a horizontális tengely irányában fekszenek, orsó alakúak s itt egyezik észleletünk Unna, Huber s Krysztallovicz I. stadiumában leirt észleletekkel. A stratum basale néhol ugyan eléggé kiterjedt palliad sejtekből áll, többnyire azonban egészen rövid, széles alakúak, kivándorolt leukocyták által szétnyomottak, (Krysztallovicz nem látta soha, hogy a leukocyták az epidermisig vagy abba hatoltak volna, Neumann azonban leírta) néha tetemesen pigmentáltak voltak, mely utóbbi tény Colombini s Huber is esetükben leírták. Krysztallovicz azonban a pigmentet normalis mennyiségűnek találta.

Esetünk II. stadiumában majd ugyanaz a kép tárult elénk; a Malpighi-réteg a normalisnál vékonyabb, a basalis rétegben a pigmentatio erősebb (mint azt Huber s Colombini leírták, ellenben normalisnak Krysztallovicz találta) a nélkül, hogy valódi chromatophorák mutatkoztak volna.

Esetemnek főleg első stadiumában láttam jól kifejezve a papillák lelapulását, elsimulását, úgyannyira, hogy a corium és epidermis közti határt jóformán egyenes vonal képezte, kevésbé voltak a papillák elsimulva esetem II. stadiumában. Az említett észlelettel majd az összes szerzők észlelete nagyjában egyező; Bruhns, Bechert, Riedel, Pospelow, Colombini, Neumann, Huber, Krysztallovicz, Buchwald.

A coriumra vonatkozólag az észleletek majd mind egyeznek; majd mind annak infiltratioval való áthatottságát írják le; az eltérések csak az infiltratio localisatióját s kvalitását illetőleg állanak fenn. Míg egyesek az infiltratióknak inkább csak edény és mirigyek körüli localisatióját írják le (Colombini, Huber, Buchwald), addig mások Neumann, Krysztallovicz mi s mások az infiltratiót a többi corium részletekben is láttuk. Az infiltratiót Krysztallovicz az alsó cutis részletekben erősebbnek találta. Bechert, Neumann s mi vele ellenkezőleg azt a felső részletekben találtuk kifejezettebbnek s míg Krysztal-

lovicz a felsőbb részletekben látja az infiltratio elhelyeződését inkább az edények körül, addig Neumann és mi az elhelyezési módot inkább az alsóbb részletekben látjuk praeválálni. Krysztallovicz esetének II. stadiumában az infiltratio tetemesen csökkent. Míg Colombini, Buchwald kissejtes, Neumann gömbsejtes infiltratiót ír le s utóbbi helyenkint talált hizlalt sejteket is, addig Unna, Krysztallovicz, Huber, főleg plasma-sejteket talált; a mi esetünkben Neumannal ellentétben hizlalt sejteket nem találtunk, de találtunk plasma-sejteket, sok leukocytát, mely utóbbit Krysztallovicz nem találta.

Esetünkben az első stadiumban, mint azt Colombini is leírta, jól ki lehetett venni egyes tágult endothellel bélelt nyirkutat; a véredények helyenkint elég szűkek voltak, másutt azoknak egyes pontokon erős kitágulását láttuk, melynek folytán néha egész szivalakú ürök jöttek létre, melyek vérrel voltak telve (Colombini); a véredény intimája nem ritkán igen duzzadt s köbalakú a bennébe erősen befekvő sejtekből állott. A véredények számban mintha szaporodtak volna (s itt találkozunk észleletünk Heller, Neumann, Huber észleletével, de *ellenkezik Krysztalloviczével.*)

Az izomrostok, mint Pospelow és Colombini is leírták, infiltratioval áthatottak, duzzadtak voltak, de atrophikus izomrostokat, mint azt Colombini esetében, nem találtunk. Az idegtörzsecskékben feltűnő sok volt a kötőszövet. Nem találtam az idegrostok csavarodott lefutását, mint azt Neumann leírta.

Esetemben a II. stadiumban az edények nem voltak megszorodva, (s itt találkozom Krysztallovicz észleletével) helyenkint tágultak voltak, de környékükön a lobos infiltratio nem maradt meg.

Esetemben az I. stadiumban sem a veritékmirigyek, sem a faggyúmirigyek száma nem fogyott meg, a folliculusok elég bőven voltak jelen; mindenütt normalis szerkezetet mutatnak, környezetükben nem mutatkozott egyéb eltérés, mint az infiltratio, mely azonban az egész coriumra is jellegző volt s így Krysztallovicz első stadiumában nyert leleteket kivéve, leitem az összes szerzők leleteivel ellenkezik. Buchwald s Bechert a veriték- s faggyúmirigyeket csak gyéren találta, Pospelow s Colombini esetében a veritékmirigyek s kivezető csöveik foetushoz hasonlóak voltak, a faggyúmirigyek s hajtűszők atrophizáltak voltak. Neumann esetében sem ép veritékmirigy, sem ép veritékmirigy kivezető csövet, ép faggyúmirigy nem talált. Huber főleg a hajtűszők, kevésbé a faggyúmirigyek s veritékmirigyek számát találta csökkenve. Krysztallovicz első stadiumában alig volt más elváltozás, mint a folliculusok, hajtűszők s faggyúmirigyek körül fekvő infiltratiók, 2-dik s 3-dik stadiumában a veritékmirigyek ferde fekvését a kivezető csőnek szűkült lumenjét, a faggyúmirigyek s hajtűszők atrophizációját írja le.

Esetemben a 2-dik stadiumban (lábtőről) a veritékmirigyek relative csökkent számmal voltak jelen, folliculust egyet sem találtam.

Esetünkben az I. stadiumban az elastikus rostok, mint azt a legtöbb szerző leírta (Buchwald, Touton csak kisebb mértékben, Colombini, Unna, helyenkint Krysztallovicz) számban lényegesen csökkentek; e megfigyelésnek, illetve degenerationak mikéntjét nem tudtuk eruálni; közvetlenül a hám alatt a papillaris hálózat finom rostjai megmaradtak, mint azt Huber, Neumann is leírják, az infiltratióban is ép úgy mint előbbi két szerző találta, csak igen ritkán lehetett ruganyos rostokat látni. A ruganyos rostok látszólagos szaporulását, mint azt Huber, Heller s helyenkint Krysztallovicz leírják, nem láttam, de a Weigert-féle festékekkel egy még eddig le nem írt különös magatartását észleltem a ruganyos rostoknak, t. i. azt, hogy egyes véredények között egész picziny golyócskák, összetöppörödött rostokból képződött tömegecskék voltak jelen.

Esetemben a 2-dik stadiumban a kötőszövet és a ruganyos rostok számának csökkenése van jelen.

A fentebbiek alapján véleményem a bántalomról más szerzőkkel együtt a következő: a szövettani leletek legnagyobb része azt mutatja, hogy egy chronikus lobfolyamattal állunk szemben, melynek következménye az atrophia. Esetemben

semmi támpontot a naevussal való hasonlatosság felvételére nem találtam. Az aetiologia egyáltalán nem világos, a localis indító okok fontosságán kívül bizonyos dispositióknak is szerepet tulajdoníthatunk s ezekre nézve az angioneurotikus, tropho-neurotikus stb. teoriák egyformán érvényben lehetnek. Kétségtelen csupán az, hogy hasonló klinikai s histologiai folyamatok különböző okok folytán jöhetnek létre; aetiologia szerint azonban már ma delapidálni e tünetsoportot korainak tartanám.

Mint eddig le nem irt leletekre, az elastikus rostok sajátosságos magatartására s a hámban mutatkozó parányi abscessusokra hívom fel a figyelmet.

Végül midőn az esetnek átengedéseért s a szövettani vizsgálatoknál nyújtott szíves útbaigazításokért igen tisztelt főnökömnek Nékám Lajos dr. egyetemi magántanár úrnak hálás köszönetet mondok, egyúttal Pertik Ottó egyetemi tanár úrnak is köszönetemet fejezem ki azon szívességéért, hogy a szövettani vizsgálatok végzésére helyet adott.

Irodalom.

- Colombini*: Klinische und histologische Untersuchungen über einen Fall von idiopathische Atrophie der Haut. — Monatsh. f. pr. Derm. XXVIII. 2.
- Neumann*: Über eine seltene Form von Atrophie der Haut. — Arch. f. Derm. u. Syph. 1898. XLIV.
- Neumann*: Ein Fall von idiopathisch. Hautatrophie. — Verhandlungen der Wiener Derm. Gesellsch. Sitz. 12. Apr. 1899.
- Italinsky*: Ein Fall von Atrophia cutis idiopathica acquisita. — Medicinskoje obosreniji 1901. február.
- Hlawa*: Venerologische u. Dermatolog. Gesellsch. in Moskau. — 24. ülés 1897. október.
- Nikulín*: Atrophia cutis idiopathica. — Moskauer Derm. Gesellsch. 1897.
- Grön*: Diffuse idiopathische Hautatrophie. — Norsk. Mag. f. Laegevid. 1891.
- Buchwald*: Ein Fall von diffuser idiopathischer Hautatrophie. — Arch. f. Derm. u. Syph. 1883. XV.
- Kaposi*: Arch. f. Derm. u. Syphil. 1897. II. 413. (XXXIX.)
- Lang*: Ibidem.
- Pospelov*: 1. Cas d'une atrophie idiopathique d. l. peau. — Annal de Derm. et Syph. 1886.
- Pospelov*: 2. Fülle idiopath. Hautatrophie. — Med. Obosreniji 1887.
- Touton*: Über einen Fall von erworbener idiopathischer Atrophie der Haut. — Dtsch. Med. Wochenschr. 1886.
- Bruhns*: Annal de Derm. et de Syphil. 1886.
- Bruhns*: Ein Fall von idiopathischer Hautatrophie. — Verhandlung der Berliner dermat. Gesellsch. Sitzung Nov. 13. 1900.
- Rille*: Atrophia cutis idiopathica. — Wien, dermat. Gesellsch. 1898.
- Holder*: Ein Fall v. idiopathischer Hautatrophie. — New-Yorker Dermatologische Gesellsch. Sitzung 271.
- Bechert*: Über einen Fall diffuser idiopathischer Hautatrophie. — Arch. f. Derm. und Syph. 1900. LIII.
- Huber*: Über Atrophia idiop. diff. progress. cutis im Gegensatz zu seniler Atrophie. — Arch. f. Derm. u. Syph. 1900. LII.
- Riedel*: Idiopathische progressive Hautatrophie. — Arch. f. Derm. u. Syph. XLVIII.
- Heller*: Über die idiopathische Hautatrophie. — Festschr. f. Neumann 1900.
- Breda*: Contributo all'atrophia idiopath. della pelle. — Festschr. f. Kaposi 1900.
- Bronson*: Atrophia cut. idiopat. — Sitzungsber. New-York. Ges. 1885.
- Fordyce*: Symmetrische Atrophie der Haut. — Arch. f. Derm. u. Syph. XLVI.
- Elliot*: Ein Fall von idiopathischer Atrophie der Haut. — Journ. of cut. and g. u. 1895.
- Metscherski*: Atrophia cut. idiopath. et sclerodermia. — Gesellsch. in Moskau 1899.
- Metscherski*: Zwei Fälle von idiopathischer Hautatrophie. — Venerologisch-dermatologische Gesellschaft zu Moskau, Sitzung vom 9/22. November 1901.
- Unna*: Ein Fall von idiopathischer diffuser progressiver Hautatrophie. — Festschrift Neumann.
- Krysztallovicz*: Ein Beitrag zur Histologie der idiopathischen diffusen Hautatrophie. — Monatsh. für prakt. Dermat. XXXIII. 8. sz.

Ábramagyarázat. (VIII—IX. tábla.)

- str. c.* = stratum corneum. — *str. m.* = stratum malpighi. — *str. subp.* = stratum subpapillare. — *E.* = rugalmas rostok. — *a.* = arteria. — *gl. su.* = veritékmirigy. — *d. su.* = veritékmirigy-vezeték. — *I.* = infiltratio. — *v.* = vena. — *N.* = nervus.
- VIII. t. 7. Metszet atrophias stádiumban. A collagen-szövet sorvadás miatt a rugalmas rostok nagy tömegekké zsugorodtak össze.
- VIII. t. 8. Ugyanazon anyag mint a 7. ábrán methylenkéssel festve.
- IX. t. 6. Methylenkéssel festett metszet az infiltrációs stádiumból. Erős sejtes beszűrődés a capillarisek és veritékmirigyek körében.
- IX. t. 5. Weigert-féle festés az előbbi anyagból. Az elastikus rostok között még bőséges collagen-szövet van.

Epidermolysis bullosa hereditaria (Köbner).

Irta *Poór Ferencz* dr. tanársegéd.

— A XII. és XIII. számú táblával. —

Az epidermolysis bullosa hereditaria (Köbner) úgy a pathogenesis, mint az aetiologia szempontjából véve ma még egyike a homályban levő bőrmegbetegedéseknek. Ritka előfordulását tanúsítja, hogy eddig az irodalomban csak mintegy 25 eset van feljegyezve. Nékám 17,916 bőrbajos klinikai és 52,470 kórházi betegen alapuló statisztikája szerint Budapesten 18,000 bőrbajos betegre jut egy epidermolysisben szenvedő. (1900:0'06.)

A budapesti egyetemi bőrkórtani intézetben 1901. évi április 9-ikén jelentkezett egy epidermolysises beteg, kinek kórtörténetét az alábbiakban közlöm.

B. J. szolga leánya, 3 éves. *Körelőzmény*: Szülői semminemű bőrbetegségben nem szenvedtek. At-ai ágról az epidermolysisek semmi nyoma, de mutatkozik a terheltég, habár csak korlátozott mértékben az anyai ágon. Anyjának fivére valami hólyagos megbetegedésben szenved, valamint annak kis leánya is. Sajnálatomra e betegeket nem láthattam. Anyai nagyszülőkről betegünk anyja nem tud felvilágosítást adni. A gyermek 3 testvére ép és egészséges. Mint anyja előadja, a beteg három napos kora óta szenved e hólyagképződésben, mely nyáron sokkal intenzívebb, mint a hűvösebb időszakokban. (Anyja a terhesség alatt való gyomor-zavarokkal hozza összefüggésbe az affectiót.) Nyálkahártyákon hólyagképződés sohasem fordult elő. A hólyagok érintésre fájdalmasak.

Status: A gyermek korához képest jól fejlett, intelligens. Nyálkahártyák élénk rózsaszínűek és semminemű kóros elváltozást nem mutatnak. Panniculus megtartott. Csont, s izomrendszer, mell- és hasfáris szervek épek. A has bőrén különböző serpiginosus, körkörös rajzolatok alakjában látszanak a gyógyult hólyagok helyei barnás festenyzettségű konturokkal. *Heg, atrophias bőrrészlet, köröm dystrophiáknak vagy epidermiscystáknak sehol semmi nyoma.* A mesogastriumban a linea albában egy lencse, a linea albatól jobbra, a regio infraumbilicalisban egy mogyoró s egy köleszem mekkoraságú, a jobb talp közepe táján egy nagyobb, diónyi nagyságú ovalis, kékesszínű, elevált, megfeszült s egy kisebb, fehérszínű nagy mogyorónyi, a sarkon egy az Achilles-in tapadásáig felterjedő hólyag észlelhető. A lábujjak között olvasószertűen elrendeződött néhol összefolyó hólyagsor. A bal talpon úgy, mint a lábfej dorsalis felszínén s az alszáron a fossa poplitea táján, de kiváltképpen mindkét kézfejen s az ujjak között kisebb-nagyobb fehér és kékesszínű elszórt hólyagok, melyeknél az újabbban képződötték közül néhány keskeny hyperaemiás udvarral bir. A hólyagok megnyitásakor vagy viztiszta vagy alig észrevehetően závaros serum ürül. Felszúrásra egyenletesen ürülnek, lelapulnak s ilyenkor a hólyag födele finoman ránczos. Steril Pravaz-fecskendővel kiszíva egy hólyag tartalmát, abban néhány fehér, felhőszerű foszlány látható. Vegyhatása alkalikus; tisztán vagy sav hozzáátételével főzve, benne durvább vagy finomabb alvadék keletkezik. Feltűnő volt, hogy — úgy mint *Blumer* esetében — a kékesszínű hólyag megnyitásakor is tiszta serum ürült s a hólyag födelét lupeval szemügyre véve, látható volt, hogy a hólyag kékes színét is az okozta. A hátón a szikenyelét végighúzza, néhány pillanat múlva gyorsan eltűnő hyperaemiás vonal mutatkozik. Vizelet tiszta, átlátszó, szalmasárga fajsúlya 1019, gyengén savi vegyhatású. Fehérjét nem tartalmaz. Hőmérséke normalis.

Az eset méltatásához szükségesnek vélem, hogy legalább röviden érintsem az epidermolysis bullosa hereditaria tanának mai állását.

Bizonyos egyének bőrén kora ifjúságuktól, esetleg születésüktől fogva már igen kiséfokú erőművi külső behatásra különböző mekkoraságú hólyagok támadnak. Hogy a bőr e hajlamossága a hólyagképződésre nem az intrauterinalis életben, hanem csak a méhen kívüli életben veszi kezdetét, azt bizonyítja az, hogy oly nagyfokú trauma, a melyent a szülés mechanikája képez, nem idéz elő hólyagokat. A hólyagok morfológiailag nem különböznek azoktól, melyeket pl. sporttal (evezés, tornázás, vivás stb.) vagy szokatlan nehéz munkával foglalkozók kezükön kapnak s csakis a betegek bőrének fokozott érzékenysége minden, már igen kiséfokú külső, erőművi behatás irányában képezi a rendellenességet. A hólyagok nemcsak a bőrön, hanem néha a nyálkahártyákon, sőt nagyon ritka esetekben kizárólag az utóbbiakon (*Spiess*) mutatkozhatnak, habár az esetek többségében csak a bőrre szorítkoznak. *Spiess* esetében a szájüreg, a nyelv, torok és oesophagusra lokalizálódott a megbetegedés, fájdalmassá, sőt majdnem lehetetlenné téve a normalis táplálkozást. A hólyag gyorsan, $\frac{1}{2}$ —3 órával a kiváltó trauma után lép fel s miut már *Blumer* megjegyezte, rendesen nagyobb kiterjedésű mint a bőrfelület azon része, melyre az illető erőművi inger közvetlenül hatott. Esetünknel mi is tapasztaltuk, hogy egy szikenyel hegyével történt erős nyomás után a beteg jóval nagyobb

hólyaggal jelentkezett. Érdekes néhány autornak azon tapasztalata, hogy chemiai ingerekre (jodtinctura, hólyaghúzó tapaszok) az ily beteg bőre sokkal renyhébben reagál mint normalis, ép egyéneké. (Blumer stb.) Esetemben, összehasonlítást téve egészséges egyénekkel, a hólyagképződést *cantharidin-tapaszkalmazása mellett a rendes időben láttam fellépni, úgy, hogy — nézetem szerint — ha van is e szempontból eltérés az epidermolysises és ép bőr között, úgy az oly minutiosus, hogy abból oly következtetést, mintha a bőr chemiai ingerekre is abnormalisan reagálna, levonni nem lehet.* A hóhatásokat illetőleg Hallopeau és Leredde kiemelik, hogy nagyon meleg fürdő a hólyagképződést elősegíti. Stelzle esetén az epidermolysisen szenvedő beteg arcán a fogfájás ellen alkalmazott meleg kamillatea-borogatás váltotta ki. Már az első észlelők egyike Valentin is feljegyezte, a mit jelen esetben is észleltem, hogy nyáron a hólyagképződés sokkal intensívabb, mint a hidegebb időjárás szakában. Észlelése több oldalról is megerősítést nyert, sőt Köbner egyik esetében a hólyagképződés kizárólag tavasztól ősziig tartott, hogy télen szünetelve a következő tavasszal ismét kiújuljon. Köbner e tünetnél az izzadtság maczeráló hatásának tulajdonított szerepet, mely nézete több oldalról elfogadásra is lett.

A hólyag fellépését csak kiskökü, gyorsan múló hyperaemia előzi meg. E hyperaemiának a hólyag fellépése után való gyors elmúlása az első észlelők némelyikét arra a téves fel-fogásra vezette, hogy e hólyagok minden előrement hyperaemia, a véredények aktív részvétele nélkül fejlődnek. Hogy e fel-fogás hibás s a véredények igenis aktív részt vesznek az affectióban, azt bizonyítja az is, hogy az Esmarch-pólyával vértelenített végtagon még nagyobb fokú traumára sem lép fel addig hólyagképződés, míg az ischaemia fennáll.

Nagyobb fokú erőművi behatás esetén a hólyagtartalom haemorrhagiás is lehet. A hólyagtartalomban Török és Vass 2·08% fehérjét mutattak ki. Colombini negatív eredménnyel felelt meg a tengerimalac bőre alá és peritonealis üregébe. Ugyancsak negatív eredmény kísérte kitenyésztési kísérleteit. Fontosságot tulajdonít azon ptomainok, leukomainok és toxinoknak, melyeket a folyadékokban talált. Vizsgálati eredményei azonban eddigelé nem nyertek más oldalról megerősítést.

Gyógyulás a hólyagtartalom beszáradásával új stratum corneum képződésével, illetőleg a stratum Malpighi elpusztult rétegeinek regeneratiojával heg nélkül, ideiglenes pigmentációk hátrahagyásával történik. Ha a hólyag elemelkedett födele az új epidermis képződése előtt választatott le, esetleges pyogen infectiók révén genyedés és ulceratiók származhatnak.

A megbetegedés az egyén ifjúkorában legvehemensebb s az előrehaladó korról enyhül, a nélkül azonban, hogy teljesen megszűnjék. Gyógyult esetet eddig csak Michaelson említ egy 72 éves nőnél, kinél 10 év óta a hólyagképződés elmaradt Valentin az enyhülés kezdetét a pubertás idejére teszi. Interkurrens betegségek nem befolyásolják a körlefolyást. Valentin pneumoniát, Köbner ileo-typhust és meningitist, Colombini typhust említ epidermolysises betegeinél, a nélkül, hogy a dermatosisban változás jött volna létre. Nézetünk szerint kiváló figyelmet érdemel Wilhelm esete, hol az epidermolysis Quinke-féle oedemával s profus hasmenéssel társult. A prognosis quoad vitam jó, quoad sanationem kilátástalan. A bőrnek e fokozott érzékenysége már kiskökü erőművi ingerek irányában öröklött hajlamként áll fenn egyes családokban. Bonaiuti pl. egy családban hatodiziglen mutatta ki s e család 63 tagja közül 31-nél (16 férfi, 15 nő) volt jelen az epidermolysis, Valentin egy család 11, Michaelson 12, Goldscheider 7 tagjánál, Török negyediziglen 10 családtagnál konstatálhatta. Érdekes, hogy midőn Bonaiuti ugyanazon városban az epidermolysis egy újabb esetére akadt, sikerült kimutatnia, hogy az illető törvénytelen gyermek atyja a fentebbi családból származott.

A megbetegedést régebben a pemphigusok nagy csoportjában tárgyalták. S habár már Hebra F. is emliti futólag a „pemphigus hereditariust“, az első e tárgyú közlemények Angliában jelentek meg. Tilbury Fox „congenital ulceration of the skin with Pemphigus eruption and arrest of development generally“ czím alatt 1879-ben, majd utána Payne (1882), Wickham Legg (1883), majd ismét Payne (1884. és

(1885.) két esetet „traumatic bullous affection resembling Pemphigus“ elnevezés alatt közölt. A kontinensen Goldscheider (1882) ragadta ki a megbetegedést a pemphigus-csoportból s irányította rá a figyelmet. Majd Valentin (1885), Joseph (1886) és Blumer foglalkoztak esetek közlése mellett a megbetegedéssel, hereditaer hólyagképződési hajlamnak nevezve azt, míg később általánosabb elterjedésre tett s.ert a Köbner által (1886) ajánlott epidermolysis bullosa hereditaria elnevezés. Már ezen elnevezés alatt közölték eseteiket Bonaiuti (1890), Lesser (1893), Wechselmann, Hoffmann, Elliot (1895), Varga, Török (1897), Grünfeld W. Beatty (1898), Colombini, Michaelson, Stelzle és Russel (1900)

Még kétséges, vajjon az epidermolysis b. h.-val lényegében egyező megbetegedést képeznek-e a hereditaer hólyagképződésnek azon megjelenései, melyet a fentebb vázolt tünetek mellett, dystrophiák, bőratrophia és epidermiscysták fellépése jellemez. Hogy csak egy esetet említsünk, pl. Philippson esetében, mindkét mutatóújjon a hólyagképződést az utolsó phalanxok teljes necrosis követte.

E megbetegedést Tilbury Fox után Hallopeau 1896-ban még mint önálló kórindivídumot ismertetett (dermatite bulleuse hereditaire et traumatique), de 1898-ban már mint az epidermolysis b. h. egyik alakját fogta fel, melyhez a Vidal által 1889-ben „lésions trophiques d'origine congénitale à marche progressiv“, Besnier által (1889) „ichthyose a poussées bulleuse“, Brocq által (1890) „pemphigus successif à kystes epidermiques“ elnevezés alatt leírt esetek is tartoznak. A Róna (1899) és Csillag által közölt két eset, valamint Herzfeld (1893), Bowen (1898), az említett Philippson (1900) és Bettmann (1901) Schmiedt (1901) esetei is e 2 utóbbi csoporthoz sorolhatók.

Észlelt esetünk az előbbi, Köbner-féle typhushoz tartozván, kizárólag arról szólunk, a nélkül, hogy az összetartozás kérdésében állást foglalnánk.

A megbetegedés pathogenesisét és aetiologiáját illetőleg a nézetek megoszlanak. A bőr véredényrendszerében, noha más-más értelemben keresik a megbetegedés kútforrását Klebs, Blumer, Elliot, Török. Klebs Blumer esetét histologic vizsgálva sejtekben, rendkívül gazdag embryonalis jellegű véredényeket talált („dysplasia vasorum“), melyet egyezőeknek tart a haemophilianál előjövő véredény-elváltozásokkal. Véleménye alapján Blumer az epidermolysist összeköttetésbe hiszi hozhatni a haemophilával s azt az utóbbi rudimentaris alakjának tartja (angiopathia). Török 1897-ben úgy nyilatkozik, hogy a megbetegedés lényege az edényrendszerben keresendő oly értelemben, hogy a capillarisek erőművi ingerek irányában fokozott ingerlékenységet mutatva bocsátanak ki serumot, 1901-ben odakonkludál, hogy az epidermolysissnél az erőművi inger befolyása alatt a praedisponált edényfal változik meg, úgy hogy alkalmassá válik a fehérnyés serum átbocsátására. Tehát az affectio lényegét az edényfal elváltozásában keresi.

Goldscheider, Valentin, Köbner, Caspary, Joseph, Behrend, Lesser stb. öröklött hajlam alapján a stratum Malpighi sejtjeinek meglazult összefüggésében, azaz az Auspitz értelmében vett akantholysisban, melyet secundaer exsudatio követ, keresik a megbetegedés kútforrását. Hallopeau és Leredde mint angioneurosis fogják fel. Kaposi az urticaria factitiával hozza összefüggésbe s Lustgarten az urticaria extrem fokozódásának tartja. Grünfeld mint a hyperhidrosis következményét, míg Colombini mint az organismus auto-intoxicatióját fogja fel. Blaschko szerint nem annyira betegség, mint inkább Weismann értelmében vett esiranomaliával van dolgunk. Wilhelm, ki — mint említettük — a Quinke-féle oedemával látta társulni, a két megbetegedést egymástól csak quantitative tartja különbözönek s szerinte a fő különbség az, hogy míg a Quinke-féle oedemánál a serum a bőr egész átmérőjében lép föl, addig az epidermolysissnél a transsudatio csak a bőr felületes rétegeiben okoz elváltozásokat.

Az anatómiát illetőleg még vitás, vajjon a hólyagok kizárólag a stratum corneum, az összes hámrétegek vagy a stratum Malpighi részleges leválása által képezetnek-e. Eltérők a vizsgálók eredményei azon pontot illetőleg is, hogy a szóbanforgó laesionál kizárólag physikai behatás alatt képződött elemelődési hólyagok vannak-e jelen vagy pedig a colliquatiós degeneratio folyamatával is találkozunk-e. Ily degene-

ratív folyamatot *Elliot*, *Blumer* és *Klebs* irtak le, míg *Bonaiuti*, *Török* és *Colombini* esetén az hiányzott.

Esetünkél egy körülbelül 4 óra óta fennálló alig észrevehető hyperaemiás udvarral bíró hólyagot excidáltunk a bal kézfej ulnaris ízülete felől a szövettani vizsgálat céljaira.

A metszetek görcsői vizsgálata a következőket mutatta:

A hólyag fűdelét a némileg elvékonyodott szaruréteg képezi. A hólyagtartalom detritusában sejttörmelékek s néhány fehér vérsajt van. A hólyag üre által a str. Malpighi folytonosságában meg van szakítva. A hólyag alapját már nem az epidermis, hanem az irha papillaris rétege képezi. A hólyagür körül a tüskésejtek egyrésze nyúlványait veszve legömbölyödött, míg mások a bőrfelszínre merőlegesen megnyúltak. E megnyúlt sejtek, valamint a legömbölyödöttek egy részének protoplasmája duzzadt, kevésbé festődő. A hólyag távolabbi környezetében is az egyes sejtek közötti hézagok kiszélesedettek látszanak. A papillák a hólyagnak megfelelő részen elpusztultak. Úgy a papillaris rétegben, mint a corium mélyebb részeiben levő kötőszöveti sejtkötegek közötti hézagok erősen kiszélesedettek s a kollagen rostok duzzadtak. Vérédenyek tágultak, tátongók s lefutásuk mentén kisebb-nagyobbfokú beszűrődés észlelhető, mely perivascularis infiltratio magánál a hólyagnál nagyobb területre terjed.

Mellékelt két reproductio közül az egyik (L. 4. ábra) egy már a szarurétegig emelkedett hólyagképződést tüntet fel, melynél a Malpighi-réteg egy része még nem pusztult el, hanem még mintegy válaszfalat alkot a két hólyagür között.

Másik reproductiónk (L. 3. ábra) egy mikroszkopikus hólyag képződésének helyéről nyújt felvilágosítást. E képen tisztán látható, hogy a hólyagképződés ezen esetben nem az epidermisben, mint az észlelők legnagyobb része tapasztalta, hanem a corium legfelsőbb rétegében, a papillában indul meg.

Esetünkél tehát a véredények körül jelenlevő beszűrődés az affectio lobos voltát jelzi, míg abból, hogy az edények környéke a hólyagnál sokkal nagyobb területen vannak beszűremkedve, következtünk, hogy a primær momentum a véredények elváltozása, melynek következménye azon nagyfokú ex- és transsudatio, mely a sejtek cohaesióját meglazította.

Weidenfeld és *Merknek* a hólyagképződés physiológiájáról közölt tanulmányaira támaszkodva, következőleg hisszük magyarázhatni az erőművi behatás és az epidermolysis bullosa hereditariában megbetegedett egyénnél előforduló hólyagképződés között fennálló viszonyt:

A legkisebbfokú erőművi behatásra (mely hólyagképződésre nem hajlamosított, bőrön még semmi elváltozást nem okoz) a hereditær praedisponált véredények kisebb mennyiségű exsudatióval reagálnak. E nem eléggé intenzív nyomás nem bírja a cutisnál nagyobb cohaesióval bíró epidermis basalis sejtrétegét áttörni (*Weidenfeld*) s ilyenkor, mint egyik ábránkon látható, a kötőszöveti sejtek és rugalmas rostok szétválásával subepidermoidalis hólyag képződik (esetünkben a cutis papillaris rétegében).

Valamivel nagyobbfokú ingerrel a reactio is nagyobb lesz s az exsudatív folyadékmenyiség is növekszik. A nagyobb nyomás alatt levő folyadékáramlás gyorsul s áttöri a basalis réteg ellenállását s a sejteket egymástól eltávolítva a stratum Malpighiba jut s azt részlegesen emeli.

Még nagyobbfokú inger esetén a véredényekből is oly nagymennyiségű s oly nagy nyomás alatt álló savó ürül, hogy az áttöri a str. Malpighit, azt részben elárasztja, miközben a vehemens beáradás helyén a sejteit megnyújtja, illetőleg részben protoplasmájukat megduzzasztja s a basalis rétegnél is erősebb cohaesióval bíró szarurétegben akad meg s azt emeli el. Ily hólyagképződés képét nyújtja másik ábránk.

A hólyagképződés alapja tehát a mi véleményünk szerint is a véredényekben keresendő s a hólyag histologiai helyzetét az öröklött hajlamosságú egyénnél az erőművi behatás foka s az arra reagáló exsudatio mennyisége adja meg. Minthogy azonban a hólyagnak elhelyeződése nincsen feltétlenül az epidermishez kötve, nem tartjuk az „epidermolysis“ elnevezést anatomicz teljesen találónak.

Vajjon az erőművi hatáson kívül az epidermolysisnél a véredényekből kiáramló exsudatiós folyadéknak tulajdonítható-e oly hatás is, mely képes volna, chemice is hatva, meglazítani

az epithel és irha s az egyes sejtek közötti összefüggést, mint a mily hatást *Kromayer* tulajdonít a pemphigus folyadéknak s *Colombini* épen az epidermolysisnél jelenlevő exsudatio toxinjainak, egyelőre még eldöntetlenül kell hagynunk.

Végre nem tehetem, hogy az esetnek közlésre való átengedéseért s a dolgozatok készítése közben tapasztalt támogatásért az egyetemi bőrkórtani intézet vezetőjének *Nékám Lajos* dr. m.-tanár úrnak s *Pertik Ottó* dr. ny. r. tanár úrnak, a II. sz. kórboneztani intézet igazgatójának, ki intézetében a bőrkórtani intézetnek laboratoriumot engedett át, melyben jelen munkám szövettani részét volt alkalmam kidolgozni, őszintén köszönetet ne mondjak.

Felhasznált irodalom:

- Beatty*. Epidermolysis bull. British Journal of Derm. 1897.
Bettmann. Über die dystrophischen Form der Epidermolysis bull. hered. Archiv f. Dermat. 55. k. 1901.
Blumer. Hereditäre Neigung zu traumat. Blasenbildung. Archiv f. Dermat. Ergänzungsband 1892.
Bonaiuti. Contributo allo studio della Epidermolysis b. h. II Morgagni 1890. Referálva: Monatsch. f. p. Derm. 30. k. 457.
Brocq. Traitement des mal. de la peau, 1890.
Besnier. Reunion des medecines de Saint Louis 1883.
Bowen. Journal of cutaneous and genito-urin. Disease 1898. Referálva: Archiv f. Dermat. 49. k.
Colombini. Beitr. zum Studium der E. b. h. Monatshefte f. p. Dermat. 30. k. 457.
Csillag. Adatok a secundaer epidermidalis cysták lényegéhez. Magy. Orv. Archivum 1900. 2. f. Németül; Archiv f. Derm. 52. k. 1900.
Elliot. Newyorki Dermatol. Társulat 1895. okt. 22.
Fox Tilbury. Beatty után idézve.
Goldscheider. Hereditäre Neigung zur Blasenbildung. Monatsch. f. p. Dermat. VI. k. 1882.
Hebra-Kaposi. Lehrbuch der Hautk. 2. kiadás, 1874.
Hallopeau-Leredde. Dermatologie. Paris 1900. 157. l.
Hallopeau. Annales de Dermat. 1896.
Hallopeau. Nouvelle note sur la dermatose bulleuse héréd. et traumatique. Annales de Dermat. 1898. 722. l.
Hoffmann. Derm. Mittheilung. Münch. med. Wochenschr. 1895. 3. sz.
Herzfeld. Berl. klin. Wochenschr. 1893. 820. l.
Köbner. Hered. Anlage zur Blasenbildung. (Epidermolysis bull. hered.) Deutsche med. Wochenschr. 1886. 2. sz.
Kromayer. Anat. und Pathogenese der Pemphigusblasen. Dermat. Zeitschr. IV. k. 1897.
Legg, Wickham. Beatty után idézve.
Michaelson. Über Epidermolys. b. h. D. med. Wochenschr. 1900. 16. sz.
Merk. Zur Frage der Blasenbildung. Archiv f. Derm. 53. k.
Nékám. A dermatologiai anyag Budapesten. Orvosi Hetilap 1901.
Payne. Beatty után idézve.
Philippson. Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle. 1900. 5. f. Referálva: Monatshefte f. p. Dermat. 32. k. 362. l.
Róna. Zwei Fälle einer mit E. b. h. etc. Archiv f. Derm. 50. k. 1899. — Orv. Egyleti bemutató 1899. febr. 11.
Russel. Journal of cut. dis. 1900. 405. l.
Spiess. E. b. h. der Schleimhaut. Arch. f. Laryngologie. 1899. 426. l.
Schmidt. Case of epidermolysis bull. her. Journal of the American Medical-Association. 1901. 556. l. Referálva: Annales de Derm. 1902. 73. l.
Stelzle. Über Epidermolysis bull. (hereditaria?). Inaug.-Dissert. München 1900.
Török. Epidermolysis h. b. Tudom. Dolgozatok Schwimmer jubileumára. Budapest.
Török és Vas. Über den Eiweissgehalt des Inhaltes verschiedener Hautblasen etc. Festschrift Kaposi 1901.
Valentin. Über hered. Dermatitis bullosa und hered. acutes Oedem. Berl. klin. Wochenschr. 1885. 10. sz.
Varga. Magyar. dermat. és urol. társ. 1897. szept. 23.
Vidal. Reunion des medecines de Saint Louis 1883.
Weidenfeld. Zur Physiologie der Blasenbildung. Arch. f. Derm. 53. k.
Wilheim. Eine seltene Combination eines Blasenauschlagcs etc. Wiener klin. Rundschau. 1900. 1. sz.

Ábramagyarázat. (XIII. t. 3. 4.)

str. c. = stratum corneum — str. M. stratum Malpighi — str. b. = stratum basale — S. = serosus infiltratio — D. = degenerált sejttömeg a papillák helyén — f. = folliculusok P. = papilla — I. = infiltratio — e. = veritékmirigy segmentumok — v. = tágult vénák — v' vena in rhexi — E = rugalmas rostok — a' = tágult arteria perivascularis infiltratioval.

A verruca senilis szövettanához.

Írta: *Poór Ferencz* dr.

Két szövetségi ábrával.

Sajátságos, hogy még oly bőrmegbetegedések is, melyek a dermatologiai gyakorlatban elég gyakran fordulnak elő, szövettanilag nincsenek eléggé kidolgozva. Ilyen a verruca

senilis bőrelváltozása is, melynek histológiájánál a legellen-
tétesebb leletek és nézetek állnak egymással szemben.

A *verruca senilist* úgy klinikailag mint anatomicus először
1869-ben Neumann⁵ ismertette. 1881-ben Barthelémy¹ közölt
verruca seborrhoica elnevezéssel egy hasonló esetet, melynek
histologiai vizsgálatát Balzer végezte. Azóta Handford² (1888)
steatorrhoea nigricans, Pollitzer⁷ (1890) ismét *verruca seborrhoica*
s Unna⁸ *naevus seborrhoicus* elnevezés alatt írta le.

Anatomiai vizsgálatánál Neumann a Malpighi-réteget
vékonyodottnak, Balzer és Handford ugyanazt hypertrophizált-
nak írják le. A hajtűszők Neumann-nál tágultak, mintegy ki-
gömbölyödtek, elszarusodott sejtekkel, zsíros anyaggal s
lanugoval vannak telve, a faggyúmirigyek megnagyobbodot-
tak, nyílásuk eltömődött s a bőr felszíne fölé emelkedett.
Balzer-nél a mirigyelváltozások hiányoznak és sem ő, sem
Handford nem találták a folliculusok cystás elváltozását,
habár az utóbbi számos, kerek, kubikus sejtekből álló fallal
bíró hézagot ír le az epithel körében.

Egység Balzer és Handford eredményei között főleg
abban van, hogy a *cutist* mindketten normálisnak tartják s
felfogásuk szerint a *verruca senilis* lényegében epithelialis
megbetegedést képez.

Neumann szerint a kiszáradt és merevvé vált szarúréteg a
cutis öregkori zsugorodása következtében barázdálódott s egyes
helyeken az elszarusodott sejtek nagy tömege halmozódott fel.

Az említett három észleléssel homlokegyenest ellenkező
sőt egymás között is részben ellenkező eredményre jutnak
Pollitzer és Unna.

Pollitzer lényeges elváltozásokat említ a *cutisban*. A pa-
pillákat nagy mérvben megnyúltaknak s bennük nagy mag-
vas „epitheloid” jellegű sejthalmazokat talált, mely halmazok
a subpapillaris edényplexusig lehúzódnak. Szerinte e sejtek
csoportosítva, a capillarisok mentében helyeződnek el s helyen-
ként kötőszöveti kötegek által vannak egymástól elválasztva.
Véredények, elastikus rostok s faggyúmirigyek normálisak.
Tömött sejteket (Mastzellen) tömegesen látott praeparatumaiban.
A Malpighi-réteget tetemesen kiszélesedettnek találta,
különösen az interpapillaris léczek az elváltozás centrumában
háromszorosan is megnyúltak. A szarúréteg megvastagodása
mellett annak sejteit magvaikat megtartották (parakeratosis).
A veritékmirigyek kivezető csövei cystikusán, a normális lumen
tízszerezésére tágultak s Pollitzer e tágult veritékmirigy vezeték-
eket a Handford által leírt hézagokkal azonosaknak tartja.
Magának a mirigynek lumenét is tágultnak találta s a mirigy-
epithelt nagymennyiségű zsíros anyaggal tömve. Zsirt külön-
ben a *cutis* és papillák hézagaiban s a Malpighi-réteg sejteit
között, sőt sejteiben is kimutatott osmiumos készítményein.

Maga Unna, kinek laboratóriumából Pollitzer esete is
származott, nem fogadja el teljes érvényben e leletet, mert a
beteg, kinek bőréből Pollitzer excidált, mycosis fungoidesben
halt el s Unna is mint vegyes természetű képletet fogja fel.
(„Das ihm vorliegende Material war nämlich gemischter Natur.“)

Unna histologiai vizsgálatai alapján a *verruca senilist* a
*lágú naevusok** közé sorozza, mely a rendes lágú naevusoktól,
főleg erős zsirtartalma által különbözik. Jellegzőnek mondja a
cutis, epithel s veritékmirigyek zsíros beszűrődését (Fettdurch-
setzung) s az „epitheloid” jellegű sejthalmazoknak a papil-
lákban való jelenlétét. Az általa *naevus seborrhoicusnak* neve-
zett szóban forgó elváltozás s a rendes lágú naevusok között
fennálló különbséget *cutisben* jelenlévő epithelfészkek külön-
böző elrendeződésében és még abban látja, hogy az elvál-
tozásnál a verejtékmirigyek gombolyagai szélesek, epitheljei
nagyok, széles külső zonát mutatnak és a sejtmagok egészen
a lumen felé torlódtak. Mint a lágú naevusoknál, úgy itt is
az epithelfészkeknek megfelelőleg az elastin hiányát, tömött
sejtek (Mastzellen) és pigment jelenlétét találta. Osmiumos
praeparatumaiban feltűnt Unnának a verejtékmirigyeknek a ren-
desnél abnormálisán nagyobb zsirtartalma. Mint Pollitzer, úgy
Unna is talált zsirt a *cutisban* elszórva, de sokkal intenzív-

* Unna *lágú naevusoknak* nevezi az epitheliumoknak már embryo-
nalis depositióját a *cutisban*, mely epitheliumok azonban merevségüket
vesztették. (Histopath. 1147. l.)

ben az epithelben s a papillákban, valamint a *cutisban* ágyalt
epithelfészkekben.

Jarisch inkább atrophias sejtekben rendesen alig gazda-
gabb *cutist* s a typososan és reticulárisan burjánzott, de
különböző atrophias Malpighi-réteget talált. Ez utóbbiban szá-
mos szarúcystát látott, melyek sűrű, concentrikusan rétegzett,
helyenként lanugokat tartalmazó szarútömegeket foglaltak
magukban. A szarúréteget nem találta megvastagodottnak.
Úgy Pollitzer mint Unna leletét úgy magyarázza, hogy azok
eseteikben oly *naevusokat* vizsgáltak, melyek a *verruca seni-*
listől nem voltak *klinikailag* elkülöníthetők.

A mint látjuk, nemcsak az elnevezésekben, hanem ma-
gában az anatómiai leletben s annak magyarázatában is oly
nagy az eltérés az egyes autorok között, hogy eléggé okada-
toltá teszi az újabb vizsgálatok közlését.

Az egyetemi bőrkórtani intézet rendeléseim Nékám m.
tanár szíves engedelmével, miért e helyen is köszönetet mon-
dok, a *verruca senilis* több typosos esetéből volt alkalmam
mikroszkopiai vizsgálat céljaira excidálni.

A kimetszett anyagokat részben rögtön abs. alcoholban
keményítettem, részben Müller-féle oldatban és 1% osmium-
oldatban a szokásos módon fixáltam s a keményítés után
celloidinba ágyaztam. Az alcoholban keményített anyagokból
származó metszeteimnél az Unna-féle polychrom-methylenkéken
s haematoxylin Van Gieson-on kívül a Weigert-féle elastikus
rostok festésére szolgáló tinctiót, valamint az elastinnak cla-
cinra való elfajulásának kimutatására szolgáló savanyú orcein-
polychrom-methylenkék 2% sav. fuchsinos eljárást, továbbá
a szintén Unna-féle polychrom-methylenkék jodos-jodkalium,
1% pikrinanilin tinctiót használtam.

Szövet-tani vizsgálataim eredménye a követ-
kező:

A szarúréteg mérsékelten megvastagodott, különösen a
hajtűszők nyílásai körül, hol tetemes szarúfelhalmozódások
láthatók. Helyenkint a réteg alsóbb részeiben, ott, a hol maga
a stratum corneum is inkább megvastagodott, a szarúsejtek
magvaikat részben megtartották (parakeratosis).

A Malpighi-réteg felületes megtekintésekor az széles-
bedettnek tűnik fel az elváltozás helyének megfelelőleg, de
behatóbb vizsgálatnál kitűnik, hogy e szélesbedést nem any-
nyira a réteg sejteinek minimális arányban megszaporodott
volta, mint egyrészt a látszat okozza, mert az affectio szom-
szédásában levő bőrreszek Malpighi-rétege a normálisnál
keskenyebb, másrészt az affectio helyén a Malpighi-réteg sejt-
jeit bizonyos képletek szétolták. E képletek kisebb nagyobb
kerek és ovális cystának imponáló hézagok, melyek sokszorosan
átlyukasztják a réteget. Szoros vizsgálatnál e hézagok nem
egyneműeknek s nem egyformán létrejötteknek bizonyulnak.
Vannak közöttük concentrikusan rétegzett, részben magvaikat
megtartott szarúsejtekkel teltek. (L. I. ábra A.) Az ilyen hé-
zagok létrejövételét jól megmagyarázza a szarúrétegnek betü-
remkedése a Malpighi-rétegbe, mely a görcsös képen jól
kivehető (L. I. ábra C.) s így *határozottan el kell vetnünk azon*
észlelék nézetét, kik azokat mint a Malpighi-rétegben önállóan
képződött „szarúcystákat” fogták fel. Vannak oválisabb vagy
szabálytalan kör alakú hézagok, melyek, mint már a falzatuk
vagy az esetleg bennük levő lanugo-átmetszet bizonyítja, kizá-
rólag tágult faggyúmirigyvezetékek, illetőleg folliculusok által
képeztek. Azon helyeken, hol a metszés iránya egy-egy
folliculust teljes hosszában ért, a folliculusok egy részének
excessive tágult volta tűnik elénk. (L. I. ábra B.) Végre
vannak oly hézagok, melyeknek ürében kötőszöveti elemek
(elastikus, kollagen rostok, kötőszöveti sejtek) mutatkoznak,
s melyek nem lehetnek egyebek, mint túlbujánzott, szabály-
talan papillák. (L. I. ábra D.)

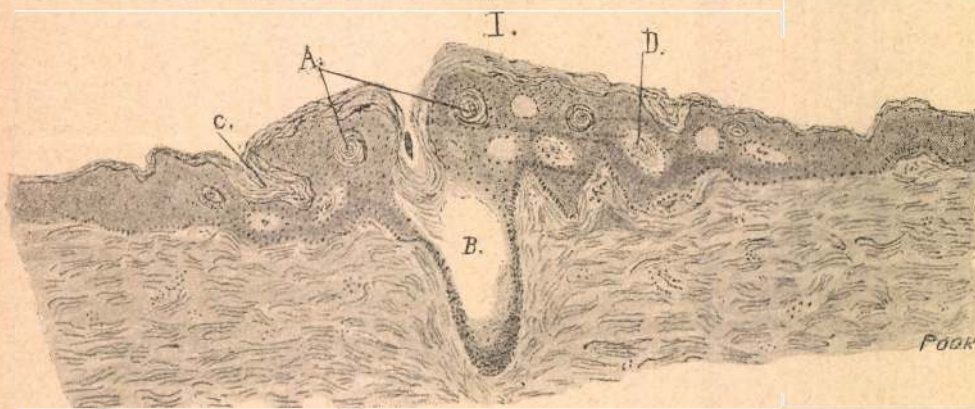
A corium rendes térfogatának mintegy $\frac{2}{3}$ -ra csökkent,
de nem találhattam benne sem a tömött sejtek (Mastzelle)
tömegét, sem azon epithel vagy epitheloid sejtekből álló hal-
mazokat, melyeknek jelenlétét a coriumban Unna és Pollitzer
annyira kiemelték s melyek az utóbbi a „naevus seborrhoicus”
elnevezés felvételére indították. A papillák megnyúltak, sza-

bálytalanok, kihegyezettek az elváltozás helyén, mi élénk ellentétben áll a szomszédos részekkel, hol a papillák a rendesnél sokkal kevésbé fejlődtek, inkább elsimultak, az epithel s corium közötti határ nem oly szembeötlő, mint az ép bőr metszetein. A bőrelváltozás helyén feltűnő a fürtös faggyúmirigyek egyes lebenyeinek tágulása, mely tágulás a coriumban székelő cysta képét nyújtja. (L. II. ábra A.) Weigert-féle festéssel készült praeparatumokon szembeötlő úgy az elváltozás helyén, mint környezetében az elastikus rostoknak szorosan sűrűn egymáshoz való simulása s orcein-polychrom-methylenkék + 2% sav. fuchsinnal kezelt metszeteimen sok helyen az acidophil elastinnak basophil elacinná való átalakulása látható. Az elastinnak abszolút hiányát Unnával ellentétben nem találtam az elváltozásnak megfelelő helyen; kisebb-nagyobb mérvben, sőt a legtöbb helyen túlnyomólag volt az jelen. A bőrizmok keskenyedettek, atrophizáltak. A kollagen kötegek megnyúltak, karesübbakká váltak. A veritékmirigyeknek sem kivezető csöveit, sem magának a mirigynek segmentumait nem találtam a rendesnél tágultabbnak. 1%-os osmiumban fixált anyagból származó metszeteiken a szarúrétet, valamint a szarúrétnek a Malpighi-rétegbe való betüremkedéseit, a faggyúmirigyek tágult cystikus elváltozásainak ürét a feketére impraegnálódott zsírtömeg teljesen ellepte. Véredényeket mindenütt normálisnak találtam.

* * *

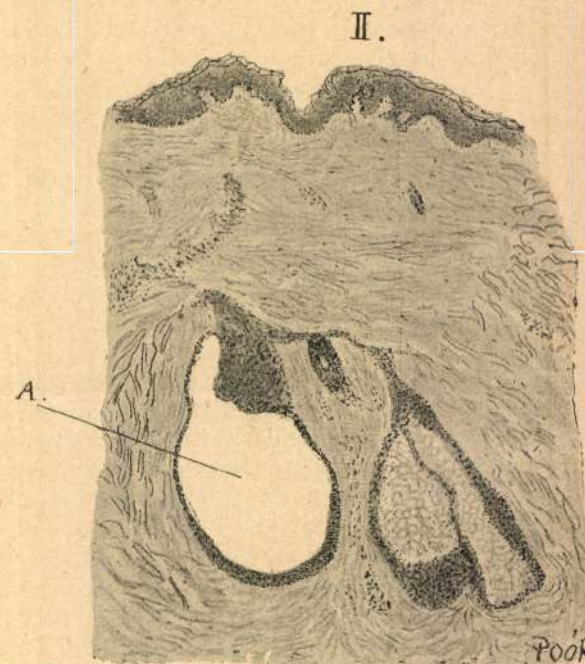
A megbetegedés lényegét, mint említettük, Handford és Balzer az epithel, illetőleg tartozékainak elváltozásában, míg Neumann, Pollitzer és Unna, habár más-más értelemben, a cutisban keresték.

Kétségkívül szembeötlő a faggyúmirigyek és tüszők excentrikus tágulása, a papillák megnyúlt volta s az elszarú-



E sejtek egy részének protoplasmája zsírrá alakul át s el is szarúsodik. A mirigyben így felszaporodó anyagoknak a bőr felszínére való juttatását korábban kizárólag az utánuk nyomuló újabb keletű produktumok nyomásának (secretorikus nyomás) tulajdonították. Ujabban azonban mindinkább szerepet juttatnak ezen élettani processusban a cutis izom- (Hess³) és kötőszöveti elemeinek, melyek mintegy kisajtolják s a bőr felszínére szorítanak a mirigyek tartalmát. A bőrizmok mellett kollagen rostoknak is, melyeknek rugalmas voltát Nékám⁴ bizonyította be, rész supponálható e műveletben. Kétségtelen, hogy ha az izom, illetőleg kötőszöveti elemek kisebb-nagyobb mérvben elfajultak illetőleg atrophizálódtak, mint az atrophia senilislél e feladatuknak nem képesek többé megfelelni s azt hiányosan végzik. Működési képességüknek e csökkenése azonban a bőrfelület azon részén válik leginkább feltűnővé, a hol ép állapotban a legnagyobb munkát végezték ezen irányban. Tehát ott, a hol a normalis bőrben is a legtöbb faggyúmirigy van; a sternumon, hátou, a lapoczkák között azaz a bőrnek épen azon részein, melyeket a klinikai tapasztalás mint a verruca senilis praedilectionalis helyeit jelölte ki.

Véleményünk szerint a nagyrészen senilisen elfajult, illetőleg atrophizált izom és kötőszöveti elemek nem képesek összejuttatni s így teljesen kiüríteni a faggyúmirigyek egy részét. A faggyúelválasztás azonban tovább folyik e mirigyekben s a felgyülemelő mi-



sodási rendellenesség, de azért histologiai vizsgálatunk alapján inkább vagyunk hajlandók ezt bár morphologiailag fontos, de nem alapelváltozásnak minősíteni.

Mint a szövettani leletből kitűnik, a Malpighi-réteg szélesbedése inkább látszólagos csak; sőt az elváltozás határán túl egyenesen keskenyedettnek mondható. Ugyancsak szélességében fogyott a corium, a kollagen kötegek nagyrészt atrophizáltak, a rugalmas rostokat szorosan sűrűn egymáshoz simulva, az elastint sok helyen elacinná fajulva találtuk --- szóval főbb vonásaiban az atrophia cutis senilis histologiai képe tűnt élénk. E lelet, melyet azon klinikai tapasztalati tény is támogat, hogy e verrucák túlnyomólag idős, atrophias bőrű egyéneknek fordulnak elő, azon következtetést érlelte meg bennünk, hogy a szóban forgó bőrelváltozás létrejövételénél nem annyira az epidermis, mint inkább a cutisban lefolyt kötőszöveti elváltozások azok, melyeknek a főszerep tulajdonítható.

A verruca senilis okát első modern leírója Neumann már 1869-ben a senilisen elődltozott cutisban kereste. Nagyjában osztjuk e felfogást, de míg Neumann tisztán a cutis zsugorodásának juttat szerepet, addig mi a mellett a kötőszöveti elemek degeneratiojában illetőleg atrophiajában s ezek következtében működési képességének csökkenésében vagyunk hajlandók a baj kútforrását keresni.

A faggyúelválasztás physiologiájából tudjuk, hogy a mirigyek mélyében folyton új sejtek képződnek a mirigy-lebenyek falát képező epidermis-sejtek proliferatioja folytán.

rigytermékek mechanice kitágítják a mirigyeket, mihez az elszarúsodási rendellenesség folytán a mirigyvezetékek szájadékának szarútömeg által való elzáratása is járul s így jöhetnek létre a tágult folliculus és faggyúmirigyképletek, melyeket a verruca senilis histologiai képében az imént leirtunk. A szintén a senilis bőrre typosos abnormalis elszarúsodási folyamatban lehetik magyarázatukat azon szarútömegek, melyek a verruca senilis klinikai képében dominálnak s az elváltozás histologiai képében a szarúrétnek a Malpighi-rétegbe való betüremkedéseiből származtathatók.

Irodalom :

1. Barthelémy-Balzer. Des verrues séborrhéiques ou Verrues plates de la vieillesse. Annales de Dermat. 1881. II. 535.
2. Handford. Illustr. Med. News. Vol. I. 1888. (per Pollitzer).
3. Hesse. Zur Kenntniss der Hautdrüsen und ihrer Muskeln. Zeitschr. für anat. Entwickl.-Geschichte 1876.
4. Nékám. Adatok a bőr elastikus rostjainak működéséhez és topographiájához. Orvosi Hetilap 1895, 22. sz. — francziául: Annales de Dermat. 1895.
5. Neumann. Sitzungsberichte d. K. Akad. d. Wissensch. Wien, 1869.
6. Neumann. Hautkrankheiten. 1876. 361.
7. Pollitzer. Die seborrhoische Warze. Monatsh. für prakt. Dermatologie XI. (1890.) 145.
8. Unna. Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894, 1178.

Ábramagyarázat :

- I. ábra. Verruca senilis. A) C) szarúrétet betüremkedése a Malpighi-rétegbe, B) tágult folliculus, D) papillametszet.
- II. ábra. Tágult fürtös faggyúmirigy-lebeny a coriumban. A)