Negyvenhatodik évfolyam. 44. szám. *Budapest, 1902. november 2.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrássik 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.

Klug Nándor: Közlemény a budapesti tudomány-egyetem élettani intézetéből. A pylorus-nyálkahártya enzymjéről. 706. lap.

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. junius 30-dikáig végzett műtétekről. 708. lap.

Kétly László és **Torday Árpád**: Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) Mennyiben értékesíthető a cytodiagnosis a mellűri és hasűri folyadékok természetének elbirálásánál? 709. lap.

Tárcza. Ónodi Adolf: Úti levelek. 712. lap.

Közegészségügy. Élelmiszerek tisztaságára vonatkozó törvény Pennsylvaniában. 713. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Hültl Hümér**: Törekvések az eszközök, a kötőszerek és a varróanyag csirátlanitását tökéletesiteni. 713. lap. — *Könyvismertetés. Küster*: Die Chirurgie der Nieren, der Harnleiter und der Nebennieren. (Picker Rezső.) — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. O. Israel*: A rákaetiologia problemája. (Picker Rezső.) — *Sebészet. Terrier* és *Gosset*: A gastrostomia technikája. (Dudutz.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* A tannigen. — *Dieminger*: Gyomorfekély gyógyitása xeroformmal. — *Folyóiratok átnézete.* 715—717. lap.

Hetiszemle és vegyesek A főváros egészsége. — Tisztiorvosi vizsgák eredménye Budapesten. — A vallás- és közoktatásügyi ministerium költségvetése az 1903-dik évre. — A nemzetközi tuberculosis-congressus. — Hültl Hümér. — Megjelent. — Pályázatok — Hirdetések. 717. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — A második országos elmeorvosi értekezlet.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti tudomány-egyetem élettani intézetéből.

A pylorus-nyálkahártya enzymjéről.

Klug Nándor tanártól.

Vizsgálatok, melyeket a gyomor pylorus-nyálkahártya enzymjét illetőleg tettem,[1] *Ebstein*,[2] *Heidenhain*,[3] *Ebstein* és *Grützner*[4] s mások vizsgálataival egyértelmüleg azon eredményhez vezettek, hogy a pylorus mirigyek pepsint választanak el, mely úgy, mint a fundus-mirigyek pepsinje, sósav jelenlétében fehérjét emészt. A kutya, disznó, marha, ló és az ember pylorusnyálkahártyáiból 0·3—0·5% sósavval ismételten előállított kivonatok kitünően emésztenek fehérjét. Az első izben előállított kivonat rosszabbul emészt, az ugyanazon nyálkahártyából másod- és harmadizben előállítottnál s azt, a mint kitünt, azért, mivel az első kivonat a nyálkahártyából származó, az emésztést gátló terményeket bőven tartalmazza.

A pylorus-nyálkahártyából másodizben nyert kivonat emésztő képessége nem volt csekélyebb, a fundus nyálkahártyából hasonlóan előállított kivonatnál. A pylorus és fundus nyálkahártyáiból a pepsint direkte elő is állítottam, 31 napig tartott autodigestio útján ammonsulfattal. A fundus- és pylorusnyálkahártyák egyenlő mennyiségeiből marhagyomorból előállított pepsinmennyiségek úgy aránylottak egymáshoz, mint 1 : 0·69, disznógyomor nyálkahártyájából mint 1 : 0·62. E pepsinek egyenlő mennyiségü oldatában, jól kimosott és melegben megszárított vérrostanyag, 0·5% HCl jelenlétében ma is jól emésztődik. 50 kcm. funduspepsinoldatban emésztve 2 gm. rostanyagot, 24 órán keresztül, szüredékének közömbösítése, forralása és ismételt átszürése után, elnyelési együtthatója 3·36224 volt, pylorus pepsinoldatával emésztve 3·02420. Ezzel szemben 50 kcm-t funduspepsinoldat, midőn sósav helyett 0·5% natriumcarbonatot tartalmazott, 2 gm. rostanyaggal hasonlólag 24 óráig digerálva lett, közömbösítés s forralás után szürve, elnyelés tényezője 0·14698, pylorus pepsinoldatáé 0·10968 volt.

Határozottabban, mint ez úton, alig lehet bebizonyítani azt, hogy a pylorusmucosa pepsint készít, hogy a pepsin benne nemcsak beivódva van, valamint hogy belőle, legalább sósavval való autodigestio és ammonsulfattal kiválasztás útján, lúgos reactioban fehérjét oldó enzym nem nyerhető.

Egyúttal a leghatározottabban ki kell emelnem, hogy a pepsin mennyiségére az oldott fehérje mennyiségéből következtetni nem szabad, ennél sokkal czélszerübb a pepsint súly szerint meghatározni, mert a fehérjeemésztés nincsen arányban a pepsin mennyiségével, 0·01—0·1%-nál nagyobb pepsintartalmú emésztő folyadék emésztőképessége a pepsinmennyiség növekedésével csökken. Ép úgy nem itélhető meg az emésztés előhaladása az oldatba ment koagulált fehérje mennyiségéből sem, hanem egyedül az emésztet propepton és pepton tartalmából, mert különben téves következtetésekre jutunk. Mindezeket azért hangsúlyozom, mivel e tekintetben olyanok is hibáznak, kik a gyomoremésztés physiologiájában döntő véleményt mondani akarnak.

Igy megjelent *Glassner K.*-tól[1] egy közlemény, mely szerint a pylorusmucosa pepsises hatása egy általa *pseudopepsin*-nek

[1] Magyar Orvosi Archivum. III. k. 1895.
[2] Archiv für mikroskop. Anatomie. 1. k. 534. lap.
[3] Archiv für mikroskop. Anatomie. 6. k. 368. lap. és 18. k. 169. lap.
[4] Archiv f. d. g. Physiologie. 6. k. 1. l.

[1] Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie. I. kötet. 24. l. 1901.

nevezett külön enzymnek tulajdonítandó. Ez a pseudopepsin úgy lúgos, valamint savanyú reactio esetén emészt, pepsin ellenben teljesen hiányzik. Minthogy ez az állítás mindazzal, a mit a gyomor pylorusnyálkahártyáról fenn mondottam, ellenkezik, ez indít az eltérés okának keresésére.

Glaessner, a proerjesztők elterjedését a gyomornyálkahártyában kutatva, azt találta, hogy ez pepsinen kivül még egy második fehérjét oldó erjesztőt — pseudopepsint — választ el, mely egyúttal a pylorus egyedüli pepsises erjesztője volna. A nyálkahártya proerjesztőit igen híg szódaoldatokban nyerte, mivel ezek az erjesztőket (a pepsint és oltót) elpusztítják, a proerjesztőket ellenben nem. Mint antiseptikum a toluol, anyagul a disznógyomor szolgál. A tisztára mosott gyomornyálkahártyát, lepraeparálása és húsörlővel összeaprítása után, kétannyi súlyú vízbe adta, mely natriumcarbonatot a teljes lúgos reactioig tartalmazott. Miután toluolt adott hozzá, a zárt edény 40° C-ra felmelegített homok fürdőbe került 3—4 hétig való időtartamra. Ez alatt a folyadék zavaros lett, a szövetek láthatólag szétestek s a proerjesztők feloldódtak. Hogy itt önemésztés folyt, ezt a tryptophanreactio fellépése valószinüvé teszi.

Az így az oldatba átment proerjesztőket *Glaessner* az által izolálta, hogy a mucint konyhasóval és ecetsavval kiülepitette s a szüredékből a proerjesztőket, miután ezt natriumkarbonattal gyengén lúgossá tette, híg uranylacetat-oldattal kiválasztotta. Az így nyert proerjesztők savval intenzive emésztettek. Emésztő anyagul 2—3 mm. átmérőjü üvegcsövekben 85° C-on koagulált lóvérsavó szolgált.

A tryptophankémlés fellépéséből következteti a szerző, hogy itt a trypsinhez, még inkább a máj proteolysises erjesztőjéhez hasonló fermentummal van dolga. *Jacoby*[1] tudniillik a máj autolysisének eredményeképen a tryptophanreactiot találta, melyről mondja, hogy csak későn s akkor is csak múlólag lép fel „hiányát semmiesetre nem lehet a máj autolysise olyan tulajdonságának tekinteni, mely által ez a trypsinemésztéstől különböznék". *Jacoby* a tryptophanreactiot az önemésztés mintegy 14. napján találta, gyakran azonban nem is kapott bromreactiot. *Biondi*-nak csak akkor sikerült ez a kémlés, hogy ha maga a friss máj is adta. Chloroformvízben vagy más antisepticumok jelenlétében *Biondi* szerint a tryptophanreactio nem lép fel.

A máj autolysises hasadása *Jacoby* szerint csak lassan folyik le. Albumosok — ha általában találhatók — csak igen kis mennyiségben s múlólag vannak jelen; pepton éppen nem található. Ezek helyett ammoniak és amidosavak, aránylag sok leucin, tyrosin, valamint glycocoll lépnek fel. A máj proteolyzises erjesztője csak bizonyos fehérjékre, globulinra hat. Ezen *Jacoby* által májtrypsinnek nevezett erjesztő amomnsulfattal való telitéssel nyerhető; viselkedése a hatásában hasonló pankreas trypsinével egyezik meg.

Ez adatokat azért közlöm ilyen részletességgel, mivel *Glaessner* a maga erjesztőjét a *Jacoby* által izolált májtrypsinhez hasonlónak mondja.

Glaessner a disznógyomrot egyes területekre osztotta fel s a fent jelzett módon meghatározta azok propepsin tartalmát. A viszonylagos pepsinmennyiséget az emésztett fehérjeoszlop hosszából itélte meg. Már más helyen kimutattam, hogy az oldott fehérje mennyiségéből a pepsin mennyiségére nem lehet következtetni. *Glaessner* azon következtetéshez jutott, hogy a fundusnyálkahártya pepsintartalma, feltéve mindkét erjesztő azonos voltát, mintegy huszor nagyobb a pylorusmucosa pepsin tartalmánál. Minthogy a tryptophankémlés úgy a fundus-, mint a pylorus-nyálkahártyával tett kisérletek alatt fellépett, következik, hogy pseudopepsin mindkét nyálkahártyarészletben van. Egyúttal kitünt, hogy hosszantartó emésztés közben gyengén lúgos emésztés alatt is fehérje emésztődött, különösen pyloruskivonattal. Miután az uranyl-üledékkel *Glaessner* szerint a propepsint a tryptophant képző erjesztőtől menten lehet nyerni, hasonló kisérleteket a pylorus mucosa lúgos kivonataival is tett. Ismételten eszközölt kisérleteiből kiderült, hogy a pylorus-nyálkahártyából sem propepsin sem általában más erjesztő nem volt előállítható. Igy jutott *Glaessner* azon következtetésre, hogy a pylorus-mucosa pepsises hatása egyedül ennek pseudopepsinjától származik, és hogy ez a pylorus egyedüli erjesztője. Ugyanezt találta *Glaessner* a *Brunner*-féle mirigyekben is.

A pylorus és *Brunner*-féle mirigyek proteolysises enzymjét az jellemzi, hogy gyengén savanyú (0·2—0·3% sósav), gyengén lúgos (0·5% natriumcarbonat) és közömbös reactio mellett is hat. Nem veszti el hatását savanyú reactioban, mint a trypsin vagy a máj proteolysises enzymje, sem lúgokban, mint a pepsin, hanem megtartja azt épen olyan jól szabad sósav, mint natriumcarbonat jelenlétében és pedig pepsin jelenléte mellett is. A pseudopepsin rövid idő alatt tryptophanképzéshez vezet és pedig úgy savanyú, valamint lúgos reactio mellett, nem nyerhető uranylacetáttal, hanem elpusztul benne. Jelentősége a pseudopepsinnek az emésztés körül abban legyen, hogy hatását a reactio változása nem szünteti meg, hogy mindkét egyugyanazon irányban ható szomszédos enzym, a pepsin és trypsin, bizonyos tulajdonságait magában egyesíti, és így az átmenetet a pepsinemésztéstől a trypsinemésztéshez mintegy közvetíti.

Ily körülmények között azonban feltünő, hogy más vizsgálók 0·4—0·5% H Cl tartalom mellett a pylorusnyálkahártyával fehérjét igen jól tudnak emészteni, lúgos kémhatás mellett azonban nem, és végre, hogy sikerült a pylorus mucosából aránylag sok pepsint nyerni.

Vizsgálataim alatt mindenek előtt a thymol vagy chloroformvíz sokkal jobb antisepticumoknak bizonyultak, mint a toluol.

A toluolról, mint desinficiensről, *Fränkel*[1] irja, hogy a vízben oldhatatlan benzolnak, mint a homolog toluol- s másoknak, nincsen antisepsises hatása, nyilván a hydroxylcsoport hiánya és az anyagok vízben oldhatatlansága miatt. Ezzel szemben thymol 1 rész 1000 rész vízben oldható, az ilyen oldatok azonban minden igényeknek, melyeket erjedést és rohadást gátló anyagokkal szemben támasztunk, megfelelnek (*Nothnagel* és *Rossbach*).[2] E miatt nem is sikerült toluollal tett első kisérletem, melyben fundus- és pylorusnyálkahártyát külön-külön, egyenként 0·5% natriumcarbonatot tartalmazó vízzel és 1‰ toluollal a thermostatban tartottam; a rohadás már másnapon beállott. Ezentúl annyi toluolt adtam a megemésztendő anyagba, hogy az 1 cm. vastag réteget alkotott fölötte. A megelőzőleg jól össze is rázott anyagban 6 hét mulva sem voltak rohadó bakteriumok kimutathatók. Ez mutatja, hogy toluollal is lehet anyagokat autodigestionak kitenni, de hogy a thymol e tekintetben több biztosságot nyújt.

A pseudopepsint illetőleg itéletet szerzendő, a thermostatba 40 C° mellett a következő anyagokat tettem ki önemésztésnek:

1. 870 gm. *fundus mucosát* 1740 kcm. vízzel, 13·05 gm. natriumcarbonattal, 3 gm. thymollal és 30 kcm. chloroformmal.
2. 250 gm. *pylorus mucosát* 500 kcm. vízzel, 3·75 gm. natriumcarbonattal, 1 gm. thymollal és 10 kcm. chloroformmal.
3. 150 gm. fél órán keresztül *főtt gyomor nyálkahártyát*, 350 kcm. vizet, 2·5 gm. natriumkarbonátot, 1 gm. thymolt és 10 kcm. chloroformot.
4. 220 gm. *gyomorizomzatot*, 440 kcm. vizet, 3·3 gramm natriumkarbonátot, 1 gm. thymolt és 10 kcm. chloroformot.

Négy hét mulva leszürve a folyadékot, egyik sem adta a tryptophanreactiot. Mindenek előtt az eredeti szüredékeket vizsgáltam meg s azután tettem velük emésztési kisérleteket. Azok elnyeléstényezői a spektrophotometriás eljárás szerint:

1. a fundus-kivonaté 0·46576,
2. a pylorus-kivonaté 0·32022,
3. a főtt gyomornyálkahártya kivonatáé 1·76860,
4. a gyomorizomzat kivonatáé 0·54434.

Mindannyi kivonat ecetsavra erősen megzavarodott, a pyloruskivonat mucinosusan coagulált, míg a többi kivonat nem. Ha a nyert értékeket egymással összehasonlítjuk, feltünik, hogy a nyers nyálkahártyák kivonatainak kisebb elnyeléstényező felel meg, mint a gyomorizomzat kivonatának és hogy a legtöbb fehérjét a főtt nyálkahártya kivonata tartalmazza. Ily körülmények között önemésztésről nem lehet szó. Minden a mellett szól, hogy itt szerves anyagok vízben macerálásával van dolgunk, mely főleg gyengén lúgos avagy savanyú reactio jelenlétében a fehérjé-

[1] Zeitschrift für physiologische Chemie. 30. k. 163. l.

[1] Die Arzneimittelsynthese stb. 1901. 357. l.
[2] Handbuch der Arzneimittellehre. 1894. 488. l.

nek lassan előhaladó hasonló hydrolysises változását okozza, mint a proteolysises enzymek. Főzés sietteti azokat, innen a főtt gyomornyálkahártya kivonatának magas elnyelésténycezője. Az izomkivonat magasabb elnyelésténycezőjét pedig az adja, hogy az izomállomány fejérjedúsabb, mint a mucosa. A vízben való főzés, híg savak és alkaliák által okozott hydrolysis, alacsonyabb hőmérsékben, 40 C°-on, csak megfelelőleg lassabban folyik le, de lényegében nem különböző.

A fenti kivonatok emésztőképességét, nevezetesen a gyomor fundus- és pylorusmucosa kivonataiét úgy lúgos, valamint savanyú reactioban megvizsgáltam; ha ezek pseudopepsint tartalmaznak, akkor mindkét kivonatnak mind a két féle kémhatás mellett kell emésztenie. Az emésztés megtörténtéről meg lehet győződni, ha az emésztet szüredékét alkali albuminátjától,az oldott globulintól, illetve acidalbumintól megtisztitjuk és így a propepton és pepton mennyiségét meghatározzuk.

Ez okból 50—50 kcm. kivonathoz 2 gm. szárított vérrostanyagot és 0.25 gm. thymolt adtam, s így tettem ki 24 óráig tartó digestionak a thermostatba. Az ez után leszürt folyadékokkal a tryptophanreactio nem sikerült. Miután azokat közömbösités és forralás után újból átszürtem, a funduskivonat lúgos emésztete szüredékének elnyelésténycezője 0·62070, a pyloruskivonaté 0·58394 volt. Ez értékek oly kis fokban nagyobbak az eredeti kivonatok értékeinél (0·46576, illetve 0·32022) hogy azokból nem lehet enzymhatásra következtetni.

(Folytatása következik.)

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. junius 30-dikáig végzett műtétekről.

Közli: *Dollinger Gyula* dr. egyetemi ny. r. tanár.

(Vége.)

VII. Végbél.

191. A végbélkörüli kötőszövet lépfenés gangraenája. Súlyos septikus tünetek a felvételkor. Bemetszések a gát- és fartájon. 16 órával a beszállitás után meghalt.

192. Végbélkörülötti tályog. Megnyitás.

193—196. Végbélsipoly. Sphincterotomia. 4 eset.

197. Fissura ani. Sphincterotomia.

198. Nyálkahártyahabarczok a végbélben. A végbél nyálkahártyájának resectioja Whitehead szerint.

199—200. Végbélelőesés. Végbélresectio (2 eset).

201—213. Viszeres végbélcsomók. Kiirtás Whitehead szerint. 13 eset.

214. Végbélszükület. Végbélresectio.

215. Végbélrák. Végbélresectiora már nem alkalmas. Kikanalazás.

216—220. Végbélrák. Végbélresectiora már nem alkalmas esetek. Colostomia a flexura sigmoideán és a rákos fekély kikaparása. 5 eset.

221. Rák a végbél mellső falán. Transvaginalis végbélresectio.

VIII. Húgy- és ivarszervek.

222—226. Pyelitis. Nephrostomia. 4 eset.

227—228. Pyonephrosis. Nephrostomia. 2 eset.

229. Vesekiirtás. Pyonephrosis miatt régebben készitett vesesipoly. A sipoly hosszú időn át fennáll, gyógyulási hajlam nincs, azért teljes vesekiirtás végeztetik.

230—231. Vesekörülötti tályog. Bemetszés. 2 eset.

232—233. Vándorvese. Nephropexia. 2 eset.

224—228. Hólyagkő. Kőzúzás. 5 eset.

229. Véres vizelés hólyagrák miatt. Magas hólyagmetszés; a daganat kiirtása.

230—231. Heretuberculosis. Castratio. 2 eset.

232—233. Heretuberculosis. A here és mellékhere megbetegedett részleteinek kiirtása. 2 eset.

234. Mellékheretuberculosis. A mellékhere kiirtása, az ondózsinór beplántálása a hereszövetbe Razumovszky szerint.

535. Szétesett gumma a herében és mellékherében. Castratio.

236. Periorchitis haemorrhagica, a here a hegben teljesen összenyomva. Castratio.

237—239. Hydrokele. Bergmann-féle műtét. 3 eset.

240. Hydrokele. Winkelmann-féle műtét.

241. Prostata hypertrophia. Teljes vízeletretentio. Punctio vékony tűvel. 5 hét mulva Bottini-féle műtét.

242—245. Varicokele. Bennet féle műtét. 4 eset.

246—248. Varicokele. Henry-féle műtét. 3 eset.

249—250. Traumatikus húgycsőszükület. A húgycső heges szükült részletének resectioja. 2 eset.

251—252. Húgycsőkő, egyik esetben húgycsősipolytól kisérve. Külső húgycsőmetszés. 2 eset.

253. Veleszületetett fitymaszor. Phymotomia.

254. Régebben végzett phymotomia után erősen megtágult lógó fityma. Circumcisio.

255—256. Húgycsőkörülötti tályog. Bemetszés. 2 eset.

257—258. Himtagrák. A himtag lebenyes amputatioja a lágyékmirigyek eltávolításával. 2 eset.

259—260. A lágyéktáji nyirokmirigyek chronikus hyperplastikus lobja. Mirigy kiirtás. 2 eset.

261. A lágyéktáji nyirokmirigyek genyes lobja. Bemetszés.

IX. Felső végtag.

262. Gümös hónaljmirigyek kiirtása.

263—264. Zsirdaganat a válltájékon. Kiirtás. 2 eset.

265. Kulcscsonttörés. Sayre-féle ragtapasz kötés.

266—267. Idült vállizületi ficzam. Véres úton való visszahelyezés. 2 eset.

268—270. Felkartörés. Gipszsín alkalmazása. 3 eset.

271. A felkar nyilt törése kiterjedt csonteltolással. A törési végek resectioja.

272. Véredénydaganat a felkaron. Kiirtás.

273. A felkar kifekélyesedett és fájdalmas amputatiós csonkja. Reamputatio.

274. Amputatiós neuroma több év előtt, más műtő által végzett amputatio után. Az amputált idegek kikészítése és resectioja.

275. Gümös nyirokedény- és nyirokmirigylob a felkaron. Feltárás, kikanalazás.

276. Könyökizületi zsugorodás kiterjedt bőrhegtől előidézve. Plastica, a könyök kinyujtása.

277—278. A könyökizület idült ficzamodása. Véres úton való vissahelyezés. 2 eset. Egyik betegünk a műtét után a sebből kiinduló phlegmonet kapott, melyből általános genyvérűség fejlődött. Műtét után 1 héttel meghalt. Bonczolásnál az izületek legnagyobb részében, valamint a tüdőben áttételi tályogok voltak fellelhetők.

279. Ankylosis a könyökizületben. Könyökficzamnak régebben történt véres visszahelyezése után. Könyökresectio.

280. A könyökizület gümös lobja annak zsugorodásával. Gipszkötés.

281—282. A könyökizület gümös lobja sipolyokkal. Arthrektomia. 2 eset.

283. Az orsócsont fejecsének ficzamodása mellfelé. A fejecs resectioja.

284. Az orsócsont törése. Gipszsín alkalmazása.

285. Az orsó- és singideg bénulása szúrás után. Az idegek kikészítése, idegvarrat.

286. Idegen test az előkarban. Eltávolítás.

287. Az előkar genyes kötőszöveti lobja. Bemetszések.

288. Többszörös fibromák az előkaron. Kimetszés.

289. Kéztőizületi gümös lob. Arthrektomia.

290. Laphámrák a kézháton. Kimetszés.

291. A kéz zúzódása. Az ujjak csonkjainak kiizelése. Thiersch-féle transplantatio.

292. Az ujjak contracturája. Inátmetszés a II., III., IV. és V. ujjon. Invarrat.

293. Dupuytren-féle ujjzsugorodás. A fascia palmaris kimetszése.

294. Spina ventosa. Az ujj kiizelése.

295. Gümős inhüvelylob. A megbetegedett inhüvely kiirtása.

X. Alsó végtag.

296. Ischias. Quincke-féle lumbálpunctio cocain befecskendezéssel.

297. Angioma a fartájon. Kiirtás.

298. Lött seb a fartájon. Tetanus. A tasakok kiirtása. Antitoxin befecskendezés (2-szer 100—100 egység). Gyógyulás.

299. Nagy periostealis sarcoma a czombon. A czomb kiizelése a csipőizületben.

300—301. Sarcoma a czombon. Kiirtás. 2 eset.

302. Csontsarcoma a sípcsonton. Czombamputatio.

303. Veleszületett atheroma a czombon. Kiirtás.

304—305 Gümős csipőizületi lob. Nyújtó és rögzítő kötés (2 eset).

306. Gümős csipőizületi lob sülyedési tályoggal és a csipőizület zsugorodásával. A tályog punctioja és jodoformglycerin emulsio befecskendése. Nyújtó és rögzítő gipszkötések.

307. Csipőizületi zsugorodás sokizületi csúz után. A csipőizület nyújtása gipszkötésekkel.

308. A czombcsont gümős lobja fertőzött sipolyokkal. Kitárás és kitakarítás.

309. A térdkalács gümős megbetegedése után visszamaradt térdizületi zsugorodás a térdkalács letapadásával. Inmegrövidítés a térdkalács felszabadítása után.

310. Gümős térdizületi lob zsugorosodással. Nyújtó és rögzitő gipszkötés.

311—312. Gümős térdizületi lob fertőzött sípolyokkal. Arthrektomia. 2 eset.

313. Gümős térdizületi lob gyógyulása után visszamaradt nagyfokú térdzsugorodás. Izületi resectio.

314. Gacsos térd, gümős térdizületi lob után. Mac Ewen-féle osteotomia.

315—316. A gümőkór miatt régebben amputált végtagon az alszárcsontvégek gümősödése. Kitárás és kitakarítás. 2 eset.

217. Gümős bokaizületi lob. Bokatehermentesítő gipszkötés.

318—319. A külső boka gümös megbetegedése. Kitárás, a beteg csont eltávolítása. 2 eset.

320. Előhaladott gümős bokaizületi lob, fertőzött sipolyokkal. Alszárcsonkítás Farabeuf szerint.

321—322. A csipőizület heveny traumás ficzamodása. Visszahelyezés. 2 eset.

323. A csipőizület idült traumás ficzamodása. A czombfejecs resectioja.

324—325. A csipőizület idült pathologikus ficzamodása. A czombfejecs resectioja. 2 eset.

326—329. Gacsos térd. Mac Ewen-féle osteotomia. Két egyénnél kétoldali, kettőnél egyoldali. 4 eset.

330. Igen nagy fokú gacsos térd gyermekhüdés mellett. Mac Ewen osteotomia és ostektomia az alszáron.

331. Angolkóros alszárelgörbülések. Ékkivésés az alszárcsontokból.

332. A czombcsont heveny fertőző lobja. Kitárás, felvésés, kitakarítás.

333. A czombcsont heveny fertőző lobja csontláda képződés nélkül, a czombcsont diaphysisének hiányával. Kiizelés a csipőizületben. Ugyanezen betegnél többszörös góczok kitárása.

334—336. A sipcsont heveny fertőző lobja után csontelhalás. Kitárás, felvésés, az elhalt csont eltávolítása.

337. A czombcsont nyakának heveny fertőző lobja következményes czombnyak töréssel. Kitárás, felvésés, kitakarítás.

338—340. Fedett czombtörés. Czombjárókötés. 3 eset.

341—342. Fedett alszártörés. Járókötés. 2 eset.

343. Kétoldali nyilt alszártörés. Gipszsín kezelés. Elhalt csontdarabok eltávolítása.

344—345. Ferdén gyógyult alszártörés. Ostektomia. 2 eset.

346. Viszértágulás az alszáron. A vena saphena kiirtása.

347. Kiterjedt alszárfekély. Thiersch-féle transplantatio.

348—349. Az alszár bőralatti genyes kötőszöveti lobja. Bemetszés 2 eset.

350. A lábnak elhalása czukros húgyár következtében. Schmith-féle térdkiizelés.

351. A láb elhalása. Farabeuf-féle alszárcsonkítás.

352. A láb teljes összezúzatása. Farabeuf-féle alszárcsonkítás.

353—354. Gyermekhüdéses dongalóláb. Inplastica. 2 eset.

355. Gyermekhüdéses dongalóláb. Inmetszés. Redressáló kötések.

356. Merev lúdtalp. Gipszkötés.

357. Veleszületett makrodaktylia. A két túltengett lábujj kiizelése.

Az 1901—1902. tanév második felében összesen 513 fekvő beteget ápoltunk.

A fentiekben kimutatott 11 betegen kivül meghalt még 5 beteg, kiknél műtét nem történt.

Ezek a következők:

Egyik bárzsingszükület esete; tüdőgyuladással hozatott klinikánkra s meghalt ez utóbbi complicatio következtében.

A második beteget gyomorfekély folytán fennálló nagy vérzésekkel hozták a kórodára. Behozatalakor nagyon gyenge s hatod napra felvétele után meghalt.

Egyik betegünk gyomordaganatra gyanús állapotban jött hozzánk. Sokat hány, igen legyengült s semmiképen nem juthat annyi erőhöz, hogy megoperáltathassék, hanem 1 hónappal felvétele után teljesen kimerülve meghalt.

Negyedik esetben öntudatlan beteget hoztak a kórodára, kinél a pulsus szapora, végtagok igen hüvösek, kékek. Hat nap óta fennálló bélelzáródás állott fenn. A beteg annyira elesett, hogy műtéthez már nem fogunk s a beteg néhány órával felvétele után meghalt.

Végre ötödik esetünkben hólyagkő diagnosisával fekvő beteg erős lázas mozgalmak közben 20 nappal felvétele után meghalt. A bonczolásnál több hólyagkő találtatott. Halálát genyes pyelitis és pyelonephritis okozta.

A vegyes ambulantián — vezető orvos Zimmermann Károly dr. tanársegéd — folyó év január 1-jétől junius 30-dikáig megjelent 5192 beteg.

A csont- és izületi bántalmak rendelésén — vezető orvos Holzwarth Jenő dr. műtőorvos — megjelent 1138 beteg.

A húgyszervi bántalmak rendelésén — vezető orvos Illyés Géza dr. tanársegéd — megjelent 192 beteg.

Az ambulantiának összes betegei ezen félév alatt 15591 látogatást tettek, rajtuk 1080 műtétet végeztünk és 276 gipszkötést alkalmaztunk. Gümős tályogok jodoformglycerinnel való kezelése 52 esetben történt.

Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.)

Mennyiben értékesíthető a cytodiagnosis a mellűri és hasűri folyadékok természetének elbirálásánál?

Irták: *Kétly László* dr. I. tanársegéd és *Torday Árpád* dr. klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

VIII. Gy. A. 17 éves, fodrászsegéd. Beteg lett 1901. januárban, felvétetett 1902. január 18-dikán, távozott február 22-dikén, K. D. Exs. pleurit. lat. sin. Inf. ap. pulmon.

Bajára vonatkozólag előadja, hogy az egy év előtt kezdődött erős köhögéssel és zöldes-sárga köpetnek bőséges ürítésével. Többször előfordult, hogy köpete véres volt. *2 hónap* óta bal oldalában főleg mély légvételnél szúrást érez, lélekzete nehéz, forróságai vannak, erősen köhög és éjjel izzad. Utóbbi időben nagyon lefogyott. *Felvételi állapot:* A jobboldali kulcscsont feletti és alatti árkokban kissé tompult a kopogtatási hang, mely a II. bordánál t. é. n. d. kopogtatási hangba megy át. Ugyancsak tompult a kopogtatási hang a jobb tövis feletti árokban is. Baloldalt a kulcscsont feletti és alatti árkokban szintén erősen tompult a kopogtatási hang, mely a III. borda alsó szélénél absolut tompává lesz. Hátul a tövis feletti árokban ugyancsak tompult a kopogtatási hang, mely a III. bordánál feltisztul, az V. bordánál pedig absolut tompává lesz. A bal csúcs felett hörgi alaplégzés hallható, egyébként mindkét csúcs felett szörtyzörejek, búgás és füttyhangok. A baloldali tompulat felett a légzés, bronchophonia és pectoral-fremitus erősen gyengült.

Köpetben *igen sok tuberculosis-bacillus.* Január 29-dikén végzett próbapunctio eredménye tiszta, sárgás savó, melynek fajsúlya 1021, fehérje

mennyisége 3% volt. Betegen január 30-dikán punctio végeztetett, a mikor is 950 cm³ tiszta, sárgás savó ürült.

Betegnek a kórodán létele alatt 38·6° C.-ig terjedő hőemelkedései voltak, sokat köhögött főleg éjjel és izzadt. Beteg a kórodán való léte alatt többször megcsapoltatott.

Távozáskor mindkét csúcs tompult, felettük búgás és füttyhangok hallhatók.

A pleuralis folyadékban sok lymphocyta.

IX. K. J. 25 éves gyümölcsárus. Beteg lett 1902. márczius végén, felvétetett 1902. április 9-dikén. Eltávozott 1902. április 12-dikén.

Klinikai diagnosis: Exsudatum pleuriticum lat. sinistri. Infiltratio apicis pulmonis sin. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy azt 14 nap előtt meghűléstől kapta, akkor kirázta a hideg, majd forrósága lett, bal oldalában pedig úgy lélekzésnél, mint köhögésnél szúrást érzett, Lélekzete nehéz, keveset köhög, nem köp.

Felvételi állapot: A jobb kulcscsont feletti és alatti árokban, valamint a tövis feletti árokban tompult a kopogtatási hang. A bal kulcscsont feletti és alatti árokban erősen tompult a kopogtatási hang, mely a parasternalis vonalban a III. bordától lefelé absolut tompává lesz, a bimbó és középső hónaljvonalban ugyancsak a III. bordától lefelé nyerünk absolut tompa kopogtatási hangot. Hátul baloldalt a tövis feletti árokban erősen tompult kopogtatási hangot nyerünk, a scapularis és gerincz melleti vonalban a II. bordától a IV. bordáig t. é. n. d. a kopogtatási hang, a IV. bordától az V-ig erősen tompult és az V-től lefelé absolut tompa kopogtatási hangot nyerünk. Mindkét tüdőcsúcs felett érdes légzés hallható, a baloldali felett ropogás, hátul hörgi színezetű légzés. Az alsó tompulat felett légzés, bronchophonia és pectoral-fremitus teljesen hiányzik.

Betegen április 10-dikén *punctio végeztetett*, mikor is 900 cm³ tiszta sárgás savót nyertünk, melynek fajsúlya 1019, fehérjetartalma 3% volt. Távozási status: elül a középső hónaljvonalban a VI. bordáig, hátul a scap. és a gerincz melletti vonalban a VII. bordáig tisztult fel a kopogtatási hang.

A pleuralis váladékból 20 cm³ tengeri malaczba oltatott, az állat a beoltás után rövid időre megdöglött, de nem tbc. folytán s így e vizsgálat eredménytelen.

A pleuralis váladékban górcső alatt sok lymphocyta találtatott.

X. B. M.-né 29 éves, villamos gépész neje. Beteg lett 1902. márcziusban, felvétetett 1902. április 1-én, eltávozott 1902. május 10-dikén. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy az márczius elején nagyfokú éjjeli forrósággal, izzadással, majd köhögéssel és oldalszúrással kezdődött. Nyakának bal, később jobb oldalán is ludtojás illetve diónagyságú daganat képződött, lélegzete nehéz volt.

Felvételi állapot: Mély légvételnél a bal mellkasfél alsó része elmarad. Mindkét kulcscsont feletti árokban az ott levő tumorok felett tompa a kopogtatási hang, bal oldalon a kulcscsont alatt is tompulat van, úgyancsak a baloldali középső honaljvonalban a IV. bordától lefelé absolut tompa kopogtatási hangot nyerünk. Mindkét oldali tövis feletti árokban tompa a kopogtatási hang. Bal oldalon hátul alul a VI. borda alsó szélénél kezdődik a tompulat, mindkét tüdőcsúcs felett érdes be- és megnyúlt kilégzés, a bal oldalon ezenkivül búgás, egy-egy füttyhang és szörtyzörej hallható. A bal oldalon nyert tompulat felett légzés nem hallható, a mellrezgés és hörghangzás pedig gyengült. A bal mellkasfélből próbapunctioval nyert folyadék fajsúlya 1021, fehérje tartalma 2% volt, a köpetben *tuberculosis bacillusok nagy mennyiségben vannak*. Április 9-dikén végzett punctio eredménye 1200 cm³ savó kevés vérrel keverve, fajsúly 1022, fehérje tartalma 3·5%.

Betegen május 4-dikén ismét punctio eszközöltetett, a mikor is 1100 cm³ sárgás folyadékot nyertünk, melynek fajsúlya 1013, fehérje tartalma 2¾% volt. Betegnek a kórodán léte alatt 38·5° C-ig terjedő hőemelkedései voltak, éjjel sokat köhögött. Klinikai diagnosis: Tuberculosis pulmonum. Exsudatum pleuriticum lat. sinistri. Lymphomata colli.

A pleuralis váladékban górcső alatt piros vérsejtek mellett lymphocytákat, néhány polynuclearis leukocytát és endothelsejteket is láttunk. Távozáskor a csúcsokon tompulat; a bimbóvonalban az alsó tompulat mellül a VI., hátul a VII. bordáig feltisztult.

XI. R. A. 17 éves. Beteg lett 1902. márczius hó 24-dikén, felvétetett 1902. április 14-dikén, meghalt május 14-dikén.

Családi terheltség nincs. Jelen baja folyó évi III/24-dikén meghűléssel kezdődött, azóta jobb oldalában mély légvételkor fokozódó szúrásokat érez, köhög, elgyöngült, lesoványodott. Felvételi állapot: A rendkivül lesoványodott s halovány beteg mellkasa hosszúkás. A jobb mellkasfél alsó bordaközei a túloldalénál tágabbak, mély légvételkor alig tágulnak. A jobb kulcscsont feletti és alatti árokban rövidebb a kopogtatási hang, mint a túloldalon, mellül úgy a szegycsont melletti, mint a bimbó- és középső hónaljvonalban a III. bordától lefelé tompa a kopogtatási hang, a mely onnan lefelé az egész mellkasfélen leterjed.

Hátul jobboldalt a lapoczka feletti árokban szintén rövidebb a kopogtatási hang, azon túl megközelíti a t. é. n. dobost a gerincz melletti vonalban a IX., a lapoczka vonalban a VI. bordáig. Bal oldalon a kissé dobos szinezetű kopogtatási hang a szegycsont melletti vonalban a bordaivig, a középső hónaljvonalban a VIII. bordáig terjed. Ezen mellkasfél alsó része jóval tágabb a jobbnál, azonban légzési kitéréseket végez.

Hátul a tüdőhatárok normálisak. Hallgatódzva jobboldalt hátul a lapoczka közben hörgi légzés mellett csengő szörcszörejek hallhatók, a középső hónaljvonalban amphoriás a légzés, míg mellül a szegycsont melletti és a bimbóvonalban légzés egyáltalán nem hallható. A bal tüdőfél felett általában érdes légzés hallható szörcszörejekkel.

Szívtompulat a bal mellkasfél felett nem kopogtatható ki. A jobboldali mellkasfélen több helyen végeztünk próbacsapolást. A tű mindenütt ellentállásra talált, a melyen alig tudott áthatolni, a mellkasból semmi sem ürült; köpetvizsgálat: a köpetben sok tuberculosis bacillus volt. Beteg felvételétől kezdve állandóan magas lázakban szenvedett, május hó 14-dikéig bekövetkezett haláláig.

Klinikai diagnosis: Phthisis pulmonum cum cavernis. Pleuritis adhaesiva lat. dextri.

Kórboncztani diagnosis: Pneumonia caseosa et ulcerosa cum peribronchitide tuberculosa, insaequelam perforationi et glandulae bronchiales caseosae ad bronchum dextrum. Caverna megna lobi inferioris ex colliquatione massae caseosae, synechia callosa pulmonis dextri et pleuritis fibrinosa serosa haemorrhagica sinistra. Pericarditis incipiens sero-fibrinosa. Tuberculosis miliaris lienis intumescentis et hepatis. Infiltratio caseosa glandularum mesaraicarum gastrarum lymphaticarum. Tuberculosis enterica incipiens et catarrhus intestini crassi. Atrophia, anaemia universalis. — *A sectio alkalmával a bal mellkasürben levő exsudatumban*: lymphocyta 787, endothelsejt 27 volt.

XII. T. I. 36 éves, napszámos. Beteg lett 1902. február hóban, felvétetett márczius hó 3-dikán, elbocsáttatott 1902. április hó 2-dikán.

K. D. Tuberculosis pulmonum. Exsudatum pleuritic. lat. dextri. Positiv köpet lelet. Baja hidegrázással kezdődött, azóta forróságai vannak s jobb oldalában szúrást érez. Jobb oldalon mellül a szegycsont melletti vonalban a IV., hátul a gerincz melletti vonalban a III. bordától lefelé terjedő tompulat. A jobb csúcs felett érdes alaplégzés mellett búgások és füttyhangok hallhatók. A csapolás alkalmával, a mely III/14-dikén történt, a mellkasürből mintegy 200 kcm. sárga savó ürült, a melynek fajsúlya 1021, fehérje tartalma 4% volt.

A pleuraváladékkal beoltott malacz 4 hét mulva peritonitis tuberculosában elpusztult. Távozási lelet: Mindkét tüdőcsúcs felett tompult a kopogtatási hang úgyanott ropogás és szörtyzörejek hallhatók. Hátul a VIII. bordáig tisztult fel a kopogtatási hang.

Cytologiai lelet: A látótér majdnem csupa lymphocytából áll, mellettük 1—2 endothelsejt s leukocyta is látható.

XIII. P. Róza, 14 éves, mezőőr leánya. Beteg lett 1902. február elején, felvétetett április hó 26-dikán, távozott junius 7-dikén.

Kórelőzmény: Családi terheltség nincs. 12 éves korában állitólag tüdőgyuladást állott ki. Azóta kisebb megszakitásoktól eltekintve, majdnem állandóan köhög, alig köp, izzad, főleg reggel felé. 1902. február elején megfázott, utána kirázta a hideg, egyidejűleg jobb oldalában heves szúrásokat érzett, a mi főleg köhögéskor kinozta. 10 hete fekvő beteg. *Felvételi állapot:* Mellkas kicsiny, keskeny, laposdad, részaránytalan, a jobb mellkasfél felső részén lelapult, retrahált, itt a bordaközök behúzódtak, míg oldalsó alsó részén aránytalanul elődomborodó. E részen a bordaközök igen szélesek, elsimultak. A jobb kulcscsont feletti árokban igen erősen tompult a kopogtatási hang, a kulcsont alatti árokban már absolut tompa, a mely mint ilyen leterjed valamennyi vonalban. Hátul a III. csigolya magasságától lefelé kapunk tompulatot. A bal tüdőfél felett mindenütt t. é. n. dobos a kopogtatási hang, ezen mellkasfél tüdőhatárai normalisak. A jobb mellkasfél felett a csúcsoktól eltekintve, hol hörgi színezetű a légzés, légzés egyáltalában nem hallható, úgyanitt a mellrezgés és a hörgi hangzás is gyengült.

Beteg a kórodán való tartózkodása alatt majdnem állandóan lázas volt. Pungáltatott a felvételkor, továbbá május 5.-én, 12.-én és 27.-én. Minden egyes alkalommal tiszta sárga savó ürült, a melynek fajsúlya 1020—1022 volt, fehérje tartalma 2·5—3%. A köpetben tuberculosis-bacillusok találtattak.

Távozási állapot: tompulat felső határa mellül a parastern. vonalban az V. borda, hátul a lapoczka vonalban a VII. borda, a jobb mellkasfélen a retractio thoracis tünetei láthatók. A jobb tüdőcsúcs felett tompult a kopogtatási hang, hallgatódzáskor ugyanott szörtyzörejeket hallunk. V/27.-én: Lymphocyta 190, endothelsejt 43.

XIV. K. Zs. 20 é., orvostanhallgató. Beteg lett a felvétel előtt 4 héttel. Felvétetett 1902. április 11-dikén. Elbocsáttatott 1902. junius 10-dikén. Anyja tüdőbajban halt meg, egy testvére szintén mellbajos volt. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 4 héttel ezelőtt a gerinczoszlop mellett szúrásokat érzett, később ezek jobb oldalában is felléptek és főleg lélekzésnél jelentkeztek. Éjjel erősen izzad, sokat köhög és sárgás szinű köpetet ürít.

Felvételi állapot: Mély légvételnél a jobb mellkasfél alsó részében kissé visszamarad. A jobb kulcscsont feletti árokban kissé tompult a kopogtatási hang. Jobb oldalt a középső hónaljvonalban a VIII. bordától, hátul a scapularis és gerincz melletti vonalban a VIII. bordától lefelé nyerünk tompulatot. A jobb tüdőcsúcs felett kissé érdes légzés és egy pár szörtyzörej hallható. A jobb tüdő felett hátul a VII. bordától lefelé légzés alig hallható, ugyanott a bronchophonia és pectoral-fremitus gyengült; köpetvizsgálat tuberculosis bacillusokra negativ eredményt adott.

Betegen április 12-dikén végzett própapunctio eredménye világos szalmasárga, tiszta folyadék, melynek fajsúlya 1021, fehérjetartalma 2·5% volt.

Ezen folyadék cytologiai vizsgálata alkalmával azt találtuk, hogy abban lymphocyta 289, polynuclearis leukocyta 123, endothelsejt 81 volt.

A 20 cm³-nyi váladékkal beoltott tengeri malacz 3 hét mulva gümőkórban elhullt.

Május 13-dikán a beteg megcsapoltatott. A mellürből 300 cm³ tiszta savó ürült, ebben lymphocyta 1155, polynuclearis leukocyta 7, endothelsejt 6 volt.

Távozáskor a jobb tüdőcsúcs felett érdes légzés hallható számos szörtyzörejjel. A tompulat felső határa hátul a VII. borda.

*

2. Másodlagos idült mellhártyalobok.

XV. W. P. 31 éves, napszámos. Beteg lett 1902. februárban, felvétetett 1902. május 31-dikén. Eltávozott 1902. junius 4-dikén. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy február elején meghűtötte magát, köhögni kezdett, forrósága volt, majd bal oldalában szúrásai támadtak, ezután is sokat köhögött, nehéz légzése volt, éjjel keveset izzadt.

Félvételi állapot: Bal mellkasfél szűkebb a jobbnál, légzésnél visszamarad. A bal tüdő felett a középső hónaljvonalban az V. borda alsó szélétől kezdve lefelé tompa hopogtatási hangot nyerünk. Hátul a gerincz melleti vonalban a VI. borda felső szélétől, a lapoczka vonalban az V. borda alsó szélétől kezdve lefelé nyerjük a tompulatot. A jobb tüdőcsúcs felett érdes légzés és pattogás is hallható. A tüdők felett mindenütt érdes a légzés búgásokkal és füttyhangokkal. A tompulat felett gyengült úgy a légzés, mint a pectoral-fremitus és bronchophonia. *Köpetvizsgálat tuberculosis-bacillusra negativ eredményt ad.*

A május 31-dikén végzett próbacsapolás eredménye kevés fehéres-sárgás zavaros folyadék.

Beteg junius 3-dikán megcsapoltatott, mikor is csak 4—5 kcm. zavaros-sárgás folyadék ürült. Betegnek a kórodán léte alatt 38·1° C.-ig terjedő hőemelkedései voltak. Éjjel keveset izzadt, keveset köhögött.

Klinikai diagnosis: Exsudatum pleuriticum lat. sin. cum consequentibus adhaesionibus pleurae. Catarrh. ap. pulm. dextri (?)

Cytologiai lelet: Piros vérsejtek mellett elmosódott körvonalú kerek képletek, melyek bevágások által több részre osztottak és öbbnyire neutrophil granulatiot mutatnak. E mellett nagyobb, többnyire kerek képletek láthatók nagy maggal és elég nagy protoplasmaszegéllyel. Néhány a plasmaszegélyt elvesztette és csak a mag látszik. A mag egyenlőtlenül, részben egyáltalán nem festődött.

XVI. T. Sz. 37 éves, földmives. Beteg lett 1902. januárban. Felvétetett 1902. márczius 12.-én. Eltávozott 1902. márczius 17.-én. Egy testvére 25 éves korában mellbajban halt meg. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 1902 év eleje óta köhög és zöldes-sárga köpetet ürített. Utóbbi időben nagyon lesoványodott és elgyengült és olykor forróságai is voltak. Felvételi állapot: kulcscsont feletti és alatti árkok erősen besüppedtek, mély légvételkor a bal mellkasfél elmarad. Mindkét csúcs felett rövidebb a kopogtatási hang; baloldalt a II. bordaközben kissé dobos szinezetű. Bal oldalon mellül a szegycsont melletti vonalban a III. borda alsó szélétől a középső hónaljvonalban a IV. bordától lefelé nyerünk tompa kopogtatási hangot, hátul baloldalt mindkét kopogtatási vonalban a VI. bordától lefelé tompa a kopogtatási hang. Mindkét csúcs felett érdes alaplégzés mellett számos szörtyzörejés pattogás hallható. A fent leirt tompulat felett légzés nem hallható, a bronchophonia és pectoralfremitus gyengült.

Köpet: zöldes-sárga, nyulós, benne tuberculosis bacillusok találhatók.

Betegen márczius 12-dikén eszközölt próbacsapolás alkalmával a bal mellkasfélből tiszta, sárgás savó ürült, melynek fajsúlya 1007, fehérje tartalma 2·5% volt. Márczius 15-dikén végzett csapoláskor 1000 cm³ kissé zavaros barnás-sárga folyadékot kaptunk, melynek fajsúlya 1021, fehérje tartalma 3% volt.

Betegnek a klinikán való tartózkodása alatt 38·3° C-ig terjedő hőemelkedései voltak. Sokat köhögött főleg éjjel és reggel felé.

Távozásakor megejtett vizsgálat alkalmával hátul baloldalt a gerincz melletti vonalban a X., a lapoczka vonalban pedig a VIII. bordáig találtuk feltisztultnak a tompulatot. A tüdők felett mindenütt nagy hólyagú, majdnem csengő szörtyszörejek voltak hallhatók.

Klinikai diagnosis: Phthisis pulmonum cum cavern. Exsudatum pleuriticum chron. lat. sin.

A pleuralis váladékban általában kevés a sejtes elem s ezek jobbára kis polynuclearis leukocyták, neutrophil granulatioval. Polynuclearis 12, lymphocyta 2, néhány endothelsejt.

A pleuralis váladék 20 cm³-ével beoltott állatt a beoltás után 21 nappal gümőkór tünetei között pusztult el.

Látszólag friss eset, az alakelemek szerint chronikus.

XVII. Sz. I. 48 éves, kereskedősegéd. Beteg lett 1900. októberben. Felvétetett 1902. márczius 19.-én Eltávozott 1902. márczius 24. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy az 1900. év őszén kezdődött szivdobogással, nehéz légzéssel, később bal oldalában szúrásokat érzett eleinte mellkasának alsóbb részeiben, majd feljebb is. Egy fél év óta már köhögés is kinozza, a mi főleg éjjel jön reá, ilyenkor zöldes köpetet ürit.

Felvételi állapot: Mély légvételnél a bal mellkasfél visszamarad. Jobb oldalt a tüdőcsúcs felett kissé tompult a kopogtatási hang a kulcscsont feletti árokban. Bal oldalt mellül a szegycsont melletti vonalban a III. borda alsó szélétől, a középső hónaljvonalban a VI. bordától, hátul pedig a gerincz melletti és lapoczkavonalban a VI. bordától lefelé nyerünk tompa kopogtatási hangot. A jobb csúcs felett a légzés határozatlan, ugyanott nehány pattogás is hallható. A leirt tompulat felett a légzés, mellrezgés és a hörgi hangzás is gyengült. Szivcsúcs felett a diastoles hang kissé tompa, az aorta felett egy erős diastoles zörej hallható.

Próbapunctio alkalmával a bal mellkas űrből tiszta, sárga savó ürült.

Márczius hó 21-dikén betegen csapolás eszközöltetett, mikor is 50 cm³ tiszta, sárgás savó ürült a bal mellkasfélből.

Betegnek a kórodán léte alatt láza alig volt, keveset köhögött. *Távozási lelet:* A felvétel alkalmával talált viszonyokkal egyezik. Cytologiai lelet: Polynuclearis leukocyta 51, endothelsejt 15, lymphocyta 2. Endothelsejtek és azok foszlányai mellett többnyire polynuclearis leucocyták láthatók, mellettük 1—2 lymphocyta és piros vérsejt.

A III/21.-én eszközölt csapolás alkalmával nyert váladékkal egy tengeri malacz beoltatott, de az a beoltás napján elpusztult.

Klinikai diagnosis: Exsudatum pleuriticum lateris sinistri. Insuff. valv. semilunar. aortae. Infiltratio apicis pulmonis dextri.

XVIII. B. D. 36 éves, községi jegyző. Beteg lett 1902. februárban, felvétetett 1902. május 12-dikén, elbocsátattott 1902. május 27-dikén. Jelen baja szúrásokkal kezdődött, melyek mindkét oldalában, valamint hátul a lapoczkák között jelentkeztek. Sokat köhögött, forróságai voltak, éjjel erősen izzadt. Majd nehéz légzése támadt és erősen lesoványodott.

Felvételi állapot: Mindkét kulcscsont feletti és alatti árokban, (főleg a jobb oldalon) és hátul a tövis feletti árokban tompult kopogtatási hangot nyerünk.

Jobb oldalon a parasternalis vonalban a IV. borda felső, a bimbó vonalban a IV. borda alsó szélétől, a középső hónaljvonalban a VI. bordától lefelé kapunk absolut tompulatot, hátul pedig a VII. bordától lefelé. Bal oldalt a bimbó vonalban a IV. bordától, a középső hónaljvonalban a VI. bordától lefelé nyerünk tompa kopogtatási hangot. Bal oldalon hátul a scapularis vonalban a VI. borda alsó szélétől lefelé van a tompulat. Traube-féle tér kissé kitöltött. Mindkét tüdőcsúcs felett érdes megnyult belégzés és hallható kilégzés van, főleg a jobb oldalon egy pár szörtyzörejjel. A mellkas alsó részein nyert tompulat felett légzés alig hallható, pectoral-fremitus és bronchophonia gyengült.

Május 12-dikén eszközölt próbacsapolás eredménye: kevés savó, melynek fajsúlya 1026, fehérjetartalma 5% volt. (Mindkét oldalon csapoltatott.)

Betegen május 13-dikán punctio végeztetett, mikor is alig 100 cm³ folyadék ürült, eleinte tisztán, majd vérrel keverve.

Betegnek a kórodán léte alatt kisebb hőemelkedései voltak. Sokat köhögött különösen éjjel és zöldes-sárgás köpetet nagy mértékben üritett. Köpet vizsgálat tuberculosis-bacillusokra positiv eredményt adott.

Cytologiai lelet: A látótérben kevés a sejtes képlet, ezek többnyire lymphocytákból állanak, ezek mellett egy-két polynuclearis leukocyta és endothelsejtek foszlányai láthatók. A jobb oldali exsudatumban lymphocyta 7, endothelsejt 14, polynuclearis 2. A baloldali exsudatumban szintén kevés elmosódott határú sejteselem található.

XIX. G. G. 22 éves földmives. Beteg lett 1902. februárban, felvétetett 1902. május 28-dikán. Eltávozott 1902. május 30-dikán. Egy testvére 14 éves korában mellbajban halt meg. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy február elején bal oldalában szúrást kezdett érezni, forróságai voltak, éjjel izzad. Márczius közepén már légzési nehézségei támadtak. Márczius végén megcsapolták és 2 liter folyadékot bocsátottak ki melléből. 1902. február havában köpött első izben vért, azóta pedig ez többször ismétlődött.

Felvételi állapot: A bal mellkasfél a kulcscsont alatti tájékon besüppedt, alsó része szűkebb a túloldalinál és mély légvételkor elmarad. A bal tüdőcsúcs felett hátul a tövis feletti árokban, valamint a kulcscsont feletti árokban is tompult, a jobb csúcs felett valamivel rövidebb a kopogtatási hang. A bal tüdő felett a középső hónaljvonalban a VI. borda alsó szélétől kezdve tompa kopogtatási hangot nyerünk. Hátul bal oldalt a gerincz és a lapoczka vonalban a VII. bordánál kezdődik a tompulat. A bal csúcs felett nehány szörtyzörej hallható, a jobb csúcs felett hangos kilégzés van. A bal oldali alsó tompulat felett gyengült úgy a légzés, mint a mellrezgés és hörgihangzás.

Május 28-dikán a betegen próbacsapolás eszközöltetett, mikor is a bal mellkasfélből fehéres-sárga zavaros savó ürült. Ugyanaz nap betegen csapolást végeztünk és 300 cm³ zavaros savót nyertünk, melynek fajsúlya 1020, fehérjetartalma 3·5% volt.

Klinikai diagnos: Infiltratio apicum pulmonum. Pleuritis chronica cum retractione thoracis lat. sinistri.

Pleuralis váladékban általában kevés a sejtes elem, melyek felismerése nehezen sikerül, miután a képletek rosszul festődtek s a kép elmosódott.

XX. Sz. J. 39 é. Beteg lett 1901. február hóban, felvétetett 1902. február hó 24-dikén. Jelen bajáig, a mely 1901. február havában mellfájással és forrósággal kezdődött, teljesen egészséges volt. 2 hét mulva fulladás és nehéz légzés társult bajához, 6 hét mulva anyira elgyengült, hogy ágyba kellett feküdnie. 1901. junius havában jobb mellkasfelébe három helyen is beszúrtak, de csak egy helyen tudtak kevés savót kapni. Felvételkor panaszait erős oldalszúrás, nehéz légzés és fulladás képezik; azonkivül 3 hónap óta a dereka is erősen fáj, a mi miatt rosszul jár s ágyában nem tud felülni. A jobb mellkas alsó részén hátul a VIII. bordától lefelé tompulatot kapunk, egyébként a tüdőcsúcsok szabadok; a tompulat felett légzés nem hallható, míg a tüdők többi része felett itt-ott szörcszörej hallható. Beteg köpetet nem ürit. 1902. II/25.-én pungálva lett; a jobb mellkasürből 650 kcm. zavaros, kissé *genyes* folyadék ürült, a melynek fajsúlya 1021, fehérjetartalma 3% volt. *Vizeletében fehérje kimutatható.* K. D. Pleur. exsud. lat dextri. *Nephritis parench. chronica.*

Cytologiai lelet: Pleuralis váladékban zsírosan és szemcsésen szétesett hámsejtek mellett neutrophil szemcsézettségű polynuclearis leukocyták találtattak.

XXI. G. B. 42 éves, kovács. Beteg lett 1901. november 7.-én, felvétetett 1902. február hó 20.-án. K. D. Pleur. exsud. chron. lat. dextri subsequ. adhaes. et retract. thoracis. Betegnél majdnem az egész jobb mellkasfél felett tompa kopogtatási hangot kapunk. Hőemelkedései nincsenek, köpetet nem ürit. Beszúrás alkalmával a tű mindenütt erős

ellentállásra talált; három helyen eszközölt beszúrással mindössze 100 kcm. sárgás, áttetsző savó ürült a jobb mellkasfélből, a melynek fajsúlya 1021, fehérjetartalma 3·5% volt.

A váladék górcsövi vizsgálata alkalmával benne szétesett *endothelsejtek* és néhány polynuclearis leukocyta találtatott.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Úti levelek.

(Vége.)

Több mint 25 fejen végzett vizsgálataimnál kitünt, hogy csupán három esetben volt egy közös válaszfal jelen, mely a Highmor-üreget az iköböltől elválasztotta. Tehát ha ezen általam kimutatott anomalia jelen van, akkor a Highmor-üregen át egyenesen meg lehet nyitni az iköblöt; rendes viszonyok között a műtő két eshetőséggel áll szemben, belül az orrüregbe jut és csak azután nyitja meg az iköbölt, ezzel az eshetőséggel baj nem történhetik, oldalt azonban a fossa pterygopalatina, a foramen sphenopalatinum edény- és idegképletei sérülhetnek, a mint ezt maga Jansen is észlelte. Lehetnek vérzések, melyek az edények anomaliáinak eseteiben komolyak is lehetnek, továbbá fájdalmak és zavarok a megfelelő idegek területében. Ezen eshetőséget figyelembe kell venni, melyet teljesen kikerülhetünk az iköbölnek rendes endonasalis megnyitásával.

A magunk álláspontját a Highmor-üreg megbetegedésének gyógyítására nézve észleleteink és vizsgálataink alapján közelebb egy önálló dolgozatban fogjuk közölni e lap hasábjain és ezért ez alkalommal annak ismertetésétől eltekintek, ugyanott egyszersmind az egyes eljárások kritikai egybevetéséről is szó lesz.

Itt még megemlítem, hogy Jansennél egy 3 cm. hosszú és 1 cm. magas állcsonti cysta esesetét láttam, mely a Highmor-üreg előtt volt elhelyezve az állcsontban.

Általában kevesebb hívével találkoztam a gyökeres feltárás eljárásának és a hol indokolt volta nyilvánvaló, általánosan a *Luc* eljárása talált rokonszenves elfogadásra, a többi eljárások váltakozva alkalmaztatnak jó és változó eredménynyel. Miről különben bővebben más alkalommal.

A kagylók túltengéseinek therapiája is hullámzást mutat. Vannak merev álláspontok, melyek nem helyeselhetők. Igy nem lehet helyeselni, hogy ezek a túltengések csupán ecsetelésekkel kezeltessenek, valamint túlzás a kauter teljes elvetése vagy a nyakrafőre végzett conchotomiák. Különösen kevés kivétellel engedhető csak meg az orrkagylók teljes eltávolítása, hisz azoknak fontos functioját kizárni, nem is szólva a káros következményekről, nem szabad. A helyes középút, és ezt sokan és magunk is teszszük, hogy a túltengett kagylóvégek akár elül, akár hátul eltávolittatnak, megfelelő esetekben pedig a kauterrel mélyrehatható vonalas égetéseket eszközlünk a túltengés, duzzanat nagyságának megfelelő számmal. Igaz, hogy sokat vétettek a galvanokaustika terén, és az indokolt beavatkozás is óvatosságra int, nehogy infectio történjék, de ez minden rhinochirurgiai beavatkozásnál szükséges, mert az orrgarat és torok nyirkmirigy gyűrűi az orr nyirkedényeivel góczai az oly gyakori infectionak. Különben a rhinochirurgiai beavatkozásoknál gyakrabban fellépő compl catiok okainak felderítésével és elháritásával több szakcollega foglalkozik ez idő szerint.

Ugyancsak eltéréseket találtunk az orrgarat mirigyes növedékeinek therapiáját illetőleg. Egyéni dolog az éles fogóval vagy a curettel való eltávolitás, mindkét esetben a gyökeres eltávolitás a fődolog, miről a control-vizsgálat mindkét esetben meggyőz. A lényeges az utóvérzés elkerülése, a mi nem egyszer az ép garatnyákhártya megsértésével idéztetik elő. Az adenoid vegetatiokat én eddig narcosisban nem operáltam, sok helyütt nem narkotizálnak, míg Angliában kivétel nélkül narcosissal megy a műtét. A rendes narcosison kivül alkalmazásba jön úgy a bromaethyl, mint a kéjgáz. *Fränkel* Berlinben egy ideig szintén alkalmazta a bromaethylt, de kétszer olyan nagy asphyxiát észlelt, hogy végkép elállt a narcosistól. *Körner* tanár maga erélyesen szólva egyenesen bűnnek tartja ennél a műtétnél a narcosist. Lehetnek egyes esetek, a hol a narcosis indokolt, de általában egészen jól ellehetünk nélküle.

Brüsszelben találkoztam és eszmecserét folytattam az idősb és fiatal Capart, Cheval, Bayer, Delsaux collegákkal.

Poliklinikákon és kórházi rendelő helyiségekben működnek. *Cheval*-nak meg van engedve, hogy a sebészi osztályon felvett betegeit operálja bizonyos szabad napon és órában. Különben csak rendelő helyiségei vannak a kórházban, melyek a nagy betegforgalommal szemben szűkek.

Egy szép esetét láttam, melynél epileptikus rohamokat szüntetett meg a lágyszájpad összenövésének és az orrgaratüregnek szabaddá tétele által. Az ifjú Capart egy Highmorüreg empyema esetét gyökeresen operálta és ez alkalommal meggyőződtem a Lorenz-féle eszköz alkalmas voltáról, melylyel egy csapásra lehet a Highmor-üreg mediális falán az ellennyilást megcsinálni. Ugyancsak ő mutatott nekem egy ritka készitményt, melynél a Highmor-üreg a felső állcsont hátsó részében volt elhelyezve, mig a fossa canina helyén a rendellenesen kiterjedt alsó orrjárat volt látható. Ez esetben az élőben a fognyujtványon át vagy a fossa caninán át csak az alsó orrjáratba lehetett volna jutni. Az öreg, érdemekben gazdag *Capart*, Schrötter, Störk stb. kortársa szobájában a szakemberek arczképeit gyűjtötte össze, majdnem mind dedicatioval ellátva. Munkabirása és kedve most is bámulatos, a folyóiratok legújabb számai, az új könyvek asztalán kevernek, miket gonddal áttanulmányoz.

Fény, kényelem és berendezés dolgában meglepett magán rendelőhelyisége, a hol a művészet és a tudomány hatalmas benyomást tesz. Ép úgy meglepett *Cheval* magán rendelő, illetve műtő szobája, mely bátran állhatna meg akármely sebészeti klinikán is. *Bayer*, ki azelőtt nagyon tevékeny irodalmi működést fejtett ki, most magán rendelőhelyiségben működik, otthon még a régi vizzel telt gömb mellett tükröz, nagyon conservativ az orrgyógyászatban, különben egészséges és eredeti eszméi vannak. Hivê az Adamkievicz-féle injectioknak egy frappans észlelete alapján, melyet egy collegánál észlelt; a rákos daganatok eltüntek a hasüregben, de a beteg gyengesége folytán megmenthető nem volt. Ő az, a ki kiterjedten alkalmazza az intratrachealis menthol injectiokat a légcső hörgők, heveny és idült bántalmainál jó eredménynyel. A betegek jól tűrik, a miről magam is meggyőződtem az általa és az általam végzett injectiók alkalmával.

Angliában a londoni szakférfiakkal való találkozás és a manchesteri gyülés volt czélom. Az angol collegák kedvessége és meleg vendégszeretete meglepő volt, szinte hihetetlennek látszik az elzárkozott és hideg egyéniségükről elterjedt vélemény. Az egyes kórházakban nagyobb időközökben rendelő speciálistákon kivül, a volt Mackenzie-féle kórház gyüjti össze a szakférfiak egy részét, igy Tilley, St. Clair Thomson, Heath, Lack, Parke, Bond, Powell, Howel, a kik felváltva vezetnek délelőtt, délután rendelést, azonkivül mindegyiknek nehány ágya van, saját betegeit kezeli és a mütő-szoba sorrendben rendelkezésére áll. Itt egy homloküreg radikalis műtétét néztem végig, melyet Lack végzett és gyönyörködtem Tilleynek egy-két gyönyörűen sikerült esetén, a hol a homloküreg radikalis feltárása kosmetikus szempontból sem hagyott kivánni valót hátra *Semon* nemcsak a gégegyógyászat internationalis vezérembere, hanem Angliában is kimagasló állást tölt be. Háza, bár az istállótól kezdve végig lekötötte figyelmemet kényelmével és berendezésével, mégis rendelő szobája szokatlan benyomást tett. Az ablak előtt elhelyezett szökőkút aranyhalacskáival kedves képet nyujt, hatalmas könyvtára imponál, az egyik falon és asztalon az érdekesebbnél érdekesebb arczképek dedicatiokkal és ott látjuk Victoria elhunyt királynőtől, Edvard királytól és a királynétól kezdve az egész angol dynastia arczképeit, herczegek, államférfiak, művészek, énekesnők arczképeit, az egyptomi kedive és fivérének, Bismarknak, stb. arczképeit. Ebben a kedves rendelő szobában sorra vettük az egyes fluctuáló kérdéseket; a legmelegebben tárgyalta a gégerák kérdését, melyről már megemlékeztem feljebb.

Azután elmondta annak a könyvének az óriási hatását, melyet át is adott és a mely az „ower operation“ ellen kelt ki. Az ő vezető állásában volt bátorsága kikelni az indokolatlan beavatkozások ellen és hangsúlyozni azon elveket, melyek az egyes beavatkozásoknál mérvadók. A könyvben a vita is benn van, a mozgalomban ő maradt a győztes, és ha erős kézzel rámutatott is arra, a hol a' jóhiszemű furor mellett a kapzsiság és az il faut vivre, a nyomorúság talál indicatiot a sebészi beavatkozásra, a lelkiismeretes orvosi működésnek és a specialis szakmának nagy erkölcsi szolgálatot tett. És az ő fellépésének volt a következménye, hogy a manchesteri gyülésen már egy másik collega rámutatott arra az esetre, midőn egy sclerotisált fül süketsége esetében valaki a rhinochirurgiai beavatkozások egész seriesét végezte, persze a számla javára, mert minden lelkiismeretes szakember a befejezett folyamattal és süketséggel szemben hasonló dolgoktól távol áll. Az indokolatlan beavatkozások ellen Angliában most indult meg az orvosi sajtóban a mozgalom, sajnosan kellett azonban hallanunk, hogy Brüsszelben egy collegát már a közönség ítél meg és működése folytán elnevezi l'operateur financiernek.

Ez alkalommal csupán rá akartunk mutatni ezen mozgalomra, a mi megérdemli, hogy vele komolyan foglalkozzanak mindenütt.

Manchesterben bő alkalom volt az angol szakcollegákkal beszélgetni és eszmét cserélni. A szakosztály aktualis kérdéseket tárgyalt és vitatott meg, ezekről bővebben fogunk referálni e lap más helyén. Itt csak felemlitjük az ülések rendkivül komoly lefolyását, a meglepő, kitartó részvételt és figyelmet. Nagyon érdekes és tanulságos volt *Killian* demonstratioja: a felső és alsó bronchoskopia és az oesophagoskopia két Freiburgból hozott betegén és két manchesteri betegen. Szépen lehetett látni az elsőrendű hörgöket és az elsőrendű hörg oszlását, valamint a pulsatiót. Nagyon tanulságos volt az általa eltávolitott idegen testek gyüjteménye. Eddig 20 esetben végeztek idegen test miatt bronchoskopiát, ezekből ő maga tizenegyet észlelt. Érdekes volt Macintyre vetített képekkel tartott előadása a felső légutak és oesophagus idegen testeiről, ez alkalommal egy új elektromos vizsgáló eszközt is mutatott. A felemlitésre érdemes volt Low egy privát betege, egy nő, kinek a légcsövében voltak egyes szürkés, helyenként körülirt excrescentiák láthatók, melyről nem tudta eldönteni, vajjon papilloma, crusta, mészlerakódás vagy egyéb elváltozás és e czélból a szakemberek megnézték, de megegyezésre jutni nem tudtak.

Végül is két nézet állott egymással szemben: vagy crustákkal, vagy mészlerakódással van dolgunk. És ez okból Killian lett felkérve, hogy direct tracheoskopiával döntse el a kérdést; ez az nap nem sikerült, másnap pedig ki lehetett zárni a crustát és nagy valószinűséggel csontosodás esetének a felvétele lett elfogadva. Érdekes volt a különböző nézetek védelmezése, az eszmecserék bizonytalan eredménye, a véleménynyilvánítás tartózkodó volta vagy teljes elmaradása.

A szakosztály működéséről különben részletesen más alkalommal.

Még Hollandiában találkoztam *Burger*, *Zwaardemaker*, *Kann* és *Cohen Tewart* collegákkal és velük is kedves beszélgetéseket és tanul-

ságos eszmecseréket folytattam. Az utrechti egyetem physiologiai tanszékére hivták meg Zwaardemakert, a ki azelőtt gyakorlati szakember volt és neki köszönhető a szaglásra vonatkozó ismereteink egy része. Alapos tanulmány tárgyává tette a szaglás pathologiáját és physiologiáját és ez utóbbiról úttörő monographiát irt. Donders és Engelmann utódjaként a reá várakozó nagy feladatok betöltésétől van áthatva és igazi lelkesedéssel egész idejét intézetében örökös munkában tölti. Dolgozó szobájában ott vannak Donders reliquiái, nagy fauteuilje, melybe vendégeit is ülteti, ott lógnak Donders nagy kortársainak dedicatioval ellátott arczképei, igy Claude Bernardé stb.

Laboratoriumában sorra vettük szaglási mérőit és újabb kisérleti berendezéseit, melyek úgy a szaglásra, mint az articulált beszéd graphikus felvételére vonatkoznak. A szaglásra vonatkozó összes dolgait megmutatta oly világos demonstrálással, hogy tanulságos és élvezetes volt egyaránt. Eszmecserénk a pathologiára és aetiologiára is kiterjedt és itt elfogadta beosztásomat, mely lényegében nem ütközik össze az ő elnevezéseivel és beosztásával. Nagy érdeklődéssel néztem az ő graphikus felvételeit, melyek az egyes mással- és magánhangzók képzésénél a felső ajak, az alsó ajak, a nyelv, illetve szájfenék, lágy szájpad és gége mozgásait ábrázolták. A hivatás, az eszményi lelkesedés, a munka igazi szeretete és öröme szól minden szaváből és tettéből, és magával ragadja az embert.

A benyomások és eszmecserék kicsiny vázlatát adtam ezen úti levelekben, miután az egyes kérdéseket gyakorlati fontosságuk szerint külön fogom tárgyalni.

Ónodi Adolf.

Közegészségügy.

Élelmiszerek tisztaságára vonatkozó törvény Pennsylvaniában. Pennsylvániában az élelmiszerek tisztaságára fennálló törvények a következő intézkedéseket tartalmazzák.

Az 1901. évi május 2-diki módosító törvény azt mondja, hogy a sajtnak 1. tiszta, hamisítatlan tejből vagy tejfelből kell készülnie, 2. semmi idegen zsír vagy anyag hozzá nem adható, 3. a következő bélyegeknek kell rásütve lenni: „teljes tejfel“, „3/4 tejfel“, „1/2 tejfel“, „1/4 tejfel“, „leszedett tejből“ készült sajt, a készítőnek nevével és czimével, 4. a megkövetelt vajzsirszázalék a következő: a „teljes tejfel“-nél 32%, a „3/4“-nél 24%, az „1/2“-nél 16% és az „1/4“-nél 8%, 5. az államból elszállított teljes tejfelből készített sajtra a bélyeg rásütése meg nem követeltetik, 6. az 5 fontnál kisebb súlyú csemegesajtokra a törvény intézkedései ki nem terjednek, 7. úgy sajtgyárosok, mint kereskedők, kik a fenti pontok ellen vétenek, a törvény intézkedései szerint büntetendők.

Az 1893. évi május 3-diki törvény megtiltja jótékonyczélú vagy fenyítő intézetek igazgatóságának, hogy a bentlakóknak vaj vagy sajt helyett oly más anyagokat adjanak, a melyek nem tiszta, hamisítatlan tejből vagy tejfelből készülnek.

Az 1901. évi április 9-diki törvény megtiltja, hogy sajtba vagy tejfelbe szinesitő vagy prezerváló anyagok tétessenek. A büntetés még az illető czikkek forgalomba hozóira is kiterjeszthető.

Az 1901. évi május 29-diki törvény szerint: 1. Oleomargarin oly anyag, a mely egészben vagy részben zsírokból, olajokból vagy olajtartalmú anyagokból vagy ezek keverékeiből készült s nem készíthető tiszta hamisítatlan tejből vagy tejfelből a nélkül, hogy ez utóbbiakhoz idegen zsírokat vagy olajokat ne keverjenek vagy adjanak. 2. Oleomargarint mindenféle festő anyagtól vagy oly alkotó részektől tisztán kell tartani, a melyek következtében úgy néz ki, mint a sárga vaj. 3. Minden személy, a ki gyártani, eladni vagy eladás végett kitenni vagy eladási szándékból birtokában tóhajt tartani oly oleomargarint, a mely nincs festve oly szinűre, hogy sárga vaj helyettesítésére szolgálhatna, köteles a tej- és élelmiszer biztostól erre engedélyt váltani. 4. Minden engedély minden év deczember 31-dikén lejár. Engedély beszerezhető az év egyes szakára is, az azon év szakára eső díj lefizetése mellett. 5. Az engedély díja 12 hónapra a következő: Gyárosnak 1000·00 font sterling; en gros elárusítónak 500·00 font; kiskereskedőnek 100·00 font; étkező helyiség vagy szálloda tulajdonosának 50·00 font; koszthéz tulajdonosának 10.00 font 6. En gros elárusító mindenki, ki újbóli eladás czéljából vásárol s az eladás alkalmával 10 fontot meghaladó mennyiséget ad el. 7. Kiskereskedő az, ki 10 fontot meg nem haladó mennyiségekben ad el. 8. Az engedély csakis egy meghatározott helyiségre adható, de átruházható egy másik személyre is, ha az illető ugyanazon üzletet ugyanazon helyiségben akarja folytatni s a fenti biztostól erre engedélyt nyer. 9. Az engedély szembeötlő helyen az üzlethelyiség falára függesztendő. 10. Minden személy, czég vagy corporatio, mielőtt üzletét megkezdhetné, köteles a fenti biztostól oly jelzőtáblát vagy táblákat beszerezni, melyen ki van tüntetve, hogy oleomargarin készítésével vagy eladásával foglalkozik s a mely táblákat szembeötlő helyen kell minden egyes szoba vagy helyiség falára — a hol oleomargarint készit vagy el ad — kifüggeszteni. 11. Minden szálloda, étterem vagy koszthéz tulajdonosának kötelessége minden elárusító vagy étkező asztalra, a melyen élelmiszert vagy ételt szolgáltat a közönségnek, egy táblácskát kitenni, a melyen legalább is félhüvelyk nagyságú betűkkel van nyomtatva. hogy oleomargarint használ vagy szolgál fel a közönségnek. 12. Minden oleomargarint tartalmazó csomag vagy bödön külseje szembeötlő helyen megjelölendő egy táblácskával, melyen az oleomargarin szó 1 hüvelyknél nem kisebb betűkkel van nyomtatva; e táblácskára más szavak vagy betűk nem nyomtathatók. 13. Minden oleomargarint tartalmazó nyitott csomagon vagy bödönön az előbbi pont intézkedéseinek megfelelő táblácska tartandó s ha ezen bödönből vagy csomagból oleomargarin adatik el, mielőtt a vevőnek átadatnék, köteles azt egy csomagoló papirba tenni, a melynek külsején a „oleomargarin“ szó betűi 1/4 hüvelyk nagyságban vannak feltüntetve. E csomagoló papiron azonkivül rajta kell lenni az eladó nevének és czimének és az eladott mennyiségnek s e papir más szavakat nem tartalmazhat, az oleomargarin szónak pedig úgy kell nyomtatva lenni ezen papirosra, hogy az ne legyen elrejtve. 14. Oleomargarin-gyárosoknak és en gros kereskedőknek kötelességük könyvet vezetni, a melyben az oleomargarinnak minden eladását és szállítását bejegyzik, kitüntetve az eladás és szállítás napját, a mennyiséget, azon személyt a kinek eladták vagy szállitották, azon helyet, a hová szállitották s a szállítási vonal megnevezését; ezen könyvnek a tej- és élelmiszer-biztos intézkedésének megfelelő alakkal kel birni és bármikori megtekintése a biztosnak, ügynökeinek és képviselőinek jogában áll. 15. Az oleomargarint elárusító kiskereskedőknek is kell egy könyvet vezetni, a mely könyvet a fenti biztos vagy kiküldöttei bármikor megtekinthetnek; e könyvbe bevezetendő az általa vásárolt oleomargarin átvételének napja, a mennyiség s azon körülmény, hogy mikor és honnan vette. E könyv is a fenti biztos által meghatározott alakban vezetendő.

Az 1895. évi junius 6-diki törvény kimondja: 1. Hamisitott élelmiszer gyártása, eladása czéljából való kiállítása tiltva van. 2. Az „élelmiszer“ kifejezés alatt minden emberi élelmiszerül vagy italul szolgáló anyag értendő. 3. Az árúczikk meghamisitottnak minősitendő ezen törvény felfogása szerint: *a)* ha oly anyag lett hozzákeverve, a mely minőségét, erejét vagy tisztaságát megkisebbíti, értékét lejebb szállítja, a czikket ártalmassá teszi; *b)* ha egészben vagy részben rosszabb vagy olcsóbb anyaggal lett pótolva; *c)* ha valami értékes vagy szükséges alkotó része egészben vagy részben kivonatott belőle; *d)* ha egy más árúczikknek utánzata s ezen czikk neve alatt árultatik; *e)* ha egészben vagy részben beteg, oszlásnak indult, avas, fertőzött vagy rothadt állati vagy növényi anyagokból vagy árúkból áll, akár készitve lett, akár nem, tejnél pedig, ha az beteg állattól származik; *f)* ha festve, zománczozva (bevonva), kifényesitve, behintve lett, hogy hibája vagy fogyatékossága elrejtessék, vagy pedig ha bármely módon úgy van feltüntetve, hogy jobbnak és értékesebbnek látszik, mint a milyen tényleg; *g)* ha oly hozzáadott anyagot vagy alkotórészt tartalmaz, mely mérges vagy az egészségnek káros. E törvény intézkedései nem alkalmazandók oly keverékekre és vegyületekre, a melyek élelmiszer alkatrészekül vannak elismerve, ha minden egyes eladott vagy eladás czéljából kitett csomagon rajta van a keverék vagy vegyület neve, feltéve, hogy nem károsak az egészségre.

Az 1901. évi julius 10-diki törvény kimondja: hogy „felujitott vaj“ minden oly anyag, mely eredetileg besózott vajból vagy más vajból felolvasztatván, lehuzatott, esetleg leszedett tejjel vagy más anyaggal kevertetett s ezután bármily processus útján ismét vajjá alakittatott. A „felujitott vaj“ eladására az oleomargarinnál felsorolt összes pontok alkalmazandók.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Törekvések a sebészeti eszközök, a kötőszerek és a varróanyag csirátlanitását tökéletesíteni.

Közli: **Hültl Hümér** dr.

(Folytatás.)

32. *Sommer:* Adhaesivum. Ärztliche Polyt. 1897. — 33. *Wolynzew:* Asbest als Verbandstoff und die Untersuchungsmethoden der physischen Eigenschaften der Verbandstoffe. Cbl. f. Chir. 1897. 193. l. — 34. *Fevrier:* Valeur de la paille de blé ou d'avoine carbonisée comme matière de pansement. Arch. de méd. et de pharm. milit. 1899. augusztus. — 35. *Matignon:* Le pansement japonais au charbon de paille (procédé Kikuzi). U. o. 1896. 5. sz. — 36. *Mikulicz:* Über die neuesten Bestrebungen die aseptische Wundbehandlung zu vervollkommen. Cbl. f. Chir. 1898. melléklet. — 37. *Berndt:* Zur Technik der Dampfsterilisirung. Münch. med. W. 1899. 3. sz. — 38. *Quénu:* De l'asepsie opératoire. Bul. et mém. de la soc. de chir. de Paris. XXV. k. 307. l. Semaine méd. 1892. 203. l. — 39. *Schüller:* Zur Controlle von Dampfsterilisirapparaten. Cbl. f. Chir. 1900. 58. l. — 40. *Sticher:* Ein einfacher Controllapparat für Dampfsterilisiröfen. Cbl. 1899. 1289. l. — 41. *Bardy* és *Martin:* La sterilisation des objets de pansement. Gaz. des Hôp. 1898. 139. sz. — 42. *Hellat:* Über die Sterilisation der Marly im Ambulanzzimmer des Arztes. Cbl. f. Chir. 1898. 497. l. — 43. *Homann:* Ein neuer Sterilisationsapparat. Cbl. f. Chir. 1897. 1067. l. — 44. *Kutner:* Ein Sterilisator für den praktischen Arzt. Deutsche med. Woch. 1897. melléklet 13. l.

II. A hő által való csirátlanítás történhetik a) száraz meleg által. *Grosglik* 1 órán át tartó 130°-ra hevitést ajánl. *Poncet* szerint a gummi katheterek a 120—130°-ra hevitést nagyon jól eltűrik, csak egészen szárazak legyenek. Ezen tapasztalatot *Janet* is megerősíti. *Alapi* figyelmeztet arra, hogy ezen hőfoknak teljes négy óráig kellene behatni, hogy *Koch*, *Gaffky* és *Löffler* vizsgálati szerint csirátlanságot adjon, olyan katheterek, melyek a hosszas hevitést kibirnák, nincsenek.

b) 100 fokon túl hevitett, magas nyomás alatt álló vízgőz által.

c) 100°-os vizgőz által. Az első eszmét a vizgőz felhasználására *Delagénière* adta, ő azonban az eljárást ismét elejtette, mert a condens víz a kathetereket elrontotta. *Hochstetter* szerint a *Porges*-féle selyemkathetert 100-szor lehet kár nélkül áramló vizgőz hatásának kitenni. *Alapi*-nak úgy sikerült ezen káros tényezőt kiküszöbölni, hogy a kathetereket itatós papirosba csavarva egymástól elválasztotta. A csomagolt katheterek vattadugóval zárt üvegcsőbe jönnek és így helyeztetnek el a gőzdesinfectorban.

Azon czélszerűtlen eljárásokat, melyeknél a gőzt csak a katheter belsején vezetik át, külsejét pedig vegyi szerekkel akarják csirátlanitani, nem érdemes részletesen felsorolni.

d) Tömény ammonium sulfuricum-oldatban való kifőzés által. *Herman Rydygier* kórodájáról ezt tartja a legtökéletesebb módnak.

A kötöző anyag csirátlanítása. (Irodalom 32—49.)

A kötöző anyag minőségére vonatkozólag három követelményt állíthatunk fel:

1. hogy a sebváladékot jól magába szivja,
2. hogy pathologikus csirokat ne tartalmazzon,
3. hogy képes legyen a felvett sebváladék bomlását meggátolni.

1. A levegő közvetlen érintkezése a sebbel fertőzés forrása lehet. Korán felismerték ezt már elődeink is, daczára azon sikereknek, melyeket *Burow* az úgynevezett nyitott, azaz kötésnélküli sebkezeléssel elért. Már *Lister* úgy akarta a teljes levegőtöli elzárást első kisérleteinél elérni, hogy a sebet krétapor, lenolaj és carbol keverékéből készült péppel fedte be, melyet a sebre staniol-lemezzel nyomott rá. A sebek ilyes beragasztása azonban csakhamar czélszerűtlennek mutatkozott, mert a sebváladékot ily módon a sebből nem lehet levezetni. Csakis azon kivételes esetekre maradt meg a beragasztás jogosultsága, mikor joggal remélhetjük, hogy csiramentes sebváladék (vér vagy nyirok) nem fog a sebből kiszivárogni. Leginkább sérülésekből származó lágyrészsebeknél és olyan műtéti sebeknél várhatjuk ezt, melyeket teljesen, a legkisebb tasak visszahagyása nélkül elvarrhatunk. Ilyenek pl. a laparotomiánál vagy kistömlőjű sérveknél a *Bassini*-féle zárás folytán keletkezett sebek. Az évek óta szokásos és *Küster*-től származó jodoform-collodium helyett e czélra újabban *Sommer* az adhaesivumot ajánlja. Ez vastagon folyó pirosas anyag, mely a levegőn hamar megmered és oldhatatlanná válik. Ha az egyesített vagy a levegőtől elzárandó sebre öntünk belőle, erős réteggé szárad és a sebet pörkszerűen fedi.

Valamennyi ajánlott sebkötöző anyag közül legjobban a hydrophile-gaze veszi magába a sebváladékot, azután jön a zsirtalanított gyapot. Mindkét anyagot még *Lister* honosította meg a sebészetben és elsőségüket a mai napig úgy megtartották, hogy javaslatokat pótlásukra az utolsó évekből, melyeket pedig a mindent felforgató újítás vágya jellemez, alig jegyezhetünk fel. Csakis *Wolynzew* emelt szót az asbest érdekében. Az asbest fajsúlya 2·7, (a gyapoté 2·0, a gaze-é 1·7). 100 rész erősen összenyomott asbest 69% porust tartalmazott, a gyapot 87%, a gaze 81%-ot. Hygroscopikus képessége 86% a gyapot 100%-ával szemben. Ezen számok szerint az asbest minőség tekintetében nem éri ugyan utol a gyapotot, de azért nem lenne rossz kötöző anyag, csakhogy mint *Wolynzew* irja, a genyet nem veszi fel magába. Általános elterjedésének magas ára is útjában fog állani, még ha a mondott hátrányon hosszú szálacsú asbest alkalmazásával segíteni is lehetne. Sokkal talpraesettebb és midőn rögtönözni vagyunk kényszerítve, esetleg közönséges szalmával is megvalósítható a következő javaslat. *Kikuzi* japán törzsorvos nyomán, *Matignon* és *Fevrier* a franczia hadügyministerium megbizásából ismételték azon kisérleteket megszenesített rizsszalmával mint kötözőanyaggal, melylyel a japánok a chinaiakkal folytatott háború alkalmával kedvező eredményeket értek el. A legjobb szenet kapták mikor a szalmát plén ládában égették el, mert ha a pörkölés szabad levegőn történik, főleg hamú, de nem szén keletkezik. A szalmaszénnel desinficiált gazeból készült párnákat lehet megtölteni, melyekből készült kötéseket úgy a betegek, mint a sebek jól tűrték, ámbár korántsem voltak olyan puhák és ruganyosak, mint a vattából készültek. Belőlük mindig leporlik kevés szén, mely a seben nehezen letisztítható fekete lepedéket képez. A kötés nedvfelszivó képessége igen magas.

2. A sebkötöző anyag tekintetében tulajdonképen első követelményünk, hogy pathogen csirákat ne tartalmazzon.

Két tényezőnek kell eleget tennünk, hogy a kötöző anyagoknál valódi csiramentességet érjünk el, t. i. az anyagnak felhasználásáig ugyanazon tartályban kell maradnia, melyben desinficiáltatott, és a desinficiálásnál valóban el kell pusztítani valamennyi csirát. Utóbbi követelménynek a forró vizgőz alkalmazásával teljesen megfelelhetünk. (A száraz hő, még ha 100°-nál jóval magasabb is, nem vált be a kötöző szerek csirátlanításánál.)

Leginkább elterjedt eszköz és a czélnak legjobban meg is felel a *Lautenschläger*-féle gőzdesinfector, azonban működését, illetőleg a desinficiált tárgyak csirátlanságát ellenőrizni szükséges, mert mint *Koch*, *Gaffky* és *Löffler* kimutatták, a gőzdesinfectorban a hőmérséki maximum különböző helyeken különböző. Sokan az ellenőrzést úgy akarták elérni, hogy a gőzdesinfectort magában a műtőteremben helyezték el és mindig közvetlenül a műtét előtt csirátlanitották a kötőszert, mások pl. *Berndt* azon mesterkedtek, hogy a gőzt kényszeritsék arra, hogy a desinfectorba betett tárgyakon át kétségtelenül átáramoljon. *Berndt* ezért a fehérneműt és a vászonzacskóba csomagolt kötőszert tartályok nélkül, közvetlenül mentől erősebben benyomkodja a *Schimmelbusch*-féle desinfectorba, mert így elkerüli azon szerinte káros hézagot, mely a tartályok és a desinfector fala között van. A külön tartály nélkül történő desinfectio czélszerűtlen, mert az utólagos velebánás alatt fertőzhető a kötőszer. A desinfectiot jobb néhány órával a műtét előtt végezni, hogy az anyag kihülhessen és megszáradhasson.

Már évekkel ezelőtt *Quénu* olyképen akarta a forrólég-desinfectorokat ellenőrizni, hogy 100°-on felül megolvadó anyagból (bismuth + zinn 130—143°-nál, benzoesav 121°-nál, kén 112°-nál olvad) készült pálczikákat tett a kötőszer közé. Azonban ezen módszer arra nézve, hogy a 100°-os meleg mennyi ideig hatott be, nem ad felvilágositást. *Mikulicz*, mint nagyon egyszerű és kitünő ellenőrzési módot a következőt ajánlja: fehér itatóspapir-csikokra reányomatjuk ezen szót „sterilizálva“ (azaz helyesebben „csirátlanitva“). A csikokat átitatjuk 3%-os keményitő-csirizzel. Száradás után jod-jodkali oldatba mártjuk be, mi által a papiros annyira elfeketedik, hogy a felirás olvashatatlanná válik. Áramló gőzben az igy elkészitett papircsik megint elszintelenedik, úgy hogy az eredetileg reá nyomtatott szó megint olvashatóvá válik. Ki kell emelnünk azon körülményt, hogy a száraz melegnek, még ha 190°-os is, nincs a jodkeményitő-papirra hatása. A *Lautenschläger*-féle gőzdesinfectorban levő 106—107°-os vizgőzben a csik elszintelenedése 10 percz alatt következik be, ha azonban a gőz csak 100°-ot ér el, egy egész óra szükséges. Az elszintelenedett jodkeményitő-csik tehát kimutatja nekünk, hogy a desinfectorban forró vizgőz és nem forró levegő működik, hogy a hőmérsék bizonyos minimumot meghaladott és hogy a szükséges ideig tartott. Tekintve ezen tényeket, nagyon ajánlatos, ha ilyen csikokat teszünk a kötszer közé, mikor a desinfectorba csomagoljuk. A *Matthias*-féle ellenőrző eszköz (áramű, mely csak bizonyos hőfokra melegitve jár) sokkal complikáltabb és drágább, hogysem általános elterjedésnek örvendhetne.

Schüller a gőzdesinfectorok ellenőrzésére kicsiny maximal hőmérőket használ, melyek 70—110°, illetve 75—130°-ot mutatnak és kifogástalanul működnek. *Sticher* ellenőrző eszközének megszerkesztésekor abból indult ki, hogy elégséges, ha a desinfectorban a hőmérsék 95—100°-ot 10 perczen át eléri, mert a lépfene igen ellentálló sporáinak elpusztitására 10 perczen át beható 95°-os gőz elégséges. Üvegcsőbe phenanthrent forrasztott be. A phenanthren olvadási pontja 98°. Hogy biztos legyen abban, miszerint ezen hőfok legalább 10 perczig behatott az ellenőrző phenanthren-ra, a hőnek olyan akadályt kellett útjába igtatni, melynek átnágása legalább 10 perczet vesz igénybe. Ezt *Sticher* úgy érte el, hogy a phenanthrent tartalmazó üvegcsövet egy másik tágabba zárta el. A két üvegcső között lévő levegőréteg, mint azt sokszorosan kipróbálta, több mint 10 percznyi akadályt képezett a 98°-os melegnek. Az egész eszköz 9 cm. hosszú, 1·8 cm. vastag, könnyen kezelhető, kifogástalanul működik, tehát melegen ajánlható.

Intézeti (kórház és sanatorium) szolgálatra a *Lautenschläger*-féle gőzdesinfector helyes velebánás mellett minden tekintetben megfelel, a desinficiálás idejét azonban jóval hosszabbra tanácsos venni, mint a hogy az általában történik, mert mint *Brunner* kimutatta, 100°-os áramló vizgőznek legalább 1 óra hosszáig kell behatni, hogy joggal beszélhessünk „absolut“ csiramentességről.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Küster: Die Chirurgie der Nieren, der Harnleiter und der Nebennieren. Stuttgart, F. Enke. (Deutsche Chirurgie, Lieferung 52. B. I. Hälfte 1896, II. Hälfte 1902.)

Nemrég jelent meg az 1896-ban kiadott s az első 7 fejezetet tartalmazó munka befejezéseként az előttünk fekvő kötet, melynek oly sokáig tartó késését részben a szerző hivatalos elfoglaltsága, részben pedig súlyos betegsége okozta. De bőven kárpótol már ezen késlekedéséért, a midőn 104 oldalon a könyv fejezetei szerint csoportositva, Gersdorff-tól (1517) és De Vigo Giovanni-tól (1514—1520) a mai napig az összes idevágó irodalmat alaposan és kimerítően feljegyzi, ezzel oly munkát végezvén, mely egyébként is annyira értékes művét e tekintetben hézagpótlóvá teszi. Egyáltalában az egész munkát jellemzi a történelmi vonatkozásokon alapuló, minden egyes fejezetnél megtalálható bevezetés, a mint hogy is a vesechirurgia történetét a Simon-féle nephrektomiáig tárgyaló I. fejezet a történetbúvár kritikus tolláról tesz tanubizonyságot. Ennek megfelelőleg az egyes műtevési prioritások is gondosan megállapittatnak, a mi egynehány fejezetnél nem épen könnyű munka. Az egyes kórtani fejezeteknél, melyek közül a fentemlített történelmi bevezetés (I. fejezet), a vese boncz- és élettana (II. fejezet), az általános tünettan, diagnostika és vizsgáló módszerek (III. fejezet) és a vese fejlődéséről és torzképződéseiről szóló (IV.) fejezeteken kivül csak három van az első kötetben letárgyalva (ren mobilis V., vesesérülések VI. és paranephritis VII.), gondosan és igen alaposan találjuk az illető bántalom kóroktanát, kórboncztanát, tünettanát, kórismézét, kórjóslatát és kezelését tárgyalva, bő utalással saját, valamint mások vizsgálataira. Saját majd 25 évre terjedő statistikáit minden fejezetnél szembeállitja a nagy gyüjtőstatistikákkal és minden fejezet végén különösen a therapiát illetőleg röviden összefoglalja azt, a mit saját és mások tapasztalatai alapján helyesnek felismert és a mit minden fejezetnél megfelelő saját kimerítő kórtörténetekkel illustrál, melyek között természetesen itt-ott az „unicumot“ is megtaláljuk. Ily módon vannak azután a második új kötetben is leirva a pyelonephritis, a vesemedencze empyemája és a vesetályog, függelékként a vesesyphilis (VIII. fejezet), a vesetuberculosis (IX. fejezet), rendkivül gondosan kidolgozva, különösen az aetiologia és a kórbonctan igen kimerítően, a vese kőbetegsége (X. fejezet), a zsákvese (XI. fejezet), a cystikus vese és a vesecysták (XII. fejezet), hol ő is oda concludál (457. l.), „hogy a cystikus veseeltávolitás még akkor sem jogosult, ha a második vese egészséges vagy csak kevéssé látszik elváltozott-

nak"; a vese, a veseburkok és a mellékvese újképletei e három szerv szerint három alfejezetben; a veseélősdik, a vese és a környező szövetek echinococcus betegsége (XIV. fejezet).

Az utolsó (XV.) fejezet a vesén végzendő műtéteket tartalmazza két főrészben: nephrectomia és nephrotomia. Előbbi két féleségét, a totalis és a partialis nephrectomiát (resectio renis) külön tárgyalja. Az indicatiók, a műtéti módozatok, a műtétnél előforduló kellemetlenségek, az utókezelés igen beható megbeszélésben részesülnek, ép úgy, mint a műtét után a másik vesén fellépő elváltozások, reflexanuria, ischaemikus anuria, chloroform- és aether-ártalmak, az antisepticumok kedvezőtlen befolyása a fenmaradó vesére. A nephrectomiákra nézve az *aseptikus* sebkezelést követeli meg. A compensatorikus folyamatok rövid letárgyalása után, — Barth vizsgálatai Tuffierrel szemben kimutatták, hogy új secernáló elemek nem képződnek, csupán a meglevők tágulnak s az epithelek nagyobbodnak, — a nephrectomia statistikáját adja 1521 eset alapján. 1882—1902-ig 25·31% volt az összhalálozás; a transperitonealis műtétek 34%-kal, az extraperitonealisak 12%-kal szerepelnek. A kezdetben 80%-ot kitevő halálozás 1891—1900 között 18%-ra esett. Magas a halálozás még mindig a sérüléseknél, 31%, ideértve a vese és ureter operativ megsértése folytán véghezvitt nephrectomiákat; a mellékkörülmények itt fontos szerepet játszanak. Veseresectiot 30-at említ 5 halálozással, de tartós gyógyulással, az indicatiók, eljárások (ékkimetszés, amputatio) stb. tárgyalásával.

A nephrotomia az összes a műtevésnek hozzáférhető kórfolyamatoknál igen gyakran mint tájékoztató s előkészítő, de gyakran mint egyedül megengedhető és szükséges (solitaer vese!) eljárás jöhet szóba a pyelotomia, pyelostomia, nephrotomia simplex és nephrotomia bivalvularis (kórboncztani feltárás) alakjában következő megfontolás szerint „a medenczebemetszés ajánlatos mindazon esetben, midőn a beavatkozás megfelelőnek igérkezik, a feltárás pedig, midőn a kórismében és a kezelésnél nehézségek leküzdendők". Statistika 904 műtét 16% összhalálozással, melyből a tuberculosisra 23% esik. Az extraperitonealis műtét 6% mortalitást ad.

A szöveg közé számos (114) részben schematikus ábra van beiktatva, az első és második részhez 4—4 színes tábla van mellékelve, elsők a tájbonczi viszonyok, utóbbiak egyes kóralakok érzékítésére.

Picker Rezső dr.

Uj könyvek. *Ribbert*: Lehrbuch der speciellen Pathologie und der speciellen pathologischen Anatomie. Leipzig, F. C. W. Vogel. — *Rosenbach*: Arzt c/a Bacteriologe. Wien, Urban und Schwarzenberg. — *Chiari*: Die Krankheiten der Nase. Leipzig und Wien, F. Deuticke. — *Mendel*: Welchen Schutz bietet unsere Zeit den Geisteskranken? Berlin, Fischer's medic. Buchhandlung.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A rákaetiologia problemái czímén tartott *O. Israel* a német sebészeti társulat ez évi congressusán egy előadást, mely messze túlér czélján — válasz Feinbergnek ugyanekkor bemutatott, metszetekben festett rákokozóira, Nils Sjöbring emberzsirszappannal készült táptalajokon nyert rákparasitatenyészeteire —, mert röviden, világosan, egyszerűen és józanul fejti ki álláspontját, melyet a rák aetiologiájának kutatásában elfoglal.

Ráksejtekké az ép, normalis fedő és mirigyhámsejtek csak úgy válhatnak, ha szaporodási képességük valami indító ok folytán lassanként annyira és oly egyoldalilag fejlesztetik, hogy ennek folytán az illető epithel összes többi tulajdonságai háttérbe szorulnak. A sejtek azon felfokozott szaporodási képessége, mely az embryologikus és postembryonalis növekedő szövetelemek igen jellemző tulajdonsága, az ezután következő szakokban majd teljesen elvész, oly annyira, hogy csak a szövetek mindennapi physiologikus kopása által okozott hiányok kitöltésére elegendő, s pedig áll ez úgy a fedő, mint a mirigyhámokra nézve. Előbbieknek jellemző azon tulajdonságuk, hogy hivatásuknál fogva minden szabad felületet benőnek, mindaddig míg azt teljesen be nem fedték, és pedig közös tulajdonságát képezi ez úgy az endo-, mint az epitheleknek. Ezen folyamatok (physiologikus) paradigmája egy seb beborodzése másodlagos úton a szélekből kiindulólag. A folyamat a felület befedésével, azaz a fedősejtek teljes érintkezésével nyeri befejezését. Gyakran ismétlődő, mindenféle okból származó (mechanikai, chemiai, bakteriologiai ingerek, táplálkozási zavarok, erősebb kopások, képesek a fedősejtekbe a fokozódott szaporodás képességet újból beleoltani, mert a folyton ismétlődő apró folytonossági hiányok újabb és újabb pótlásokra serkentik a sejteket. Igy azután generatiokon keresztül emelkedik a sejtcsoportokban a követelményekhez való alkalmazkodás útján a proliferationalis energia, mely kezdetben a hiányok mind gyorsabb és gyorsabb pótlásához, majd hámrétegek megvastagodásához vezet, s később, ha a bazis növekedésében és anyagszaporulatában a fedősejtekkel együtt tart, jóindulatú új képződések, papillomaszerű növedékek keletkezését eredményezi, melyek mértéke a sejtek szaporodási képességétől függ, s melyek jóindulatúsága mellett az alap és a fedőréteg között fennálló szabályszerű viszony tanuskodik, legyen az túlproductio terméke, egy vastag szarúsejtréteggel borított clavus, avagy egy csupán egy vagy kétrétegű hámmal borított condyloma.

Ha a sejtek ilyenképpeni fokozott szaporodása által rendkivül mértékben termelt sejtanyag növekedési nyomása (Wachsthumsdruck) elegendő arra, hogy a bazis ellentállását legyőzze, vagy ez maga valamilyen ok folytán már eleve csökkent (Ribbert-féle theoria), úgy a fedősejtek az idegen szövetek közé beburjánoznak, ezen hóditó utjukon is megtartva azon feladatukat, hogy a szabad felületeket bevonják, lévén ilyenek bő mennyiségben a nyirk utakban és szövetközti nedvhézagokban praeformálva. Az igy folyton előre tóduló sejttömegek pedig mechanice agyonnyomják és széjjelfeszitik a megtámadott szöveteket, ezáltal szabad behámositásra való felületeket teremtve, a határtalan növekedést, ennek következményei által önönmagát újból és újból fentartva és serkentve. Ezáltal válik csak lehetségessé, hogy az új képlet nemcsak anyagban szaporodjék, hanem hogy azon nagy veszteségek is pótoltassanak, melyek a fedősejteket egyrészt előnyomulásuk közben a megtámadott szövetek ellentállása, másrészt az elégtelen táplálkozás folytán érik. Ezen folytonos küzdelemben azután egyes sejtcsoportok, melyek az idegenszerű bazis hátrányos befolyásának ellentállani tudtak, a folyton fokozódó igények által igen kimagasló szaporodóképességre tehetnek szert, mely a rosszindulatú daganatok vagy áttételeinek gyakran érthetetlen gyors növekedését érthetővé és magyarázhatóvá teszi.

A sejtek ezen „virulenssé" válása egyszersmint megérteti velünk a rákra való hajlamosságnak öröklékenységét, mely rendesen általános, azaz igy megterhelt egyéneknél az empirice rákosoknak megismert ártalmak akármelyike az összes hajlamos helyeken a sejteket könnyen birhatja a fentvázolt túlságos burjánzásra. Csak ritkán nyilvánul ezen dispositio annyira helyhez kötve, hogy mint szerző említi, szülőnél és gyermeknél egy és ugyanazon helyen, pl. a flexura hepatica colin fejlődik rák.

Az eddigiek szerint a rákokozónak azon tulajdonsággal kell birnia, „hogy a fedősejtekben vagy egyes sejtcsoportokban azon képességet fejleszsze, mely ezeket arra tegye alkalmassá, hogy egy bitorlott idegenszerű alapon, távol eredeti helyüktől életüket fentarthassák és szaporodhassanak". Tehát mindazon okoknak, melyek a fentvázolt sejtfejlődési és szövettani változásokat létrehozni képesek, mint rákokoknak nem csak hogy meg kell maradniok, hanem a tapasztalás útján nyert összes aetiologiai tényezők még tudományos megokolásukat is nyerik.

Tagadhatatlanul azon inditó mozzanatok közé, melyek az epitheliumnak a rákos elfajuláshoz vezető burjánzását megindítják, bakteriumokozta befolyások is számitandók, mint például a lupusban fellépő carcinoma bizonyitja, sőt nem zárható ki, hogy ugyanilyen módon más bakteriumok is okozatilag — kellő praedispositio jelenléte mellett vagy létrehozása után — hozzá ne járulhassanak a rák keletkezéséhez; de ezen befolyás csupán az elsődleges gócz létrejövésénél jöhet számba és itt vagy ennek közvetlen környezetében mutatandó ki a rákokozó; sohasem lehet azonban annyira szoros és közvetlen a causalis nexus, mint egy parasita által termelt lobos új képlet és a parasita között, hanem itt csupán combinatio szerepelhet azon okokkal és praedisponáló momentumokkal együtt, melyek összeségükben is csak ismételt behatás után képesek a különböző sejtfajok histologikus egyensúlyát az előbb vázolt módon befolyásolni. Ebből ismét az is következik, hogy a metastasisok létrejövésében nem játszhatnak szerepet az eddig ismert ilyennemű „rákokozók", mert akkor csakis az ujonnan képződő epithelsejtek megszállására és szaporodásra való serkentésére szorítkozhatnék működésük; erre pedig a pathologia eddig példát nem tud és az előbbi fejtegetések szerint ezen felvételre nincs is szükség. A kifekélyesedett rákokban talált mikroorganismusok pedig már ab ovo nem tartattak rákokozóknak. A generalisatiora való hajlam pedig tisztán a megváltozott sejtélet nyilvánulása, a metastasisok képzésének foka pedig tisztán függ a megtámadott testrész ellentállási viszonyaitól és a daganatsejtek szaporodó képességétől.

A rák okainak további kiderítésében a rákosan burjánzó sejtek életmechanismusának kiderítése és ezek viszonya a megtámadott szövetekhez (a morphologiai irány) kell hogy karöltve járjon a klinikai megfigyeléssel, a rákos állatokkal való kisérletezéssel és bakteriologiai, valamint parasitologiai kutatásokkal, hogy végre egy adott esetben is a nyert tapasztalatok folytán a rák külső inditó okozata legyen kideríthető.

Hogy a rák kisérleti előidézése alkalmas kisérleti állatok (fehér patkányok) létezése mellett sem vehető biztosra, a mondottak szerint könnyen érthető, mert daczára annak, hogy elég chronikus noxával rendelkezünk, melyek rákos burjánzást képesek előidézni, még két tényezőt kell számbavenni, melyet csak a véletlen egyesithet azon egy kisérleti állatban, még öreg állatok használatakor is: 1. hogy az illető individuum sejtcsoportjai eléggé változóképesek legyenek; 2. hogy az ezen sejtcsoportokba belenevelendő szaporodási energia elég nagy legyen arra, hogy a bazis individualiter változó ellentállását leküzdeni képes legyen. Csak igen számos kisérlet közül sikerülhet egynéhány. Ha pedig többirányú rendszeresített buvárkodás útján az okozatok végleg ki lesznek derítve, ezek elhárítása is alaposabban lesz kivihető.

Mindezen feladatok pedig azért látszanak nehezen megoldhatóknak, *mert a carcinoma nem sorolható egyszerűen a fertőző betegségek közé.*

Picker Rezső dr.

Sebészet.

A gastrostomia technikájáról értekezik *Terrier* és *Gosset*. Eljárásuk a következő: függélyes bőrmetszés a középvonaltól balra, mely a bordaivtől a köldök niveaujáig ér. A rectus mellső hüvelyét hosszirányban felhasítva, a musculus rectust rostjainak irányában tompán szétválasztják, a rectus hátsó hüvelyét a peritoneummal együtt nyitják meg, lehetőleg elkerülve az itt futó és a m. rectust beidegző idegek sértését.

A gyomor lehetőleg magasan és a kis görbülethez közel eső részletét a sebbe előhúzva, annak seromuscularisát két etageban varrják először a rectus hátsó, azután annak mellső hüvelyéhez. Bőrvarrat után a gyomor megnyitását úgy eszközlik, hogy először a sero-muscularist vágják át s most a sérvszerűleg előnyomuló mucosán készítenek lehetőleg kis nyilást. A mucosát azután jól előhúzva kivarrják a bőrhöz. Ennek az a nagy előnye van, hogy a nyákhártyaredők elzárják a sipolynyilást. A sipoly pedig ilyenformán kettős sphincterrel bir: egyfelől a m. rectus, másrészt a gyomor saját izomrétege.

Szerzők tapasztalatai szerint az igy készített sipolyok continensek maradnak. (Revue de chirurgie. 1902. 2. szám.)

Dudutz dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A tannigen-től főleg subacut és chronikus enteritiseknél látott jó eredményt *Schandlbauer*. A szer úgy felnőtteknél, mint gyermekeknél, sőt csecsemők nyári hasmenésénél is igen jól bevált. A nélkül, hogy az emésztésre a legcsekélyebb káros befolyást gyakorolta volna, nemcsak a hasmenést szüntette meg, de a hányást is. A betegség 3—5 napi tannigen kezelés után rendesen megszünik, csak kivételesen, igen súlyos esetekben tart 10 napig. Az is előnye a szernek, hogy a gyomor nyákhártyát nem bántja s az étvágyat sem rontja. Schandlbauer felnőtteknek naponta háromszor 0·5 grammot, csecsemőknek ugyanannyiszor 0·1 grammot nyujtott. (Wien. med. Presse 1902. 27. sz.)

Gyomorfekély gyógyitása xeroformmal. *Dieminger* gyomorfekély egy esetét irja le, mely xeroform használata után gyorsan meggyógyult. 1/2 grammos adagokból az első héten 4-et vett be a beteg (ostyában) naponként, a második héten 2-t. Ezenkivül jégtömlő a gyomor tájára, délelőtt tápláló klysma, a szájon át pedig csak 2—3 csésze hideg tej naponként; a 7. naptól kezdve egyéb gyenge táplálék is. Azóta gyomorfekély két másik esetében is sikerrel használta a xeroformot. (Allg. medic. Central-Zeitung, 1902. 61. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 43. szám. *Reisz Mór:* Méhkifordulás és előesés szülés után. *Pollatschek Arnold:* Balneologikus tapasztalatok.

Orvosok lapja, 1902. 43. szám. *Plesch János:* A Dollinger-féle módszer az idült vállizületi ficzam véres repositioját illetőleg. *Szana Sándor:* A gyermekvédelem szervezése Temesvárott.

Magyar orvosok lapja, 1902. 43. szám. *Szigeti Csusztáv:* Adalék az orvosszakértői vélemények mérlegeléséhez. *Neumann Jákó:* A cornea rétegei közé tört szalmaszálkának eltávolitása. *Márer József:* Az emberi test különböző tájain lévő idegen testekről, a napi gyakorlat szempontjából tekintve.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 43. szám. *Ehrmann:* Diabeteses és köszvényes dermatosisok. *Brabec:* Viperamérgezés. *Englisch:* Peniscarcinoma. *Kose:* Kisérletes vizsgálatok a tüdőemboliát illetőleg. *Zwillinger:* Epipharyngealis sarcomák egyes alakjainak diagnosisa.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 43. szám. *Pineles:* Thyreoaplasia és myxoedema infantilis. *Leiner:* Az úgynevezett scarlatiniform exanthemák diphtheriában. *Kirchmayr:* Adat a vékonybélvolvulus aetiologiájához.

Wiener medizinische Presse, 1902. 43. szám. *Kassowitz:* Myxoedema infantilis, mongolismus és mikromelia. *Hempt:* Kisérletek hygiamaval. *Hovorka:* Malaria ellenes oltások Kuhn-féle serummal. *Preindlsberger:* Köműtétek.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 40. szám. *Neumann:* Állatrophia. *Mörl:* Myxoedema esete.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 19. szám. *Arx:* Epehólyag ruptura a szabad hasüreben. *Bossart:* Chloraethylnarcosis.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 43. szám. *Baumgarten:* További vizsgálatok a haemolysisről heterogen serumban. *Thorner:* A szemfenék fényképezése. *Jolly:* Scotoma scintillans és migraen. *Aronson:* Vizsgálatok streptococcusokkal és antistreptococcusserummal. *Körte:* Virchow balesete és betegsége.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 43. szám. *Obrastzow:* A pylorus palpatiója. *Glaser:* A typhusbacillusok jelentősége a légzőszervek megbetegedéseinél typhusban. *Cuno:* Kórházi diphtheria-járvány. *Weil:* A meconiumtömesz jelentőségéről újszülöttben. *Gerson:* Orvosi eszközök fertőztelenitése szappanborszeszszel. *Schultes:* Ritka okból származott phalangealfractura. *Fürth:* A mellékvesekészitmények használatának veszélyei.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 42. szám. *Friedeberg:* Két ritka mérgezés (extractum hydrastis fluidummal és petroleummal).

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 41. szám. *Rydygier:* Intracapsularis prostataresectio. *Ewald:* Thermophorfecskendő paraffininjectiókhoz.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1902. 12. kötet, 3. füzet. *Erbslöh:* Occipitalis daganat esete, adat az orientáláshiány és a psychikai zavarok localisatiója kérdéséhez. *Kramer:* Izomdystrophia és trauma. *Mainzer:* A tigroid viszonya a maghoz és a plasmához. *Kaes:* A dementia paralytica kórboncztana. *Maas:* Fiatalkori tabes néhány esete.

Therapeutische Monatshefte, 1902. szeptember. *Eichhorst:* A diabetes mellitus orvoslása. *Engel:* Normális serummal kezelt súlyos scarlatina-eset. *Winternitz:* A fürdő mint fertőzés-forrás. *Bergel:* A láz orvoslása. *Strzyzowski:* A vér krystallographiai meghatározásának új módja. *Hollweg:* Intrauterinpessariumok. *Clemm:* Nem parasitás bőrbajok kezelése pyrogalloltriacetattal. *Rubinstein:* Köpülyözés új módja. *Nagelschmidt:* A lysoform mérgező tulajdonságai.

Zeitschrift für Heilkunde, 1902. 8. füzet. *Hödlmoser:* Adat a myastheniás paralysis klinikájához. *Sorgo:* Az elsődleges és másodlagos pleuradaganatok differentialdiagnosisa. *Neumann:* Fejtetanus esete. *Kraus:* Az agglutinatio elméletéhez.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 65. kötet, 1. füzet. *Manninger:* A coxitis tuberculosa operativ kezelésének végső eredményei. *Hartmann:* Adat a retroperitonealis daganatok ismeretéhez. *Goldstein:* Vesesérülések. *Derlin:* Ritka heremegbetegedések. *Hilger* és *Briele:* Utóérzések amputatio után. *Blecher:* Duodenalis fekély átfúródása, hashártyalob, műtét után gyógyulás.

Virchow's Archiv, 169. kötet, 3. füzet. *Penkert:* Idiopathiás pangásos máj. *Mönckeberg:* Az epehólyag kettős rákja, egyúttal adat a metaplasia kérdéséhez. *Pappenheim:* A plasmasejtek kérdése. A gümő histogenesise. *Schlesinger:* Plasmasejtek és lymphocyták. *Oswald:* A golyva chemiája és physiologiája. *Herter* és *Wakeman:* Az adrenalin okozta glykosuria. *Aronsohn:* A hőtermelés helye agyszúrás útján létesitett lázban. *Liepmann:* A Benda-féle kémlés zsírnecrosisnál.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 22. kötet, 1. és 2. füzet. *Schittenhelm:* A gerinczvelő szúrt sérülésének esete. *Fürnrohr:* Brown-Séquard-féle féloldali bénulás esete a gerinczvelő szúrt sérülése után. *Kron:* Kisérletes adatok a reflexgátlás tanához a gerinczvelő féloldali átmetszése után. *Bielschowsky:* Az agydaganatok szövet- és kórtanához. *Erb:* A központi idegrendszer syphilisének kórtanához. *Vulpius:* Inátültetés spinalis gyermekhűdés eseteiben. *Kühn:* Klinikai adatok a hereditaer és familiaris spastikus spinalparalysis ismeretéhez. *Lundborg:* A myoclonia familiaris viszonya a myotonia congenitához. *Bickel:* A Babinski-féle lábujjreflex physiologiai viszonyok között. *Rosenfeld:* A conus medullaris és cauda equina laesioja.

Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen, 3. kötet, 5. füzet. *Meisenburg:* Szivbillentyűbajok és tüdőgümőkór egyszerre előfordulása. *Fiedler:* A socialis munkásvédelem Németországban. *Holmboe* és *Hanssen:* Közintézkedések a gümőkór leküzdésére. *Gieseler:* Az Ehrlich-féle diazoreactio prognostikai értéke tüdőgümőkórnál.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 6. kötet, 6. füzet. *Hoffa:* A spinalis gyermekhűdés orthopaediás kezelése. *Walko:* Az enuresis orvoslása. *Grube:* Az ásványvizek befolyása a vérre. 1. Befolyás az osmosis-nyomásra és a viztartalomra. *Schlesinger:* A diabetesben szenvedők táplálékszükséglete. *Bolle:* A Barlow-kór orvoslása. *Mamlock:* Nagy Frigyes diaetája.

Zeitschrift für klinische Medicin, 46. kötet, 1—4. füzet. *Dombrowski:* A himlő contagiuma. *Halpern:* Az aortaaneurysmák kezelése subcutan gelatin-injectiókkal. *Kopczynski:* Adatok az agydaganatok és agytályogok ismeretéhez. *Janowski:* A vérhányás diagnostikai és prognostikai jelentősége. *Janowski:* Neuritis arsenicalis. *Markiewicz:* A gerinczoszlop idült ankylotizáló lobja. *Mintz:* Haemorrhagiás gyomorerosiók. *Mutermilch:* A hydrops chylosus és chyliformis chemiai és morphologiai sajátságai. *Pulawski:* Periodusos neurasthenia. *Pulawski:* A tápértékmeghatározás kisérlete egy gyógyintézetben. *Pstrokonski:* Primaer gyomorsarcoma. *Rzetkowski:* Anyagcsere idült veselobban. *Trzebinski:* A hydrops anasarca operativ kezelése. *Landau:* A vese működésképességének meghatározása methylenkékkel. *Landau:* A vas viselkedése a szervezetben. *Swientochowski:* Az alkohol befolyása a vérkeringésre.

Archiv für klinische Chirurgie, 68. kötet, 2. füzet. *Fick:* A farkastorok képződése. *Payr:* Az appendicitis jókor való operálása. *Sprengel:* Ugyanaz. *Lengemann:* A regionaer nyirokmirigyek megbetegedése a pylorus rákjánál. *Wistinghausen:* A retrograd incarceratio kérdése. *Ritter:* A szervezet természetes fájdalomcsillapító szerei. *Busalla:* Csontüregek plastikai fedése. *Straus:* A veseműködés diagnostikája. *Ehrhardt:* Nagy májedények alákötésének következményei. *Sonnenburg:* Szövődmények a tüdő részéről appendicitis eseteiben. *Kahlden:* A rákrecidiva. *Payr:* A kocsánycsavarodás okai intraperitonealis fekvésű szervekben. *Friedrich:* A diffus peritonitis bakteriologiájához és kezeléséhez. *Samter:* Exarticulatio pedis circularis metszéssel. *Samter:* A seblefolyásról sérvműtétek után. *Kirchheim:* A diffus, valódi emlőtúltengés és viszonya a fibromához. *Schanz:* Hátrafelé való lábficzamodás esete.

Gazette hebdomadaire, 1902. 83. szám. *Yvert:* Sörét okozta szemsérülések. *Vincelet:* Genitalis és suprarenalis gümőkór. 84. szám. *Weil* és *Clerc:* Aleukaemiás lymphatikus lymphadenia. 85. szám. *Bellan:* Syphilises credésű álhártyás toroklob. 86. szám. *Pélas:* Sebészeti beavatkozások elmebetegeken. *Lagardère:* Ischias diabetesben.

Le progrès médical, 1902. 42. szám. *Paris:* A typhus viszonya elmebajokhoz.

La semaine médicale, 1902. 43. szám. *Deny:* Az agitatio okai és orvoslása.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 43. szám. *Coppez:* Filamentaris conjuctivitis esete.

Bulletin général de thérapeutique, 144. kötet, 13. füzet. *Picou* és *Bolognesi:* Az appenciditis kezelése.

Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 1902. 4. füzet. *Morage:* A süketség gyógyitása. *Bézy* és *Escat:* Intubatio állandó felügyelet nélkül.

British medical journal, 1902. október 25. *D. Ferrier:* A sziv és az idegrendszer. *W. J. Hoyten:* Carcinoma és serumtherapia. *A. G. Everard:* Scarlatina ötszöri átállása. *F. A. Monckton:* Epefesteny kimutatása.

The practitioner, 1902. október. *Wilfred Harris:* A tabes kora manifestatioi. *Harvey Hilliard:* Gyermekvédelem. *Donald J. Armour:* Az anatomia haladása, tekintettel az agysebészetre.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. október 30.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai 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 multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 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: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 0, morbili 4, scarlatina 3, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 1, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 5, meningitis 10, apoplexia 6, eclampsia 7, szervi szivbaj 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, baleset 2, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2839 beteg, szaporodás e héten 834, csökkenés 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 tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 45 (51), diphtheria, croup 28 (21) hagymáz (typhus) 5 (5), kanyaró (morbili) 92 (67), trachoma 6 (6), vérhas (dysenteria) 1 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 14 (9), orbáncz (erysipelas) 17 (29), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 3 (0) járv. fültőmirigylob 5 (5), ezenfelül varicella 55 (38).

ⓘ **Tisztiorvosi vizsgák eredménye Budapesten.** A tisztiorvosi vizsgák országos bizottsága által Budapesten 1902. évi október hó 2-dikától 15-dikéig tartott vizsgálatokon a következő orvosok képesittettek: I. Kitünően képesittettek: 1. Balásfy Géza dr. körorvos, Aranyosmarót, 2. Kovács Ágoston dr. körorvos, Kadarkút. II. Képesittettek: 1. Abt Alfréd dr. cs. és kir. ezredorvos, Zolyman (Galiczia), 2. Babó Tivadar dr. kórházi alorvos, Nyitra, 3 Bartha Sándor, dr. kórházi gyakornok, Budapest, 4. Bucsányi Gyula dr. kórházi segédorvos, Budapest, 5. Chimbir Pál dr. magánorvos, Budapest, 6. Dudutz Gerő dr. kórházi gyakornok, Budapest, 7. Feilbogen Mór dr. cs. és kir. ezredorvos, Temesvár. 8. Fischer Ernő dr. kórházi gyakornok, Budapest, 9. Gömöri Elek dr. helyettes városi orvos, Losoncz, 10. Guhr Géza dr. műtőorvos, Budapest, 11. Gulácsy Árpád dr. járásorvos, Perecseny (Ungvm.), 12. Hubián Péter dr. körorvos, Kákova. 13. Józsa György dr. körorvos, Tasnád (Szilágy vm.), 14. Julier Vilmos dr. magánorvos, Nagyvárad, 15. Karos Adolf dr. járási orvos, N.-Kapos, 16. Katona Gábor dr. kórházi gyakornok, Budapest, 17. Katz Lajos dr. magánorvos, Beregszász, 18. Keczán Livius, dr. magánorvos, Székesfehérvár, 19. Kertész Lajos dr. körorvos, Boldva, 20. Kornhauser Dezső dr. járásorvos, Szepesófalu, 21. Kocsis Géza dr. községi orvos, Világos. 22. Kovács Péter dr. községi orvos, Endrőd (Békés vm.), 23. Kreiner József dr. tb. járásorvos, Szászvár (Baranya vm.), 24. Mandl Géza dr. magánorvos, Budapest, 25. Mayerhoffer Lajos dr. körorvos, Csurgó, 26. Milkó Izidor dr. gyakorló orvos, Szabadka, 27. Österreicher Gyula dr. magánorvos, Bolkács, 28. Packi Miklós dr. kórházi gyakornok, Budapest, 29. Pollák Henrik dr. körorvos, Nagymegyer, 30. Rogrün Ede dr. körorvos, Guta, 31. Schwalb Ármin dr. városi orvos, Miskolcz, 32. Schenk Adolf dr. magánorvos, Beregszász, 33. Simon Áron dr. magánorvos, Szászrégen, 34. Stefanovits Milivoj dr. kórházi gyakornok, Budapest, 35. Stojkovits Milán dr. kórházi gyakornok, Budapest, 36. Tausz Henrik dr. cs. és kir. ezredorvos, Temesvár, 37. Wilhelm Ignácz dr. községi orvos, Bács-Domoszló. (111,359/1902. B. M. szám)

A vallás- és közoktatásügyi ministerium költségvetése az 1903-dik évre. A vallás- és közoktatásügyi ministerium az 1903-dik évre 42·084,699 korona rendes, 1·781,164 korona átmeneti kiadást, 4·704,020 korona beruházást, összesen 48 és fél millió koronát irányoz elő. A kiadási többlet 1·220,535 korona. Az emelkedés tehát mérsékeltebb, mint mult évben, minek oka részben a kedvezőtlen gazdasági helyzet, de főleg a tisztviselői fizetések emelésére igényelt nagy összeg.

A budapesti királyi magyar tudomány-egyetem rendes kiadásainak főösszege 2·867,310 korona, (115,455 korona emelkedés), átmeneti kiadás: 50·000 korona, (21,963 k. e.), beruházások: 470,000 korona, (585,000 koronával *kevesebb*). Az orvosi kart érdeklő beruházások között 100,000 koronát irányoznak elő a *gümőkóros betegek elkülönített kezelésére szükséges barakk-épitésére;* 120,000 koronát a törvényszéki orvostani intézet mellé halottas ház és beszentelő kápolna épitésére; az általános kórtani tanszékkel kapcsolatos Pasteur-intézet felépitésére 3-dik részletül 200,000 koronát, a II. sebészeti klinika folytatólagos felszerelésére 50,000 koronát. A rendkivüli kiadások között a minister a kórboncztani intézetek, a közegeszségtani intézet, az idegkórtani klinika, a boncztani intézetek felszerelésére szán összesen 29,000 koronát, s a *poliklinika* segélyét 4000 koronáról 6000 koronára emeli.

A kolozsvári tudomány-egyetem rendes kiadásai: 955,019 korona (27,615 k. emelkedés), átmeneti kiadásai: 78,000 k. (7000 k. emelkedés), a beruházások: 420,000 k. (380,000 k. csökkenés); a kolozsvári Karolina országos kórház és egyetemi klinikák kiadása: 598,631 k. (25,149 k. emelkedés), ezen tételből azonban 415,634 korona megtérül és pedig *400,000 korona az ápolási díjak czimén.*

A bábaképzők kiadásai 258,952 koronával vannak előirányozva; az emelkedés a rendes kiadásokban ugyan 5492 k., de a rendkivüli kiadásokban 12,000 korona csökkenés van. A minister *Kassán* új bábaképzőt állit fel, s ennek czéljaira 20,000 koronát irányoz elő.

Ez évben ugyan nem számolhatunk be olyan örvendetes fejlődésről, mint a mult évben (l. O. H. 1901. 48. számát), mégis el kell ismernünk, hogy a már emlitett nehéz viszonyok között máris nagy vivmány, ha nincs stagnálás. A két egyetem budgetjében az orvosi kar kiadásai a legnagyobb tételt alkotják, de még mindig számos szükséglet kiván kielégitést; kivánatos, hogy a tisztviselői fizetésrendezés ezek teljesítését ne odázza el hosszú időre. *G. E.*

= **Megjelent.** *Plesch János* dr. A tüdővész gyógyszeres és tünetes kezelése. Budapest, Dobrovszky és Franke. 1902. Ára 1 korona.

+ **A nemzetközi tuberculosis-congressus** értekezlete folyó hó 23-dikán nyilt meg Berlinben. Lefolyásáról jövő számunk fog tudósitást közölni.

‖ **Hültl Hümér** dr. folyó hó 25-dikén tartotta meg magántanári próbaelőadását: A sebgyógyitás modern irányelveiről.

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



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Természetes forró, meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások. zuhany-massage, vizgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyviz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felöl kimeritő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága** Budán.

A pesti izr. hitközség kórházának
Röntgen-laboratoriumában
átvilágitás, képfelvétel és gyógykezelés. Laboratoriumvezető: **Simonyi (Schwarz) Béla dr.,** a kórház v. alorvosa. Lakik: V., Lipót-körút 5.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Elektromagneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában **Budapest, Városligeti fasor 13.** Elektromagneses erő alkalmazási tere: **álmatlanság, izomcsúz, neuralgiák, ischiás, szívneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine, stb. — Orvosi vezetés.** — Kezelés egész napon át. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XVIII. rendes ülés 1902. október hó 25-dikén.) 718. l. — A második országos elmeorvosi értekezlet. (I. ülés 1902. október hó 26-dikán d. e.) 720. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVIII. rendes ülés 1902. október 25-dikén.)

Elnök: **Tauffer Vilmos.** Jegyző: **Wenhardt János.**

Elnök az ülést megnyitja. Jelenti, hogy az Ivánchich-segélyalap kamatai kiosztásra kerülnek. Kéri a tagokat, hogy ajánlásaikat tegyék meg. Jelenti, hogy tagajánlások deczember elsejéig teljesítendők. Jelenti továbbá, hogy a budapesti kir. Orvosegyesület a kezelése alatt álló Schuster-Bugát árva-alap kamataiból évi kétszáz koronányi ösztöndíjra pályázatot hirdet. A pályázat feltételei s módozatai az egyesület 1843-dik év november hó 23-dikán tartott közgyülésének határozata értelmében a következők:

Az árvának okmányokkal kell igazolnia, hogy

1. Magyarországon született;
2. Magyarországon működött orvos, seborvos vagy gyógyszerész fia;
3. 8—12 éves;
4. magyarul tökéletesen tud;
5. vagyontalan;
6. tudományos pályára indul.

Megjegyezzük, hogy

7. a vallás nem jön tekintetbe;
8. erkölcsi és tanulmányi jelesség különös figyelembe jön;
9. a teljes árva a félárva felett előnyben van;
10. az ösztöndíj nyolcz egymásután következő évre szól, hacsak tanulási hanyagsága vagy erkölcsi rossz viselete hiteles bizonyitványok alapján ki nem derül, a mikor is ösztöndíját veszti.

A jelentkezés határideje 1902. november 30-dika. Az okmányokkal felszerelt folyamodványok a budapesti kir. Orvosegyesület titkárságához (VIII., Szentkirályi-utcza 21) küldendők.

A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére elnök felkéri Paunz, Szontágh, Szenes tagtársakat.

Sinus frontalis empyemák esetei.

Paunz Márk: Jóllehet a homlokköböl genyedő folyamatai ritkábbak, mint a Highmor-üreg empyemái, mégis legtöbb beteg az előbbivel hamarébb fordul orvoshoz, mint az utóbbival. Ennek egyszerű oka az, hogy a homlokköbölnek herény genyedése, épúgy, mint chronikus genyedésének kiújulása rendkivül heves fejfájásokkal jár, a mit a latens maxillaris empyemáknál rendszerint nem tapasztalunk. Különösen a munkásosztálynál láthatjuk, hogy a frontalis genyedéssel azonnal jelentkezik a beteg, mig a Highmor-üreg empyemája által okozott bő, sokszor bűzös orrváladékkal nem nagyon törődik. A „Budapesti általános munkásbetegsegélyző pénztár“ orr-gégészeti ambulantiáját folyó évi január 1-jétől mostanáig 21 olyan beteg kereste fel, a ki idült vagy heveny homlokköbli genyedés okozta fejfájás ellen kivánt orvoslást. A czél mindig egy és ugyanaz, tudniillik a genyedésnek megszüntetése vagy az által, hogy a genynek szabad lefolyását endonasalis beavatkozással per vias naturales biztosítjuk, vagy ha ez nem sikerül, kivülről való behatolás által igyekszünk radikális gyógyulást elérni. Az anatomiai viszonyokban és az esetek változatosságában rejlik oka annak, hogy eljárásunk nem lehet egyöntetű, hanem úgyszólván esetről esetre módosul. Ezt óhajtja a következő esetekben bemutatni:

M. G. 42 éves asztalos. Jelentkezett 1901. deczember 5-dikén. Ritkán náthás; 22 év előtt lues, mely kezeltetett. Mintegy másfél hó óta baloldali homloktájra szoritkozó fejfájás. Ugyanakkor a bal szemöldök felett duzzanat fejlődött, mely nyomásra érzékeny, utóbb megpirosodott. Jelen állapot: Sovány, sápadt férfi. H. 36·8°. Érlökés 78. Gingivitis, szájbűz. Mindkét középső orrjáratban bőséges genyes váladék. Feltünők a változások jobboldalt. Az alsó kagyló sorvadt; a középső kagyló szemcsés felszinű, duzzadt, odafekszik a septumhoz és azzal összenőtt, igy elzárva a fissura olfactoriát. A középső orrjáratban látni, hogy a geny két nyilásból szivárog; ezek közül az egyik a sinus frontalis irányába vezet, a másikon át, mely hátrább van, egy nagy üregbe jut a sonda. A baloldalt fennálló periostalis folyamat miatt 1901. deczember 10-dikén gyökeres műtétet végezett Kuhnt szerint. (A bőr alá tört tályogot négy nappal előbb nyitotta meg.) Az orbita szélén felül-belül kisujjnyi, éles szélű áttörés a homlokköböl mellső falán. Jókora mogyorónyi, mélyen hátra terjedő gödör, melyet kikapart. Nyilt kezelés, jodoform-tamponade; a sebnek csak széli részeit egyesitette egy-egy öltéssel. Zavartalan gyógyulás. A beteg már deczember 23-dikán ambulans kezelésben részesül; márczius 3-dikán munkába áll, kis lencsényi sarjadzó felülettel, mely márczius 20-dikán behámosodott. Torzulás jelentéktelen. Betegnél a műtét alatt az érlökések száma 72-ről 36-ra szállt alá és a következő 10 napon sohasem emelkedett 60 fölé. Néhány nap alatt múló baloldali abducens paresis is fennállott. Műtét óta a beteg jól van, feje nem fáj. Munkáját rendesen végzi; megházasodott. Jobboldalt műtétre nem volt szükség; öblitésekre a genyedés lényegesen csökkent. A Röntgen-kép mutatja, hogy a hátsó nyiláson át a mellső rostacsontsejtekbe jutunk; a sonda akadály nélkül a lamina cribrosáig nyomul elő. A melléküregek infectioja valószinűleg secundaer fertőzésként luetikus fekélyekből indult ki. Ezt mutatja a jobboldali lelet és a baloldali perforatio is.

2. H. L. 24 éves asztalos. Jelentkezett 1902. augusztus 8-dikán. Körülbelül hat év óta állandó fejfájás, főként a bal homloktájra szoritkozólag. E miatt állandóan rossz kedvű, rosszul alszik, sokszor munkaképtelen. Egyes súlyosabb fejfájási rohamok 8—10 napig elhúzódnak. Jelenleg ötödik ilyen súlyos rohama van, mely folyó évi julius 28-dika óta állandóan fennáll. A fejfájások reggel leghevesebbek. Belső kezelés mindig eredménytelen. Jelen állapot: A jobb halántékon 16 éves korában elkövetett öngyilkossági kisérlettől származó heg. A golyó csak a csontig hatolt, eltávolittatott. A bal homloköböl felett, annak határaira szoritkozó igen élénk kopogtatási fájdalmak. A homloköböl orbitalis fala nyomásra igen érzékeny. A bal középső kagylónak mellső vége duzzadt. A középső orrjáratban mogyorónyi polypus és bőséges geny. Jobboldalt geny nincs, csak a középső kagyló duzzadt. A bal felső I. moláris fog szúvas. Ennek eltávolitása, utána a bal középső kagylónak és a kis polypusnak lefűzése hideg kacsesal. Ez alkalommal egy kávéskanálnyi geny is ömlik. A beteg másnap jobban érzi magát, a geny szabadon ömlik; a ductus nasofrontalis sondázható. A beteg már augusztus 12-dikén munkába áll. Két héten át mérsékelt fejfájás mellett dolgozott. De augusztus 31-dikén újból jelentkezett, követelve, hogy fejfájásától műtét árán is megszabadítsuk. Beteg e czélból a „Budapesti általános poliklinika“ kórházába vétette fel magát, hol 1902. szeptember 2-dikán Hültl őt szóló segédkezése mellett megoperálta. Miután a bal homloköböl megnyitásánál, mely alkalommal igen sok geny ürült, kitünt, hogy a homloköböl igen nagy, egészen a külső szemzúgig terjed, ajánlatomra Hültl a Killian által ily esetekre javasolt műtétet végezte. Ezen műtét lényege, hogy úgy a sinus mellső, mint alsó falát eltávolitjuk, de meghagyjuk periostjával együtt a margo orbitalist, hogy a profil gyógyulás után változást ne szenvedjen. A nyákhártya kikaparása után az orr felé széles communicatiot a felső állcsont process. frontalisának kivésése által létesitünk; innét juthatunk a rostacsontsejtekhez is. A létesitett communication át draincsövet vagy jodoformcsikot vezetünk az orron át kifelé, az egész sebet bevarrjuk, csak a külső zúgba helyezünk jodoformcsikot. Minthogy a két homloköblöt elválasztó septumon borsónyi nyilást vettünk észre, mely a genynyel telt jobb üregbe vezetett, jobboldalt ugyancsak a Killian-féle műtét végeztetett ama módositással, hogy itt Hültl nem távolitotta el egészen az orbitalis falat, hanem csak széles communicatiot állitott helyre az orbitalis fal medialis és a felső állcsont homloknyúlványán át az orr felé. A két homloköböl közti septum is eltávolittatott.

Sima gyógyulás. Fonalak eltávolitása a műtét utáni negyedik napon. A jodoformcsikok eltávolitása tizedik napon. A beteg egyszer sem volt lázas. A geny most szabadon folyik az orron át, különösen a choanák felé. A beteg már szeptember 22-dikén távozik a kórházból a két külső sebzúgnál levő lencsényi sarjadzó felületekkel. Ezek nehány nap alatt teljesen behámosodtak. A beteg a műtét óta egyáltalában nem szenved fejfájásban, két hét óta zavartalanul folytatja munkáját. A kosmetikus eredmény kitünő, mi legjobban kitünik, ha a beteg arczélét összehasonlitjuk a műtét előtt készült fényképével. Baloldalt a sinus frontalis már teljesen obliterálódott, jobboldalt még nem; itt még reggelenként jelentéktelen oedema is mutatkozik a felső szemtájon. Jelenleg a genyes váladék már kevés. A bőrhegek nem feltünők.

3. Nem volt szükség nagyobb műtétre ezen esetben. G. L. 27 éves timár. Jelentkezett 1902. julius 13-dikán. Két év óta balhomloktáji fájdalmak, gyakori szédülés. Typikus kopogtatási tünetek a bal homloköböl felett. A balközépső orrjáratban genytől körülvett két mogyorónyi polypus. A középső kagyló duzzadt, mellső végét és a polypusokat julius 14-dikén ollóval levágtam. Kevés geny ürült. Julius 15-dikén a fejfájás csökkent. Julius 16-dikán fejfájás nincs, geny bőven folyik, ductus naso-frontalis sondázható. Beteg 1902. julius 20-dikán munkába áll, azóta fejfájása nincsen. Az orrban sem találhatók kóros változások.

4. W. D. 16 éves műszerész. Jelentkezett 1902. október 20 dikán baloldali mandulagyuladással. Az ebből keletkezett peritonsillaris tályogot október 22-én megnyitottam. Beteg bal középső orrjáratát több mogyorónyi polypus zárja el, ezek között kevés nyákos váladék, igen bő genyes váladék a bal choanában. A bal homloköböl alsó fala nyomásra igen érzékeny. Ezen esetben frontalis genyretentio forog fenn. A biztos diagnosist csak a polypusok eltávolitása után fogjuk tehetni, ha látjuk, honnét jő a geny. Az eset jól mutatja, mily kevés súlyt fektet számos beteg súlyosabb természetű orrbajokra is. Ezen beteg már egy évnél tovább szenved baloldali fejfájásban és orrdugulásban és csak tonsillitis phlegmonosa vezette orvoshoz. Itt a melléklelet a tulajdonképeni főbaj; valószinű ugyanis, hogy a tonsillitis phlegmonosa is a choanából lecsurgó geny által jött létre, mint azt általában sokszor tapasztaljuk, hogy az orr n elléküregeinek genyedésével a másodlagosan létrejött garatbántalom készteti a beteget orvosi segitség keresésére.

Az eddigi esetek *idült genyedő folyamatok voltak*. A következő kettő a *sinuitis frontalis acuta* csoportjába tartozik.

5. M. G. 38 éves raktárnok jelentkezett 1902. augusztus 22-dikén

Három nap óta igen heves fejfájás, főképen a bal homlok tájon. Ezelőtt sohasem volt hasonló baja; nátha sem igen bántotta. Ha lehajol, fejfájása tűrhetetlenné válik. A homloköböl mellső fala kopogtatásra igen érzékeny; az alsó fal megtapintását a beteg nem tűri. A középső orrjáratban igen sok geny; a középső kagyló mellső vége igen piros, erősen duzzadt. Cocain alkalmazása után a ductus nasofrontalis sondázható; a sonda nyomán geny ömlik. Therapia: chamomilla-tea gőzölések, Priessnitz-borogatás, cocain-tampon a középső orrjáratba. Ezen kezelés mellett a fájdalmak a geny bőséges ürülése mellett engedtek, augusztus 31-én teljesen megszüntek. Azóta a beteg jól van. Itt tehát egy egészen heveny folyamattal volt dolgunk, mely minden sebészeti beavatkozás nélkül gyógyult.

6. M. H. 31 éves asztalos. Jelentkezett 1902. október 17-dikén. F. hó 14-dike óta nátha után heves balhomloktáji fájdalmak maradtak vissza. A tünetek teljesen hasonlók az előbbi esetben észleltekhez. Itt azonban a ductus nasofrontalis nem sondázható, de cocain és adrenalin alkalmazása után látjuk, hogy a bőséges nyákos-genyes váladék a középső orrjáratban mindig elül jelenik meg és felülről jön. Ez esetben a tünetek enyhülése bő genyes váladék ürülése mellett szintén az előbbi esetben követett egyszerű kezelésre következett be. A beteg 1902. október 23-dika óta ismét dolgozik. Valószínű, hogy itt egy chronikus latens empyemának kiújulása forog fenn. A beteg állítja, hogy négy év előtt ugyancsak baloldalt a most kiállott fejfájáshoz teljesen hasonló rohama volt, mely szintén a bal orrüregben megjelent bő orrváladékkal véget ért.

Hogy ezen acut folyamatok nem mindig ily ártatlan jellegűek, azt tapasztalhattam egy 1902 október 11-dikén a „Budapesti kerületi betegsegélyző pénztár" ambulatoriumában észlelt esetben. A 22 éves napszámos három hét óta szenvedett balhomloktáján igen heves fejfájásban. Typikus kopogtatási fájdalmak és rendkivüli érzékenység a balhomloköböl alsó falán. Mérsékelt oedema a homloköbölt fedő bőrön és a felső szemhéjon. Geny a bal középső orrjáratban. A beteget folyó hó 15-dikén Hültl dr. a poliklinika kórházában segédkezése mellett megoperálta. A műtét világosan bebizonyította, hogy a beteg exspectativ eljárásnál nem gyógyulhatott volna. A geny ugyanis már kifelé kezdte áttörni a csontot, jeléül annak, hogy a beavatkozás sürgős volt, azonkivül az igen nagy homloköböl egy tökéletes sövény által két részre volt osztva és az oldalt eső rész csak gombostűfejnyi nyiláson át közlekedett a főüreggel. Itt tehát a gyógyulás be sem következhetett volna radikális műtét nélkül. A beteget, a ki a poliklinikán még ápolás alatt áll, Hültl dr. lesz szives bemutatni. A homloköböl genyedő folyamaiai kétségtelenül sokkal gyakoriabbak, mint a hogy általában felveszik és csak azért nem kórismeztetnek, mert a féloldali fejfájásnál az orrüreg beható vizsgálatát a legtöbb orvos nem tartja feltétlenül szükségesnek. Nem egy ilyen beteget kapott kezelés alá, a ki előzőleg heteken át kezelésben részesült a szokásos antipyrinnel, phenacetinnel stb. stb., sőt több eset hydrotherapeutikus kezelés alatt is állott, míg nem szóló orrvizsgálata kideritette, hogy itt tulajdonképen lokális genyedő folyamat okozza a féloldali fejfájást és a neuralgia supraorbitalist. Rendelésére legtöbb ily beteg intézetük szemészeti osztályáról kerül, sok eset a vizgyógyintézetből is; mert a betegek már megszokták, hogy „ideges" fejfájással első sorban ott keressenek orvoslást, ha a heteken át vett porok nem segítenek. A tünetek igen jellegzetesek: féloldali homloktáji fájás, mely rendesen hajolásnál fokozódik; objective a fájdalmak gyengéd kopogtatásnál mindig a homloköböl határaira szoritkoznak; rendkivül érzékeny tapintásra a sinusnak orbitalis fala is.

A positiv diagnosist az orrvizsgálat adja: geny a középső orrjáratban; idült esetekben gyakori a polypusképződés, heveny esetekben a középső orrkagylónak mellső vége élénk piros, erősen duzzadt. Néha sikerül a sondát a ductus nasofrontalisba vezetni és a genyt forrásáig követni; többnyire azonban szükséges a középső kagyló mellső végének eltávolítása, hogy a sonda részére a ductust szabaddá tegyük. Sok esetben a sondálás igy sem sikerül.

A baj elég komoly. Nemcsak hetekre, hónapokra válnak munkaképtelenné a betegek a fejfájás folytán, hanem állandó veszélyben forog a szemgödör és a koponyaüreg a genynek esetleges áttörése miatt. Ezen complicatiók gyakoriak. Ezért mindig résen kell lennünk. Legfontosabb a kezdődő baj helyes felismerése és észszerű kezelése. A bemutatott esetekkel mintegy vázlatos képét akarta nyujtani az e téren jelenleg szokásos eljárásnak. Heveny esetekben rendesen nem kell beavatkozni, hacsak áttörés nem fenyeget; idült esetekben először endonasalis műtét által iparkodunk czélt érni, ha ez nem sikerül, úgy a külső beavatkozás lép előtérbe. Orbitalis és intracranialis complicatio esetén csak a külső műtétnek van jogosultsága.

Hültl Hümér. A Paunz által utoljára emlitett esetet, melyet itt bemutat, f. hó 14-dikén vették fel a poliklinika kórházába. Az esetnél a diagnosist és indicatiot Paunz állitotta fel, miután négy nepon át a beteget ambulanter alaposan megfigyelte. Miután a poliklinikán Baumgarten magántanár is csatlakozott Paunz javaslatához és a műtét a folyton súlyosbodó tünetek — tűrhetetlen fejfájás, hőemelkedés — miatt sürgőssé vált, folyó hó 15-dikén a műtétet végrehajtottam. Bőrmetszés a szemöldökben. A csonthártya letolása után a bal homloköböl felvésése. Még mielőtt a sinus mellső falát átütöttem volna, kitünt, hogy a geny a csonton már gombostűfejnyi csap alakjában áttörni készül. A sinus igen nagy, a külső szemzugig terjedő; külső része septum által van elválasztva a főüregtől. A geny kitörlése és a nyákhártya kikaparása után a több rekeszre osztott homloköbölből az egész mellső fal eltávolítása és a sövényeket képező csontléczek kivésése által egyetlen lapos, vályú-alakú üreget képeztem, vagyis itt a Kuhnt-féle műtétet hajtottam végre azzal az eltéréssel, hogy az általa ajánlott medialis merőleges bőrmetszést elhagytam. A felülről könnyen sondázható ductus nasofrontalison át az orr felé kis ujjnyi drainesövet vezettem. Hogy ez ki ne csúszhassék, Mikulicz eljárása szerint a homlok bőréhez varrtam silkwormfonallal. A sebet teljesen zártam. Azóta a beteg jól van. A varratokat az ötödik napon eltávolitottam. A drainső jól vezet, jelenleg már kevés geny. Néhány nap mulva a drainsövet el fogja távolitani. Az üreg teljes kitelődésére előreláthatólag még néhány hétre lesz szükség. Fejfájás egyáltalán nincs.

A Paunz által másodiknak bemutatott esethez csak azt jegyzem meg, hogy a műtét nem épen könnyű. Különösen az orr felé való közlekedés helyreállításánál az állcsont process. frontalisán át sok kellemetlenséget okoz az orr nyákhártyájából származó vérzés. A mindkét oldali műtét $2^1/_2$ óráig tartott. A jobb oldalon a sinus alsó falának meghagyása a homloköböl lassúbb kitelődésével boszúlta meg magát. Drain helyett itt jodoformcsikokat használtak. Az a véleményem, hogy máskor jobb lesz draincsövet használni az orr felé való levezetésre, mint azt Killian ajánlja. A choanák tamponálását nem végezte; ez nem okozott nagyobb bajt.

Ónodi Adolf. A bemutató az orrgyógyászat legaktualisabb fejezetét érintette, midőn a homloküreg empyemáinak különböző eseteit bemutatta. Eredményei is azt mutatják, a mit tapasztalataink, hogy a sinuitis frontalis esetei gyógyulhatnak endonasalis enyhe beavatkozással és gyökeres operativ eljárással. Sőt vannak heveny esetek, melyek minden beavatkozás nélkül szépen lezajlanak. Az influenza folytán fellépő heveny alakok, ha complicatiók nem lépnek fel, az esetek szép számában gyógyulnak enyhe endonasalis beavatkozásokkal, mint a gőzölgés, fecskendés, a nyákhártya lelohasztása, a váladék lefolyásának biztositásával. Az idült empyemáknál megkisérlendő az enyhe endonasalis beavatkozás, mely, ha czélhoz nem vezet, és a középső kagyló mellső végének resectioja sem, akkor szóló a maga részéről nem barátja sem a homlokürcg kutaszolásának, sem a homlokürcg endonasalis megnyitásának. Az anatomiai viszonyok azt mutatják, hogy sokszor a sondázás ki sem vihető, hogy vannak esetek, midőn a sonda nem is a homlokürcgbe jut, hanem a szomszédos rostaöblökbe. A tapasztalat pedig azt mutatja, hogy egyrészt czélhoz nem vezet, másrészt szomorú következménynyel is járhat, mint azt az irodalomból ismerjük, midőn a kutaszok áttörése lethalis kimenetű meningitissel járt. Épen úgy idegenkedik a homlokürcg endonasalis megnyitásától, mert daczára az egyes eredményeknek, nem kerülhető ki teljesen az anatomiai viszonyok változó volta mellett az áttörés, a koponyaüregbe való jutás. És ettől nem biztositliat Spiess elözölö átvilágitása vagy röntgenezése a homlokürcgnek, mert nem absolute megbizható. Igy hátra van az egyedül helyes eljárás, a gyökeres megnyitás és pedig Killian módszere szerint, mely egyrészt teljesen megszünteti az empyemát a mellső és alsó homlokürcgfal eltávolításával, a mellett kikerüli a látás zavarokat és az arcz és szem configuratioját biztositja, a margo supraorbitalisnak csontlécz alakjában való meghagyásával. Ha lehet egy ellenvetést tenni, úgy az csak nagy homlokürcgek eseteire vonatkozik cosmetikus szempontból. Ugyanis nagy üregeknél a homlokürcg mellső falának eltávolitásával nem képes meggátolni a homlok besüppedését és ezt nemcsak a bemutatott esetben látjuk, hanem Killian eseténél is látta. Ez okból ezen esetekben a homlok besüppedésének meggátlására ajánlja az osteoplastikus resectióját a homlokürcg mellső falának. Ezt a sebészek már szép eredménynyel csinálták és legutóbb Jansen két privát betegénél teljes eredményét látta. Csakhogy Jansen a margo supraorbitalis közepét hagyja meg, ez által a trochlea és a m. obliquus sup. kellő kimélése szenvedhet és tényleg szenved is, mert két betegét láttam, kiknél nyolcz hétig diplopia állott fenn, sőt súlyosabb zavarok is következhetnek be. Ez okból szóló a maga részéről nagy homlokürcgek jelenlétében a Killian-féle eljárással az osteoplastikus resectiót is összekötni ajánlja, mert ez által el van érve az empyema teljes megszüntetése, a látási zavarok kikerülése és azonfelül a cosmetikus eredmény fényesen van elérve az arcz, szem és homlok configuratiojának teljes megtartásával.

Pollatschek Elemér: A homlokürcgmegbetegedések kórismézett esetei mindinkább szaporodnak és ez a baj jelentőségének, az általános betegségekre való fontosságának felismerésében leli magyarázatát. A műtéti eljárások közül, mint azt Ónodi tanár emlitette, az osteoplastikus megnyitás cosmetikai szempontból is a legidealisabb. Ennek végrehajtására azonban feltétlenül szükséges műtét előtt a homlokürcg nagyságát és kiterjedését pontosan ismerni, a bőrcsontlebeny nagyságának megszabása miatt. Erre azonban eddigi módszereink elégtelenek, mert az átvilágitás nem nyujt megbizható eredményt. Szóló a Bendersky-féle auscultatios percussioval kisérelte meg a homlokürcg nagyságát hullánál meghatározni, olyan módon, hogy a kikopogtatott területet megjelölve, felvéste a csontot. Eredményei teljesen kielégitők voltak, mert eddigi eseteiben mindig képes volt hullában a homlokürcg nagyságát megállapitani. Pathologiai szempontból, genynyel telt üregnél vajjon értékesithető-e e methodus, azt a kisérletek folytatása fogja bizonyitani. Ha az üreg nagysága ismeretes, úgy a Czerny-féle osteoplastikus megnyitás a legegyszerűbb és legjobb.

Tóvölgyi Elemér: Szerény véleménye szerint a Killian-féle műtét mellett nagyon is említést érdemel a Luc-Ogston-féle műtét is, a melynél, mint azt Párisban személyesen tapasztalta, az eltorzulás épen igen csekély. Előnye e műtétnek a Czerny, Killian, Kuhnt-féle műtét felett, hogy a gyógyulás gyors, utókezelés nem szükséges, a mellső ethmoidalis sejtek megnyitása e műtét keretében kivihető. Hültl maga is emlitette, hogy a Killian-műtét hosszas és fáradságos, míg a Luc-féle műtétek, a melyeknél Párisban szóló jelen volt, mind gyorsan és könnyen

sikerültek. Luc újabban a canal. nasofrontalisba már nem kaucsukcsövet, de jodoformgazet vezet be, ezt harmadnap eltávolítja. Az első kötést kilencz nap mulva veszi le és még tiz-tizenöt napig új kötést tesz fel. A beteg rendesen három-négy hét alatt gyógyultnak tekinthető. Mindkét alakú empyemánál Luc forditott T alakú metszést végez, a melynek horizontalis szára a két szemöldököt köti össze, verticalis szára a homlok közepén foglal helyet. Azután az üreg mellső falát, a mennyire lehet, teljesen eltávolítja és a canalis nasofrontalisokba jodoformgazet vezet, melynek két vége kerül az orrüregbe. Még csupán arra akar kitérni, hogy sok esetben a frontalis empyemák minden tünete jelen van és homloküreget a műtét alkalmával még sem találni, mint ezt Berlinben egy hires tanár műtéténél tapasztalta, hol a csont felvésése után a gombos sondával a lágy agyburkokra kerültek, a mely meglepetés nem igen volt kellemesnek nevezhető. A beteg szerencsére minden baj nélkül meggyógyult. E tévedést elkerülendő, ha öt milliméternyi vastag falat már felvéstünk és üregre még nem akadtunk, úgy hagyjuk abba a felvésést, miután itt frontalüreg nem igen lesz jelen. A frontalüreg fala ugyanis soha nincs öt millimeter vastag. Ily esetekben az üreg valószinüleg csak rudimentaer alakban, az orrgyök közvetlen közelében van jelen, tehát itt kell szükség esetén a vésést megismételnünk.

Dollinger Gyula: A Killian-féle műtét eddig határozottan a legjobb, minthogy a legkevesebb torzitást okozza; de a műtét sikerének az a próbája, hogy sikerült e elkerülni a diplopiát, hogy t. i. a trochlea sértetlen marad, mert az a canalis supraorbitalistól befelé 0·5 cm.-re tapad, melyen keresztül megy a musc. obliquus superior és ennek megsértése diplopiát okoz. A bemutatott esetekben nem volt diplopia, és ez szép eredmény.

Szóló Pollatschek felszólalására megjegyzi, hogy nincs szükség a percussios auscultatiora a sinus frontalis nagyságának megállapitásánál, mert ha kis nyiláson át áthatoltak a homlokcsonton, a nyákhártya mögött sondával jól kitapinthatják az üreg határát és megállapithatják az osteoplastikus lebeny nagyságát. Nem tudja szóló, pathologikus viszonyok között beválik-e a percussios auscultatio, de ez nem baj, mert e nélkül is lehet tájékozódni.

Baumgarten Egmont: A Killian által ajánlott módszert azért nem igen merte még alkalmazni, mert a közölt esetekben nemcsak diplopia, hanem iritis is lépett fel, mit Killian újabban előzetes atropinbecseppentéssel kikerült. Ezért szóló most is csak a francziáknál és angoloknál divó Luc-Ogston-féle műtét híve, mely szép eredményeket adhat, mint azt a Hültl esete is bizonyitja.

Némai József: Általános szempontból szól. A bemutató eseteihez csak akkor tud hozzászólni, ha a betegeket alaposan megvizsgálja; azért bemutató eljárását most nem teszi birálat tárgyává, de felteszi, hogy jól fognak maradni. Általánosságban csak akkor tart egy melléküreget meggyógyultnak, ha az vagy egészen megszünt létezni, tehát ha kötőszöveti heges szövet foglalja el a pneumatikus üreget, vagy ha a nyálkahártya még nem volt tönkremenve és restitutio ad integr. következik be, a mit némileg elő lehet segiteni a természetes szájadékokon át való kezeléssel. Miért hallunk most annyi melléküregbajról? Vagy mert jobban keressük, vagy mert a tiz év óta otthonos influenzához társul e baj, vagy mert ott is keressük, a hol nincsen. Talán mind a három eset fennforog. Annyi bizonyos, hogy fejfájdalmak antipyrin stb.-vel kezeltetnek, a hol valójában melléküregbaj van, de az is előfordul, hogy melléküregeket megnyitottak, hol pusztán idegzsába okozta a fejfájást.

Felszólaló azt hiszi, hogy a nátha nagy ritkán terjed át a homloküregre, hanem egyszerüen az orrnyálkahártya gyuladása okozza a homlokfájdalmat; mert ez meg is szünik, ha az orrüreget cocainozzuk.

Paunz Márk: Örömmel veszi tudomásul, hogy nézetei ezen kérdést illetőleg azonosak az Onodi tanár által mondottakkal. Tény az, hogy idült homloküregi genyedéseknél az endonasalis úton való megnyitást kierőszakolni nem szabad, mert ezen kisérletek veszélyesek. Tudomása van arról, hogy több ily kisérlet halálosan végződött. Spiess gondolta ki azon eljárást, hogy az endonasalis megnyitást Röntgensugarakkal végezzék. Egy ily alkalommal megtörtént, hogy a trephine az orrgyök hátán jött ki, mindenesetre kisebb baj, mintha a koponyaüregbe haladt volna. Hullakisérletek által meggyőződtek arról, hogy ezen műveleteknél a troicart többször téved a rostacsonton át a koponyaüregbe.

A mi az osteoplastikus eljárást illeti, mely jobb cosmetikus eredményeket adhat, ezzel koczkáztatják a teljes gyógyulás sikerét, mert épen ez a lényege a Kuhnt és a Killian féle műtéteknek, hogy a merev falú tályogból, mely nem gyógyulhat, mobil falú tályogot készitünk. Épen ezért Pollatschek javaslatát, hogy auscultatio útján határozzuk meg előre a sinus frontalis határait, a mire különben már Dollinger tanár is válaszolt, inkább csak theoretikus értékünek tartja. Különben auscultatios kisérletekkel a sinus frontalisra vonatkozólag mások is foglalkoztak. Mindig legjobb a sinus határait kopogtatás által meghatározni, mert ez is csak csontos falú tályog lényegileg, a melyekről tudjuk, hogy a csont kopogtatása mindig közvetetlenül a tályog felett legfájdalmasabb. Dollinger tanár kérdésére azt válaszolja, hogy diplopia esetükben nem volt. A Luc-Ogston-féle eljárást, mely által a mellső rostasejtek is könnyebben hozzáférhetők, ismeri, de eddig nem volt alkalma ilyen esetet operálni. Némai tanár ellenvetéseit nem tartja jogosultaknak, mert a melléküreggenyedések tényleg sokkal gyakoriabbak, mint általában felvették. Szóló legutóbbi három év alatt körülbelül 35 olyan esetet észlelt, a hol a genyedés forrása a homloküregben avagy a rostacsontsejtekben fel volt található. Nem elég, hogy az ilyen eseteket csak egyszer vizsgálják, hanem többször kell behatóan vizsgálni. Gyakran szükséges, hogy a középső kagyló mellső végét eltávolitsuk, igy iparkodván a geny forrását felkutatni, a mivel egyúttal a therapiát is megkezdettük. Hajek nagyon határozottan irta körül, mit tehetnek endonasalisan ezen a téren és ő mondja azt is, hogy annak, a ki nem foglalkozik behatóbban ezen dolgokkal, nem igen lehet joga ezen tárgy körül vitatkozni. Baumgarten tanár ellenvetéseire megjegyzi, hogy kisebb hibák csak az első műtéteknél voltak, addig, mig a műtét mai alakjában kifejlődött. Iritis egyszer másszor előfordult, de ennek Killian úgy veszi elejét, hogy a műtét előtt atropint csepegtet a szembe.

(Folyt. következik.)

A második országos elmeorvosi értekezlet.

(I. ülés. 1902. október hó 26-dikán d. e.)

Elnök: **Bolyó Károly**, később **Raisz Gedeon**, majd **Csáp Miklós**, **Thomán Miklós**. Jegyzők: **Epstein László**, **Telegdi Zsigmond**, **Németh Ödön**.

Az ülést *Bolyó Károly* korelnök nyitotta meg. Üdvözli az egybegyülteket. Az első országos elmeorvosi értekezlet sikeréből jövőt jósol a másodiknak is. Elnöknek ajánlja *Chyzer Kornélt*, helyettes elnöknek *Raisz Gedeont*, akiket az értekezlet nagy lelkesedéssel meg is választott. Chyzer Kornél távollétében *Raisz Gedeon* foglalja el az elnöki széket és megnyitójában köszönetet mond megválasztatásáért. Hangsúlyozza, hogy az egészségügyi szolgálat tág és változatos mezején alig van olyan terület, melyen számosabb ponton érintenék egymást a szakorvosi tudás, administrativ tevékenység és polgári meg bűnügyi jogszolgáltatás, mint épen az a terület, melyet „elmebetegügy“ gyüjtő névvel szoktunk megjelölni. Sehol sem indokolt tehát inkább, mint az elmebetegügy körében az, hogy azok, kik hivatásuk különféleségénél fogva egyebekben távoleső ügykörökben foglalkoznak, módot és alkalmat keressenek arra, hogy koronként az élőszó és a személyes érintkezés közvetlenségével cserélhessék ki eszméiket és igy meritsenek egymás tudásából annak az ügynek a javára, melyet közösen szolgálni vannak hivatva.

Visszapillantást vet az első értekezletre, melynek sikere képezi a mostani értekezlet jövőjének alapját, és mely programmjánál fogva nagy sikerűnek igérkezik.

Ezután megalakult a tisztikar. Titkár lett ismét: Epstein László. Pénztáros: Stein Fülöp.

Választottak még üléselnököket és ülésjegyzőket.

Epstein László titkár előterjeszti jelentését, mely igazolja az országos elmeorvosi értekezletek jogosultságát, mert az eszmét propagálni már szükségtelen volt, az már megtette a maga erejéből is hódító útját. Az első értekezlet munkásságát egy 15 ivnél vaskosabb könyv örökiti meg, mely „Munkálatok“ kiadása csak a belügyminister bőkezűsége által vált lehetővé, mert 250 példányt átvett és a hivatalok között szétosztott. Köszönetet mond érte a belügyministernek és Chyzer Kornélnak, a ki az elmebetegügynek nagy pártfogója.

Majd megemlékezik a titkári jelentés *Laufenauer Károlyról*, kinek az elmeorvoslás és az elmebetegügy körül szerzett nagy érdemeit meleg hangon méltatja.

Végül fejtegeti, hogy a szervező bizottság azt határozta, hogy rendi kérdéseket kivül hagy a tárgyalások keretén és csupán tudományos kérdésekkel fog foglalkozni. Majd bejelenti titkár a hatóságok és testületek képviselőit. Ezután Oláh Gusztáv, Stein Fülöp és Epstein László titkár előterjesztik az első elmeorvosi értekezletre beadott indítványok felőli véleményét a bizottságnak, melyet az értekezlet tudomásul vett.

Ezután következett a *napirend*.

Az elmebetegügyi törvény alapelvei. Előadta: **Babarczi-Schwartzer Ottó.**

Az előadó feladata lévén az orsz. közegészségi tanács reformbizottságának tárgyalására az elmebetegügyi törvény tervezetét előkészíteni, előadása azokat az alapelveket fejti ki, a melyeken az új törvénynek felépülnie kell. Nemcsak a mai, nagyrészt kormányrendeletekbe szétszórt anyagot foglalja az előadás rendszeres egészszé, hanem új intézményeket is kiván meghonositani.

Az elmebetegügyi törvényhozás történetének ismertetése után nyolcz czimre oszlik az előadás.

A bevezető rendelkezésekről szóló első czim annak kijelentése mellett, hogy az elmebetegügy vezetése állami feladat, azt a kérdést dönti el nemleges irányban, hogy az elmebetegség fogalmát a törvényben meg kell-e határozni.

Az elmebetegek elhelyezéséről szóló második czim fentartja az intézeti és a házi ápolás rendszerét. Az intézeti elhelyezést csak arra az elmebetegre szoritja, a ki — akár a közbiztonságra, akár önmagára — veszélyes. Meghatározván ezek után az elmegyógyintézetnek, a közintézetnek és a magánintézetnek a fogalmát, tüzetesen szabályozza az elmegyógyintézet felállitására szükséges engedélyt, az intézet személyzetét, berendezését, alapszabályzatát és házirendjét, az engedély visszavonását és megemlékezik az elmebeteggyarmatokról is.

Az elmebeteg intézeti felvételéről szóló harmadik czim azt a kérdést tárgyalja, hogy milyen feltételek mellett szabad és kell az elmebeteget befogadni. Áttér ezután az intézetbe való felvételnek és az elmebetegség megállapitásának fontos kérdésére és meggyőzően kimutatván a mai szabályozás helytelenségeit, arra a következtetésre jut, hogy a birói ellenőrzést az állami intézetekre is ki kell terjeszteni.

A negyedik czim az intézetből elbocsátást szabályozza. Ennek akkor van helye, ha az illető nem bizonyult elmebetegnek, ha meggyógyult, vagy ha többé már nem veszélyes. Új intézmény itt a birói be-

avatkozás abban az esetben, ha az elbocsátás kérdésében az intézeti igazgató és a hozzátartozók között ellentét merül fel; ebben a kérdésben a bíróság fogna az előadó javaslata szerint határozni. Szól még ez a czim az elmebeteg szabadságolásáról, szökéséről és szállításáról.

Az ötödik czim az elmebetegek felügyeletével foglalkozik és különösen az intézeten kivül levő elmebetegek felügyeletének nálunk nagyon elhanyagolt kérdését szabályozza kimerítően. Részben megtartván a mai felügyeleti hatóságokat, új hatóságként a törvényhatóságokban a közigazgatási bizottság kórházi bizottságának kebeléből kiküldött állandó albizottság létesítését és a belügyministeriumban országos elmebetegügyi tanácsnak felállitását javasolja.

A hatodik czim új intézményt kiván meghonositani, midőn megengedi, hogy ne csak elmebeteg kerüljön az intézetbe, hanem oda önként, saját akaratából, nem elmebeteg is beléphessen és ne legyen kizárva az intézet gyógyító köréből pl. olyan egyén, a kinek elmebaja még csak fejlődőben van és a külvilág emésztő zajában ki is fejlődnék. Azok mellett a kautélák mellett, a melyekkel az előadó ez intézményt körülveszi, semmi visszaéléstől sem kell tartani.

A hetedik czim a bűnvád alól felmentett elmebetegekre vonatkozó különleges rendelkezéseket, a nyolczadik pedig a büntető határozatokat tartalmazza.

Moravcsik E. Emil. Habár az előttünk fekvő elaboratum oly részletességgel és oly széles tudományos alappal van kidolgozva, hogy szó jóformán hozzá sem férhet és érte a hazai elmegyógyászat e kiváló férfiának nagy köszönettel tartozunk, mégis néhány megjegyzésem van. Igy az I. czímnél, hogy az elmebetegség ne legyen körülirva. Hazai törvényeinkben „elmebetegség“, „elmetehetség megfogyása“, „elmegyengeség“, „buta“, „hülye“ kitételek fordulnak elő, de megállapitott fogalom nincs. Sőt az újabb polgári törvénykönyv javaslatában is „elmegyengeséget“, „elmebetegséget“, „együgyüséget“ állapit meg, sőt ezekben fokozatokat, a mennyiben az önrendelkezési és cselekvési, szerződési képességnek más-más nevét engedi meg az elmebetegeknél is, teljesen cselekvés-, illetve szerződésképteleneknek csak azokat tekintvén, a kik akaratuk szabad elhatározási képességével nem birnak.

Felszólalásomnak czélja, hogy psychiatriai szempontból hangsúlyozzam, *hogy elmebeteg és elmegyengeség* között nincs különbség és ez élesebben kifejezést nyerjen a szóban levő elaboratumban is, mert az elmegyengeség pathologikus állapot a physiologikus szellemi korlátoltsággal szemben.

Oláh Gusztáv. A tervezet vezérlő szempontjaival teljesen egyetértek. A tébolyda megszünt egy kizárólag rendőri intézmény lenni, s az elmebetegügy súlypontja ma már nem a beteg elzárása, hanem a betegség gyógyitása, vagy a lehető legkedvezőbb javulás elérése gyógyithatatlan elmebajnál. Ezen szempontok kétségtelenül szabadabban fognak érvényesülni az előadó úr szellemében alkotandó törvényben, mint most.

Különösen fontosnak tartom — a mit Schwartzer dr. őméltóságának munkájából is kiolvasni vélek —, hogy az elmegyógyintézeti elhelyezés ne vonja maga után minden esetben a gondnoksági eljárást. A gondnokság alá helyezés, annak nyilvános tárgyalása, az itélet kézbesitése és kihirdetése az enyhébb formákat távol tartja az intézettől, ez által az anyag jóformán csak súlyos, megromlott esetekből áll és továbbra elriasztólag hat a könnyebb és gyógyithatóbb esetekre. Nem látnám be, hogy miért kelljen pl. egy intoxicatios vagy puerperalis agybetegnél ezen muló baja miatt a gondnokság alá helyezési nehézkes apparatust mozgásba hozni.

Hiszen más, öntudatzavarral járó betegségeknél, typhusban stb. sem merül fel a gondnokság alá helyezés kérdése.

Örömmel üdvözlöm azon javaslatot is, hogy elmegyógyintézetbe önkényt jelentkezők is felvehetők legyenek. Ez egy igen nagy horderejü dolog nem azon egy-két beteg érdekében, a kik évenkint jelentkeznének, hanem mert ha egyszer köztudomásúvá válik, hogy itt egy olyan intézetről van szó, a hol önkényt jelentkezők is felvétetnek, egészen más szinben fog az intézet feltünni a többi öntudatos betegeknek és ezek hozzátartozóinak. Bizonyos kegyes csalást ne sajnáljunk a betegektől és azok családjaitól.

Fontos momemtumnak tartanám még — mely esetleg törvényhozási intézkedés tárgyát képezhetné — a betegek fokozatos elbocsáttatását. Az elaboratum próbaképeni szabadságolást emlit. Az intentio ugyanaz. Az elbocsátandó elmebetegnél még az intézeti tapasztalat alapján sem tudhatjuk, miként fog intézeten kivül viselkedni; és mivel nem minden betegnek van a felügyeletre alkalmas rokonsága stb., azért felszólaló szabadságolás helyett jobbnak tartja a próbaidőre való kiadást kellően kioktatott környezetbe, az intézet közelében és ennek állandó ellenőrzése mellett.

Végül nagy fontosságúnak és az elmebetegügy kardinális kivánalmának tartom az ú. n. tébolydai minősités módositását. A gyógyithatóság vagy a köz- illetve önveszélyesség kriteriumához kötni az orvosoltatáshoz való jogot: nem helyén való dolog. Az elmeorvoslás sokat segithet ott, a hol kigyógyitani nem tud. Én tehát a tébolydai minősités módositását a törvényrevizió egyik legfontosabb inditó okának tartom és az erre vonatkozó §-t akként vélném megváltoztatandónak, hogy elmegyógyintézeti elhelyezést igényel minden oly vagyontalan ideg- és elmebeteg, tekintet nélkül arra, hogy közveszélyes-e vagy nem, a ki betegségénél fogva közellátásra szorul, de elmegyógyintézetben a legmegfelelőbben van elhelyezve és a kinek állapotára úgy a szabad élet mint a községi vagy szegényházi elhelyezés káros. Habár külön törvény tárgyát képezné, de lehetett volna talán itt initiálni valamit az elmebetegségek ellen való socialis óvóorvoslásról. Sok itt a tenni való. Az alkohollal, a luessel megvivandó harcz, az iszákosok kényszerelhelyezése stb. Az elmebetegügyi törvény nem lehet csak az intézetek törvénye, hanem bele kell vágnia az egész faji életbe. És nekem az a hitem, hogy a 20. század elmebetegügyi törekvéseinek jellegét egy nagyobb arányú védelmi actio fogja megadni. Minden egyebekben alkalmasnak tartom az elaboratum vezéreszméit arra, hogy egy elmebetegügyi törvény kodifikálásánál alapul vétessenek.

Fischer Jakab szerint a legfontosabb kérdés az, hogy legyen elegendő elmebeteg-intézet; súlyt helyez arra, hogy az ország kerületekre osztassék, s mindegyiknek jusson intézet. Kétféle intézetet óhajt: nagy, gyüjtő-intézetet gyógyithatatlan, és kisebbet a gyógyitható elmebetegek számára.

Telegdi Zsigmond ama óhajnak ad kifejezést, hogy a közkórházak mellett felállított tébolydai osztályok felelős vezetője szakszerüen képzett psychiater legyen, kí az osztály ügyeit saját felelőssége mellett önállóan vezesse, az alkalmazottak felett disciplinaris joggal birjon stb. — Ha egy elmebeteg egyik intézetből a másikba szállittatik, gondnoka is legyen meghallgatandó.

Konrád Jenö: Teljesen hozzájárulok az I. czim alatti fejtegetésekhez, melyek szerint az elmebetegség tökéletes, kimerítő, minden attributumot felölelő definitioját adni nem lehetséges. E definitiot a törvénybe felvenni nem is szükséges. De meggondolandónak tartom, nem lenne-e czélszerű magának az elmebetegnek a meghatározását felvenni, úgy a mint ez az egységes svájczi elmebetegügyi törvénytervezetben történt. E meghatározás körülbelül igy hangzik:

Elmebeteg, ki 1. veleszületett vagy szerzett elmebetegségben szenved.

2. A ki az értelmiségnek mélyebb zavara nélkül is, különösen constitutionalis alapon kóros ösztönökben és hajlamokban vagy mély erkölcsi hiányokban szenved.

3. A kik maguknak narcotikus mérgek, igy alkohol, morphium stb. által ártanak, mihelyt állapotuk következtében önmaguk kormányzására és mások jogainak tiszteletbentartására képtelenek, azonban saját javukra védelemre és ápolásra szorulnak, vagy másoknak jelentékeny kárt vagy veszélyt okoznak.

E meghatározásnak gyakorlati haszna abban állana, hogy bizonyos degeneráltak és dekadensek ellenében, a kik az elmebetegség insinuatioja ellen védekeznek és épelméjüségüket a közönséggel és a sajtóval is elhitetni tudják, a törvényben támaszt nyernénk. Nem tartom ugyan okvetlenül szükségesnek e meghatározás felvételét, azonban megfontolásra ajánlom e propositiót.

Felszóláló pártolja az ápolói szaktanfolyam eszméjét, de az ápolók javadalmazásának javitását is szükségesnek tartja. Az elmegyógyintézetek „befogadási képességéről“ kifejtetteket helyesli, de akként, hogy az intézet addig köteles beteget felvenni, a meddig (a különben eleve megállapitandó) befogadási képessége engedi; természetes, hogy megfelelő számú intézettel rendelkezzünk. Még néhány administrativ jellegü megjegyzés után a javaslat elfogadását ajánlja.

Szigeti Henrik úgy magán-, mint büntetőjogi szempontból szükségesnek tartja a mielőbbi gondnokság alá helyezést; ez kezdetben csak ideiglenes (gyógyitható elmebajnál a betegség tartamára érvényes) legyen; egy év után újból legyen meghosszabbitható egy évre, s csak 2 év után váljék véglegessé. A gyors gondnokság alá helyezés szükséges, hogy a betegnek jogvédelme minden esetre biztositva legyen.

Salgó Jakab bőven kifejti, hogy jelen viszonyaink mellett a tébolyda még mindig detentionális hely jellegével bir, s ez még mindig fontosabb, mint a beteg gyógykezelése. Úgy a felvétel, mint az elbocsátás nagy apparatussal, de mégis az intézeti orvosok kizárólagos jogkörében történik; ezek, valamint a beteg gondnokság alá helyezése, a felügyelet az orvost elvonják tulajdonképeni feladatától. Különösen az elbocsátás az, melynek kérdésében kizárólag az intézeti orvos dönt, minden ellenőrző forum nélkül, mi talán visszaélésnek is, de mindenesetre tévedéseknek lehetőségét involválja. Ezért elfogadandó a tervezet ama javaslata, hogy *az intézetek externbizottságok által ellenőriztessenek*, és abban orvos, jogász mellett laikus is helyet foglalhasson. E bizottság rendszeresen látogassa meg az intézetet és vizsgálja meg a betegeket és döntsön a betegek minden ügyében. Nagy költséget involválna, de ha jogi kérdésekben keresztül lehetett vinni a felebbezést, itt sem lehet sokallani a költséget.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

3652/902. sz.

Vulkán község bányaüzemeihez **orvost** keresünk. Előnyben részesül azon egyetemes orvostudor, kinek sebészetből és szülészetből kórházi gyakorlata van. Az orvosnak évi 2400 korona fizetést és szabad tüzelést adunk, a mely illetményeket a „Felső-Zsilvölgyi Kőszénbánya-Társulat“ és a „Salgó-Tarjáni Kőszénbánya-Részvény-Társulat“ folyósitja. A mintegy 3000 lakosú községben jelenleg nincs orvos; Vulkán székhelyével a körorvosi állás 1000 korona évi illetménnyel már rendszeresittetett s ez a közel jövőben betöltetik s erre az ott már akkorra letelepedett orvos fog minden valószinűség szerint megválasztatni. Ajánlkozások **november 15-dikéig** az alábbi czimre küldendők: Bányaigazgatóság Petrozsény.

Petrozsény, 1902. évi október hó 28-dikán.

Salgó-Tarjáni Kőszénbánya-Részvény-Társulat
Petrozsényi Bányaigazgatósága.

2—1

371/1902. kórh. sz.

Győr szab. kir. város közigazgatási bizottságának folyó év április hó 21-dikén kelt 198/902. sz. határozata, illetve ezen határozatot jóváhagyó 46,811/902. VI. számú belügyminiszteri rendelet alapján a vezetésem alatt álló **győri „Szentháromság“-hoz czimzett alapitványi közkórházban** 1903. évi január hó 1-jétől egy **második segédorvosi állás** rendszeresittetvén, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Negyvenhatodik évfolyam. 45. szám. *Budapest, 1902. november 9.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrássik 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.

Sarbó Artur: Klinikai és statistikai adatok a tabes tünettanához 195 tabes-eset alapján. Tabes a munkások között. 722. lap.

Klug Nándor: Közlemény a budapesti tudomány-egyetem élettani intézetéből. A pylorus-nyálkahártya enzymjéről. 724. lap.

Kétly László és **Torday Árpád**: 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 elbirálásánál? 729. lap.

Tárcza. — n.: A berlini nemzetközi tuberculosis-conferentia. 728. lap.

Közegészségügy. Az állami gondozásban lévő gyermekek számára való gyógyszerrendelés szabályozása. 729. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Hültl Hümér**: Törekvések az eszközök, a kötőszerek és a varróanyag csirátlanitását tökéletesiteni. 730. lap. — *Könyvismertetés. Felix Schlagintweit:* Prostatahypertrophie und Bottinische Operation. (Ráskai.) — *F. Blumenthal*: Pathologie des Harnes am Krankenbett. (Nagy Pál.) — *Max Neuburger*: Swedenborg's Beziehungen zur Gehirnphysiologie. (Győry.) — *Heinrich Sachs*: Die Entwicklung der Gehirnphysiologie im XIX. Jahrhundert. (Győry.) — *Lapszemle. Sebészet. Hertle:* Az indefectusok pótlására szolgáló új plastikai módszer. (Holzwarth.) — *Schanz*: Fájdalmas lábak. (Holzwarth.) — *Bőrkórtan. Matzenauer*: A Paget-féle betegség. (Guszman.) — *Awerbach*: Az eczemának naphtalannal való kezelése. (Guszman.) *Orr-, torok- és gégebajok. Killian:* A légcsőben és oesophagusban megakadt idegen testeknek endoskopikus úton való eltávolitása. (Tóvölgyi Elemér.) — *Courvoisier:* A gége amyloid degeneratioja mellett előállott szűkület. (Tóvölgyi Elemér.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Fitch* és *Hönigschmied:* A salochinin és rheumatin. — *Parker* és *Loftus:* Az europhen. — *Moir* és *Thayer*: A heroin. — *Folyóiratok átnézete.* 731—732. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti orvosi kör. — A kairoi orvosi congressus. — Helyettes városi orvos. — A „Stefánia" gyermekkórház. — Lakásváltoztatások. — Szabóky Lajos. — A kolozsvári önkéntes mentőegyesület. — Megjelent. 733. lap. — Pályázatok — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — A második országos elmeorvosi értekezlet.

Mellékletek. Dolgozatok az egyetemi bőrkórtani intézetből. 3. szám. Szerkeszti: Nékám Lajos dr. m.-tanár. — Gynaekologia. 5. szám. Szerkesztik: Tóth István dr. egyetemi m.-tanár és Temesváry Rezső dr.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Klinikai és statistikai adatok a tabes tünettanához 195 tabes-eset alapján. Tabes a munkások között.[1]

Sarbó Artur egyetemi magántanártól.

A neurologiának alig van fejezete, mely oly gazdag irodalommal rendelkeznék, mint a tabes és daczára ennek még mindig eredménynyel jár az újabb kutatás. Négy rendbeli tünet az, a mely a tabes symptomatologiájában még teljesen tisztázva ninesen. Ezek közül egy, a peroneusanalgesia, nagy anyagon még egyáltalán vizsgálva nem lett; egy másik tünet a szemfenéki elváltozás, mely még mindig oly ellentmondó számarányban előfordulónak állittatik oda, hogy ennek vizsgálata nincs még kimerítve és ennélfogva az ily irányú vizsgálatok kivánatosak voltak; a harmadik tünet az Achilles-ínreflex hiánya, melynek fontosságára még mindig elegendő súly nem helyeztetik és végül a negyedik tünet a paraesthesiák, melyek gyakorisága, változatossága kellően méltatva nem lett.

Ezen tünetek mellett a tabes többi, már eléggé tisztázott tünetei gyakoriságának vizsgálatát is felvettük, hogy kerek egészet nyujtsunk. Itt-amott még ezekben is sikerült talán újabb vonatkozásokat felfedeznünk. Munkánk további czélja vizsgálni, vajjon a tabes mily gyakoriságban és formában jelentkezik a munkások között. Ez irányú vizsgálatok tudtunkkal még egyáltalán nem lettek eszközölve. A tabes tünettanán kivül még az aetiologikus mozzanatokra is kitértünk.

Tárgyalásunk három fejezetre oszlik. Az elsőben a tabes előfordulási viszonyait kutatjuk a jobbmódúak és szegénysorsúak között; vizsgáljuk a tabesesek korát stb. A második fejezetben az aetiologikus factorokat veszszük sorra. A harmadik fejezet a tabes tünettanával foglalkozik.

I. A tabes előfordulási viszonya a magánpraxis szolgáltatta betegek és munkások között.

Feljegyzéseim 1200 magán-idegbetegre és 4000 munkás-idegbetegre vonatkoznak. Az 1200 magán-idegbeteg közül tabesben szenvedő: 90 (7·4%), a 4000 munkás-idegbeteg közül pedig: 105 (2·6%). Nemre nézve a 90 magán-tabeses közül van: 84 férfi, 6 nő; 105 munkás-tabeses közül pedig: 88 férfi, 17 nő.

Ez adatokból az tünik ki, hogy a magán-idegbetegek nagyobb százalékban szenvednek tabesben, mint a munkásidegbetegek.

E következtetés azonban helytelen, mivel privátpraxisomban a tabeses ataxiák kezelésével foglalkozva, e czélra külön intézettel rendelkezem, érthető okokból inkább keresnek fel rendelésemen tabes-betegek, mint egyéb idegbajban szenvedők, úgy hogy a tényleges viszonyoknak megfelelőnek inkább a munkásbeteganyagom szolgáltatta e rendbeli arányszám felel meg, vagyis hogy minden 100 idegbeteg közül tabeses 2·6. A mi a férfi tabeseknek a női tabesekhez való viszonyát illeti, úgy a két rendbeli adatok már megengedik az összehasonlitást, minthogy itt azon körülmény, hogy több tabeses idegbeteg keres fel magán-rendelésemen, ép úgy vonatkoztatható a férfi, mint a női tabesesekre. E szempontból a 90 magán-tabeses közül volt 84 férfi, 6 nő; 105 munkás-tabeses közül 88 férfi, 17 nő; vagyis míg 100 magántabeses közt 7 nő, addig 100 munkás-tabeses közt 16 nő fordul elő, a mi tehát azt bizonyitja, hogy *a munkásnők között gyakoribb a tabes, mint a jó módban élő nők között.*

További különbség mutatkozik a kort illetőleg.

A következő kimutatás azon kort foglalja magában, a melyben a tabes az illetőnél fellépett; természetesen nem egész

[1] A feldolgozott anyag 195 tabes-esetre vonatkozik, ezek közül 105-öt a budapesti kerületi betegsegélyző pénztár idegrendelésén észleltem. A neurologiai szakosztály áprilisi ülésén az anyag be lett mutatva.

megbizhatók az adatok, minthogy az esetek legtöbbje nem betegségének legelején jelentkezett nálam, de közelitőleg mégis igaz adatokat tartalmaz. Tabes fellépési idejének az az időpont vétetett, a melyet a beteg mint olyant jelölt meg, melyben vagy a lancináló fájdalmak kezdődtek, vagy diplopia volt jelen, vagy crises gastriques stb.

1. tábla.

85 magán-tabeses kora.

Esetek száma:	3	1	1	7	3	6	4	6	4	6	5	7	
Kor:	26	27	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	
6	1	3	1	2	3	3	3	5	1	1	1	1.	
39	40	41	42	43	44	45	46	47	53	55	56	65	év.

Tehát a betegek 7%-a 26—30 éves volt
63·5%-a 31—40 „ „
24·7%-a 41—50 „ „
3·5%-a 51—60 „ „
1·1%-a 61 éven felüli volt.

2. tábla.

Esetek száma:	1	2	2	2	5	1	1	4	4	3	5	5	
Kor:	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	
3	7	4	3	4	3	1	4	1	2	1	3	2	1	3	1	1	2
35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
2	1	1.															
53	55	73.															

Tehát a betegek 16%-a 23—30 éves volt
48%-a 31—40 „ „
26·4%-a 41—50 „ „
8%-a 51—60 „ „
1%-a 71 éven felüli volt.

Úgy a magán-, mint a munkás-tabeseseknél a bántalom az esetek túlnyomó részében a 30—40 életév között kezdődött; feltünő különbség mutatkozik a 30 éven alúl levő tabeseseket illetőleg, ezek túlnyomó részben a munkásosztályból rekrutálódnak. Míg a magán-tabesesek közül 7%-nál kezdődött a tabes a 20 és 30-dik életév között, addig a munkás-tabeseseknél e korai kezdet 16%-ban mutatkozott, más *szóval a tabes a munkások között nagyobb számarányban kezdődött már korán, mint a jobbmódúak között.* Ennek oka minden valószinüség szerint a hiányos táplálkozásban, a testi megerőltetésekben és alkoholban fekszik, mely körülmények sokkalta nagyobb mértékben érvényesülnek a munkásnál, mint a jó módban élőnél.

A 40—50-dik életév csaknem egyenlő arányszámban szolgáltatja a tabest, úgy a jó módúak, mint a munkások között, míg az 50—60-dik életévben inkább ismét a munkások praevaleálnak.

172 tabeses közül 30 éven aluli volt, a mikor a tabes kezdődött, 19, 30—40 életév között 96, 40—50 életév között 42, 50—60 között 9, 60—70 között 1, 70—80 között 1.

Legfiatalabb tabesesem 23, a legidősebb 73 éves volt, mikor nála a tabes kezdődött.

Itt van helyén, hogy megemlékezzünk azon feltünő különbségről, mely a tabesesek subjectiv viselkedésében mutatkozik, a szerint, hogy a jó módúakhoz, vagy a munkás-osztályhoz tartozik-e az egyén? Míg amazoknál a betegség leirásából már igen gyakran a diagnosist fel is állithatjuk, avagy az irányt, melyben vizsgálnunk kell, már kijelölve kapjuk, addig a munkásoknál ily útbaigazító felvilágosításokat csak ritkán kapunk, úgy hogy a tabes jelenlétét az esetek túlnyomó részében csak objectiv jelekből constatálhattuk; az egyének bemondásai a vizsgálatoknál segítségünkre nem voltak, hogy úgy mondjuk, az egyének bemondásai daczára leltük fel a tabest. Az ily egyének pl. azzal állítanak elénk, hogy fáj a lábuk, fürdőt kérnek, a fájdalom jellegét, tartamát stb. illetőleg alig hozható ki belőlük valami, csak utólag már biztos diagnosis felállításakor, folytonos nógatásunkra és intensiv kikérdezéseinkre kapjuk meg az előrement tünetcsoportozatról a felvilágosítást, sokszor pedig egész fáradozásunk sikertelen. Nem egy esetben a tabest véletlenül fedeztük mi fel; ily esetek azok, midőn valamelyik beteget kisérő félnél a myosis vagy anisokoria vitt minket reá arra, hogy megvizsgáljuk az illetőt, kinek subjektive, daczára a legpositivabb tabesnek, semmi panasza sem volt.

E különbség nemcsak onnan ered, hogy a munkás a létért való nehezebb küzdelmében önmegfigyelésre ügyet sem vet, ennek is természetesen nagy része van a különbözőség létrehozásában, hanem onnan is, hogy a munkásnép sokkal kevésbbé érzékeny is. Igaz ugyan, hogy e kevéssé kifejlett érzékenység is végelemzésben a nehezebb életkörülményekben, edzett voltukban leli magyarázatát. Hogy a munkás egyének tényleg nem oly érzékenyek, mint a müvelt osztályhoz tartozók, azt jelen esetekre vonatkozólag az igazolja legjobban, hogy a lanciniáló fájdalmakra való erős reactiot, mint azt a müvelt osztályhoz tartozóknál gyakran leljük fel, náluk alig találjuk. Igy 105 munkás-tabeses betegem közül nagy, türhetetlen fájdalmakról való panasz feltünő ritkán fordult elő, míg a másik rendbeli tabeseseimnél az csaknem mindennapos. A munkás tabeses lancináló fájdalmait mindenkoron rheumatikusnak tarja, az idő viszontagságainak kitenni szokva levő egyén ily fájdalmakhoz hozzá van szokva, azokat fel se veszi. A müveltséggel járó felvilágosultság tényleg betegségeik tüneteivel szemben érzékenyebbekké teszi az egyéneket, ezen tétel legfényesebb bizonyitékát látom abban, hogy míg a külföldön, így nevezetesen Németországban az alsóbb néposztály magasabb müvelődése és az ezzel járó fejlettebb, kiterjedtebb socialis törvényhozás, nevezetesen a kötelező baleset biztosítás, a baleset neurosisok óriási contingensét hozta létre, nálunk, a hol ily kötelező biztosítás nincsen, a hol a munkás nép szellemi niveauja a külföldivel szemben még alacsony, az ily rendü neurosisok ritkaság számba mennek. Müveltséggel együtt megtanul a nép érzékenyebb lenni.

II. A tabes kóroktana.

A leggyakrabban fellelhető aetiologikus momentum úgy a magán-, mint a munkás-tabesesek között a lues. Megjegyzem, hogy a következő összeállításban biztos lues esete alatt oly esetek vannak csak felvéve, a melyekben az egyén határozottan elismerte a lueses fertőzést, avagy chancreről tesz említést és elmondta, hogy ugyanekkor bedörzsöléses kúrát is kapott.

Minden egyéb a chancre rovatában foglaltatik, úgy hogy a nyert adat a feltétlen biztos luesesekre vonatkozik és így minimális arányszám, minthogy a chancre rovatban valószinüleg nem egy syphilises foglaltatik.

	Esetek száma	Lues biztos	Chancre	Lues tagadva
Magán	82	53·6%	33%	13·4%
Munkás	79	43%	31%	25·4%

Ezek szerint a magán-tabesesek 10·6%-kal több esetben mutatnak anamnesisukben biztos luest, mint a munkás-tabesesek, ennek egyszerü magyarázata, hogy a munkásember nem törödik bajaival annyit, mint a jobbmódú néposztály és így nem is tud oly megbizható felvilágositásokat adni, mint utóbbi, legjobb esetben arra emlékszik csak, hogy volt valamikor chancreje, igen gyakori válasz az, hogy volt sebe a penisén, de maga kezelte! Daczára e nehezitő körülményeknek 43%-ban lelünk fel biztos luest a munkás-tabeseseknél!

Összehasonlításul a lues előfordulási viszonyait illetőleg a munkások között a következő táblázat szolgál, a melyen 235[1] nem tabeses, de egyéb idegbajban szenvedő munkásnál biztos luest csak 5·5%-ban tudtunk kimutatni (l. 3. tábla), míg a tabesesek közt 43% biztos lues van jelen.

3. tábla.

Betegség neme	Esetek száma	Lues %	Chancre %
Intoxic. sat.	51	3·9	16·5
Alkoholismus	64	4·6	15
Neurasthenia	120	6·6	14
Összesen	235	5·5	16·5
Tabes	79	43	31

A többi aetiologiai momentumok közül a családi terheltségre,

[1] Ezen 235 nem tabeses idegbeteg 30—40 éves korban levő egyén.

alkoholismusra és thermikus behatásokra voltunk tekintettel. Az alábbi táblázat tünteti fel ezek viszonyait. (l. 4. tábla.)

4. tábla.

Összes esetek száma	Aetiologia	Esetek száma	%
161	lues	78	48·3
195	terheltség	30	15·3
195	alkohol	21	10·7
195	thermikus hatások	9	4·1

Látható e táblázatból, hogy az aetiologikus momentumok közül a lues dominál, a thermikus hatások alig számbavehető arányban fordulnak elő.

Azon sokat hangoztatott ellenvetés a tabes lueses eredete ellen, hogy ha a tabes a lues folyománya, tekintettel a sok luesesre sokkal nagyobb számú tabesmegbetegedésnek kellene lennie, nézetem szerint már azon okból sem fogadható el komoly ellenvetésképp, mivel senki sem állította, hogy a lues szükségképeni folyományakép kell, hogy tabes fellépjen. Nézetünk szerint a tabes a lues azon folyományai közé tartozik, melyeket a harmadlagos lues fogalma alá sorolunk, de miként az ismert tertiaer lueses tünetcsoportozatoknak luessel való összefüggését sem vonhatjuk kétségbe azon okból, hogy a luesnek nagy számához képest csak kis számban fordulnak elő, ép oly helytelen, mondom, a tabesnek lueses eredete ellen ezen ellenvetést tenni. Igy a budapesti kerületi betegsegélyző pénztár ambulatoriumának 1901-diki évében 27,813 beteg közül a bőrbetegosztályon megfordult 31 tertiaer lues, csekély szám a luesesen fertőzöttek összegéhez képest, de azért az összefüggést e miatt senki kétségbe nem vonja. Ugyanezen 27,813 beteg közül 34 tabes, 22 paralytikus és 17 cerebrospinal-lues szerepel, összesen tehát 73 consecutiv idegrendszeri lueses megbetegedés!

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti tudomány-egyetem élettani intézetéből.

A pylorus-nyálkahártya enzymjéről.

Klug Nándor tanártól.

(Vége.)

Ugyanazon kivonatokból további 50—50 kcm.-t 0·5% szabadsav tartalomig sósavval savanyítottam meg, s ezekben tettem ki ugyanannyi vérrostanyagot 24 órai emésztésnek. A leszürt, közömbösített, felfőtt s ismételten szürt folyadék funduskivonatának elnyeléstényezője 1·72076, a pyloruskivonaté 1·66132 volt. Ez értékek fibrinemésztés mellett bizonyitanak. Tryptophanreactiot a savanyú emésztettel sem lehetett nyerni.

Miután 0·5% natriumcarbonat a pepsinhatást tényleg teljesen s végleg megsemmisiti, a fundus- és pylorus-mucosa lúgos kivonatai, mint láttuk, csak savanyú kémhatás mellett emésztenek, következik, hogy e kivonatokban foglalt propepsint a sav activvá tette, s az emésztett.

Megkisérlettem még *Glaessner* eljárása szerint a nyálkahártyák lúgos kivonataiból a proerjesztők előállítását és ezekkel az emésztést. E czélból az átszürt lúgos kivonatokhoz 1%-ig konyhasót, majd higított eczetsavat addig adtam, míg üledék nem képződött. A pyloruskivonat üledéke jobban tartott össze, a funduskivonaté annyira finoman pelyhes volt, hogy szürés alatt csak nehezen sikerült azt a folyadéktól elkülöniteni.

Annak eldöntésére, vajjon a pylorusüledék tartalmaz-e propepsint, az üledéket kevés vízzel tömlős dialysatorba adtam s igy tettem ki 24 óráig tartó dialysisnek. Dialysis után a folyadék elnyelési tényezője 0·42534 volt. 2 gm. száraz fibrint s 0·25 gm. thymolt 50 kcm. 0·5% H Cl-t tartalmazó ilyen folyadékban 24 órai digerálásnak kitéve, megfelelő közömbösités, főzés és átszürés után a folyadék elnyeléstényezője 1·19116-nak felelt meg. A pylorusüledék tehát itt emésztett, benne sósav által activált propepsin volt. Hasonlóan emésztőleg hatott a fundusüledék is.

A két üledék szüredékeit natriumcarbonattal közömbösitettem, sőt gyengén lúgossá is tettem, s ezután uranylacetat-oldatot adtam hozzá, mire mind a két kivonatban üledék képződött, mely a funduskivonatban tömöttebb volt. A fundusüledéket, a folyadéktól centrifugálás által lehetőleg elkülönitése után, vízzel felhigitva, dialysisnek tettem ki; elnyeléstényezője a dyalisis után 0·14602-nek felelt meg. A fenti módon sósavval rostanyagot emésztve benne, megfelelő kezelés után elnyeléstényezőjét 1·86608-nak találtam. Ha a sósav helyét 0·5%-ig natriumcarbonat foglalta el az emésztő folyadékban, s 24 óráig rostanyagot digeráltam benne, megfelelő kezelés után elnyeléstényezője 0·14698 volt. A fundusmucosa uranylüledéke tehát tartalmazott propepsint, de semmi pseudopepsint.

Hasonlóan jártam el a pylorusmucosa uranylüledékével is. A 0·5% H Cl-t tartalmazó emésztőfolyadék elnyeléstényezője, rostanyagra történt behatása után 1·20180, a 0·5% natriumcarbonattal kezelté 0·10953 volt. Mint a funduskivonat, úgy a pylorusnyálkahártya kivonatának uranylüledéke is tartalmaz propepsint; pseudopepsin ellenben ki nem mutatható bennök.

Az uranylüledék előállításakor nyert szüredékeket is kitettem dialysisnek, s velök is tettem megfelelő emésztési kisérleteket. Ezek eredményeit tünteti fel a következő táblázat:

Emésztőfolyadék	Elnyelés-tényező	0·5% H Cl, 2 gm. száraz rostanyag, thymol.	0·5% Na2 CO3, 2 gm. száraz rostanyag, thymol.
Fundus-szüredék	0·17648	2·42868	0·17822
Pylorus-szüredék	nem adja a biuretreactiot	0·57380	0·09716

Kitünik e táblázatból, hogy mindkét nyálkahártyaregio uranylüledékének szüredékei H Cl-ral emésztenek; a kettő között nagy különbség abban van, hogy a fundus-szüredék feltünően jól, a pylorus-szüredék aránylag gyengén emészt. Natriumcarbonattal H Cl helyett egyik szüredékkel sem sikerült az emésztés. A tryptophanreactio nem sikerült.

Ezek szerint nem találtam olyan erjesztőre, mely lúgos reactioban fehérjét emészt, ellenben emésztés következett be a pylorusnyálkahártya uranylüledékével, melylyel *Glaessner* negativ eredményt kapott. Ez eltérő eredmények arra indítottak, hogy a kisérleteket toluollal kezelt mirigykivonatokkal ismételjem. Ez okból 500 gm. fundus- és 230 gm. pylorusmucosát 1000, illetve 400 gm. 0·5% natriumcarbonatot tartalmazó vízzel, bőven toluollal ellátva digestionak tettem ki. Ezen, minden rohadástól mentes folyadékban a tryptophanreactio a 4. hét végén lépett fel; a fundus folyadéka chlorvízzel halvány, a pylorus-é ennél valamivel intenzivebb rózsaszínű lett. Ez a tryptophankémlés a következő napokban nem lett intenzivebb, sőt ellenkezőleg csökkent, a menynyiben a fundus kivonata alig észrevehetőn szineződött, a pylorus-kivonat igen halvány rózsaszínt nyert.

A tryptophankémlés ezen fellépését a trypsinemésztéskor jelentkező ugyanazon reactioval összehasonlítandó, 2 gm. fibrint 100 gm. 0·1% trypsint tartalmazó vízben, thymol hozzáadása után digestionak tettem ki. 4 óra mulva a tryptophanreactio már sikerült és a 12. órában már annyira intensiv volt, chlor- vagy bromvízzel annyira feltünően jelentkezett, mint a gyomornyálkahártya kivonataiban soha.

Vért, más szöveteket és szerveket is hasonlóan, hosszabb időn keresztül kitettem digestionak, a tryptophanreactiot azonban egyedül a gyomor- és bélnyálkahártya (duodenum) kivonataival sikerült nyernem, de itt is csak hetekig tartott digestio után és ha előállott, mindig csekély fokban. *Jacoby* és *Glaessner* is kiemelik a kémlés lassú fellépését a máj pépének, illetve a gyomor és duodenum nyálkahártyáinak autodigestioja alatt. Ily körülmények között azonban nem is lehet a tryptophanreactio ezen fellépésének az emésztésnél jelentőséget tulajdonítani. Emésztőhatásnak, mely csak hetekig tartó digestio után vehető észre, a szervezetben folyó emésztés körül jelentősége nincsen. Ha a tryptophanreactio fellépése a pseudopepsin jelenlétét bizonyítja, akkor ez azt is bizonyítja, hogy a pseudopepsin a szerve-zetben folyó emésztésre egészen jelentéktelen mert még ha jelen is volna, nem nyer időt felette lassú hatásának kifejtésére. Ily körülmények között nehezen lehet elhinni azt, hogy a pylorusmirigyek csakis amaz erjesztőt készítik. Ha meggondoljuk, hogy

a tryptophanreactio csak olyan szervek hosszantartó autodigestioja alatt jelentkezik, melyek a pankreas közvetlen közelében vannak (duodenum, pylorus, máj), akkor legközelebb áll az a gondolat, hogy a tryptophan minimalis mennyiségü beivódott vagy felszívódott trypsintől származik. Megerősíti ezt a következtetést még a tryptophankémlés tökéletlen és bizonytalan fellépése az említett szervek kivonataiban is.

Visszatérve a fundus- és pylorusnyálkahártya kivonataihoz, ezeket úgy nyertem, hogy az emésztetet az autodigestio hatodik hetében először vászonzacskón, azután szürőpapiron keresztül filtráltam. A mirigymaradék még elég jól megtartottnak látszott. Górcső alatt kiválóan a mirigysejtek magvai jól voltak láthatók, protoplasmájukból azonban sokat veszítettek a sejtek. A funduskivonat elnyelésténvezője közömbösítés, felforralás és átszürés után 0·26058, a pylorusé 0·25784 volt. Az oldott albumin legnagyobb részét közömbösítés és forralás által kiválasztani sikerült, az oldatban igen kevés maradt vissza, a mi propeptonnak vagy peptonnak mondható.

Mindkét kivonathoz 1% tartalomig Na Cl-t és eczetsavat adtam. Az erre elöállott üledéket I. üledéknek lehet mondani. A szüredéket natriumcarbonattal épen gyengén lúgoztam és erre híg uranylacetáttal kezeltem. Az erre elöállott üledék a II. üledék, mely után a végső szüredék visszamaradt. Az I. és II. üledékkel s a végső szüredékkel tettem emésztési kisérleteket. E czélból úgy a két üledék egy részét kevés vízzel, valamint a végső szüredéket is külön-külön tömlős dialysatorba adtam, kevés thymolt téve hozzájuk s így tettem ki azokat dialysisnek. A dialysist azért tartom szükségesnek, mivel sók jelenléte tudvalevőleg a pepsinemésztést csökkenti; ily káros hatása az emésztésre már 0·5% Na Cl-nak is van.

Dialysis után a fent már leirt módon tettem az emésztési kisérleteket, melyek eredményeit a következő táblázatban foglalom össze:

Emésztőfolyadék	Biuretkémlés	50 kcm. folyadék 0·5% H Cl 2 gm. száraz fibrin, thymol. Elnyeléstényező	50 kcm. folyadék 0·5% Na_2CO_3 2 gm. száraz fibrin, thymol. Elnyeléstényező
Fundusüledék I.	halvány, rózsaszinű	2·42024	0·17194
Fundusüledék II.	semmi biuretkémlés	semmi emésztés	semmi emésztés
Fundus végső szüredéke	igen halvány, rózsaszinű	1·21264	0·07990
Pylorusüledék I.	halvány, rózsaszinű	2·3538	0·18852
Pylorusüledék II.	semmi biuretkémlés	semmi emésztés	0·19268
Pylorus végső szüredéke	igen halvány, rózsaszinű	2·57936	0·19076

A mint ezen táblázat adataiból kitünik, emésztés egyedül H Cl jelenlétében folyt és pedig az I. üledékből előállított folyadékkal és a végső szüredékkel. Az uranylüledékkel (üledék II.) előállított folyadék mit sem emésztett. Natriumcarbonáttal emésztést nem lehetett tapasztalni, mert annyira gyenge biuretkémlést, mint a táblázatból kitünik (elnyeléstényező 0·07990—0·19268), akkor is lehet nyerni, ha 0·5% natriumcarbonatos vízben rostanyagot magában kiteszünk digestionak.

Miután *Glaessner* szerint az uranylüledék a proerjesztőket tartalmazza, az üledék egy részéből a *Glaessner* által leirt módon gyengén lúgos vízzel kivonatokat készítettem s megvizsgáltam azok emésztőképességét, úgy dialysis előtt, mint után. Azonban nekem sem lúgos, sem savanyú reactio mellett nem sikerült ama kivonatokkal emésztést nyerni. Az elnyeléstényezők a H Cl-val való digeráláskor 0·11804 és 0·17646, natriumcarbonáttal 0·07706 és 0·19566 közt voltak.

Hogy az I. üledékkel jól emésztő folyadék nyerhető lesz, várható volt azért, mivel üledékek, kiválóan mucindús üledékek, erjesztőket magukkal ragadnak. Az uranylüledékben a propepsin részben mindenesetre ezért hiányzott, részben azonban azért is, mivel, a mint látszik, nem adtam a teljes kiülepítésre szükséges mennyiségü uranylacetatot a folyadékhoz; az utóbbira vall a végső szüredék jó emésztőképessége. Más kisérletekben, melyekben az autodigestio egyszerüen thymolos vízben történt, a nyert kivonat uranylüledéke 0·5% H Cl-val jól emésztett, jeléül annak, hogy az uranylüledék tényleg kicsapja az erjesztőt. Egyébiránt nem is volt czélom az uranyleljárás használhatóságát a proerjesztők előállítása körül megvizsgálni. Tudni akartam, vajjon valóban létezik-e pseudopepsin, a gyomor és pankreasemésztés között közvetítő enzym, mit elhinni első tekintetre igen tetszetősnek látszott, ezt illetőleg pedig fenti kisérleteim minden eredménye oda szól, hogy *nincsen pseudopepsin*.

Közlemény a kir. m. tud.-egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.)

Mennyiben értékesíthető a cytodiagnosis a mellűri és hasűri folyadékok természetének elbirálásánál?

Irták: *Kétly László* dr. I. tanársegéd és *Torday Árpád* dr. klinikai gyakornok.

(Vége.)

4. Klinikailag gümőkórra gyanus esetek pleuralis összenövésekkel.

XXII. K. A. 45 éves. Beteg lett 1½ év előtt, felvétetett 1901. november 27-dikén. Kórelőzmény: Kemény sankere volt, neje 3-szor abortált, 1900 óta köhög, fehéreset köp, többször van nehéz légzése és fuldoklása. 1901. április havában szúrásai voltak s akkor lázas is volt. Juniusban véreset köpött 10—14 napig.

Status: A bal mellkas jóval laposabb mint a jobb, légzésnél a bal mellkasfél felső két harmada elmarad. Kopogtatáskor jobboldalt a tüdőhatárok normalisak, míg bal oldalon a kulcs f. árokban és a parast. vonalban a II. bordáig tompult a kopogt. hang, azon alul tompa az V. bordáig, onnan lefelé dobos, a bimbó vonalban a III. borda felső széléig tompult, onnan az V-dik bordáig tompa s innen lefelé dobos a kopogtatási hang. Az elülső hónaljvonalban az V. bordáig tompa, onnan lefelé t. é. n. dobos. Hátul a II. bordáig tompult a kopogtatási hang, onnan lefelé a gerincz melletti és a scapularis vonalban a VII. bordáig tompa, azon alul tompult.

Hallgatódzásnál jobboldalt az egész tüdő felett puha sejtes légzés, míg a bal tüdő felső része feletti tompult kopogtatási hang felett gyönge hörgi légzés hallható; a tompa kopogtatási hang felett légzés nincs, alul a tompult kopogtatási hang felett pedig határozatlan, a középső hónaljvonalban levő t. é. n. dobos hang felett pedig puha sejtes légzés hallható. Bronchophonia és pectoral fremitus a csúcsok felett rendes vagy talán valamivel erősebb a rendesnél, a tompa és az alul levő tompa kopogtatási hangok felett pedig hiányzik.

Próbacsapolás alkalmával a scapularis vonalban a VII. bordaközben vér ürült, a VI. bordaközben kevésbbé véres exsudatum, a melynek fajsúlya 1021 volt.

K. D. Exsud. pleuriticum circumscriptum cum adhaesionibus pleurae lat. sin. Retractio thor. sin. min. grad.

Cytologiai lelet: Górcső alatt a pleuralis folyadékban lymphocyták voltak sok vérsejt mellett. Állatoltás a folyadék csekély menynyisége miatt nem volt végezhető.

XXIII. R. J. 45 éves, kőmives. Beteg lett 1901. január hóban, felvétetett 1902. május 12-dikén. Távozott 1902. május 27-dikén. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 1901. január eleje óta mellében fájdalmakat érez, valamint a bal lapoczka tájon, a melyek onnan a bal karba kisugároznak. 1901 junius havában és azóta is többször köpött véreset, egyébként zöldes, nyákos köpetet ürit. 1902. január elején nyaka bal oldalán a supra- és infraclavicularis árokban, a hónalj árokban és a bal lágyékhajlatban mirigyeket vett észre, melyek azóta lassan nagyobbodtak. 1902. január elején 3 hétig bal oldalában szúrásokat érzett.

Felvételi állapot: Láták egyenlőtlenek, a bal szükebb a jobbnál, fényre renyhén, alkalmazkodásra jól hatnak vissza. A bal hangszálag hulla állásban van, phonatio alkalmával csupán a jobb hangszálag működik, a két hangszálag phonatio alkalmával összeér. Jobb oldalt a tüdők felett mindenütt t. é. n. d. a kopogtatási hang. A bal csúcs felett hátul kissé tompult a kopogtatási hang a II. bordáig. Az interscapularis térben t. é. n. d., a VII. bordától lefelé tompa a kopogtatási hang, mellül baloldalt a kulcscsont feletti és alatti árokban, valamint az egész bal mellkas felett tompa kopogtatási hangot kapunk, kivéve a bal középső hónaljvonalat, a hol a VI. bordától lefelé tompult a kopogtatási hang. A jobb mellkasfél felett érdes sejtes légzés hallható, a bal csúcs felett hátul gyengült a légzés, az interscapularis térben pedig búgások és füttyhangok hallhatók, a VII. bordától lefelé a légzés, mellrezgés és hörgi hangzás gyengült. A lapoczka vonalban a VIII. bordaközben baloldalt eszközölt próbacsapolás alkalmával a tű erős ellentállásra talált, a melyen alig tudott áthatolni. A bal mellürből kevés tiszta, sárga savó ürült, melynek fajsúlya 1021, fehérjetartalma 3% volt. Klinikai diagnosis:

tumor pulmonis, verosimiliter sarcoma. Lymphosarcoma colli, pleuritis chron. lat. sinistri.

Cytologiai lelet: a punctiós folyadékban elmosódott határú képletek láthatók.

5. Parapneumoniás eset.

XXIV. J. P. 10 éves, zsellér fia. Beteg lett 1902. márczius végén. Felvétetett április 7-dikén. Meghalt április 9-dikén.

Kórelőzmény: egy küteges bántalom kiállása után, melyet környezete tüzetesen leirni nem tudott, körülbelül 2 hét mulva vizelete elakadt. Utána rövid idő mulva szemhéjai megpuffadtak és az alsó végtagok megdagadtak. Felvételkor beteg lázas, jobb oldalában szúrásokat érez.

Felvételi állapot: Beteg feltünően halovány. A felső szemhéjak és az arcz puffadtak. A scrotum teriméjében megnagyobbodott, az alsó végtagok oedemásak. Beteg bal oldalán a középső hónaljvonalban a VI. bordától lefelé tompa kopogtatási hangot kapunk, ugyanott hörgi légzés is hallható.

Vizeletben sok fehérje és vér mutatható ki. Górcső alatt a vizeletben számos hyalin cylindert, zsirosan szétesett hámsejteket és vörös vérsejteket látunk. Betegnél április 10-dikén a tüdőgyuladás jobboldalt is fellépett. Uraemia tünetei között halt meg. Klinikai diagnosis: Nephritis acuta. Uraemia. Hydrops univ. Bronchitis diffusa Pneumonia lob. inf. lat. dextri. Szivbénulás.

Kórbonczolati diagnosis: Nephritis diffusa haemorrhagica ad stadium sec. vergens. Pneumonia lob. inf. dextr. crouposa, cum pleuritide fibrosa serosa dextra. Hydrops universalis praecipue anasarca. Synechia pulmonis dextri ligamentosa. Ulcus induratum simplex supra maxillam cum periostitide. Catarrh. bronchialis et intestinorum.

A kórbonczolás alkalmával a jobb mellürben talált folyadékgyülemben: Polynuclearis leukocyta 357, endothelsejt 374, cosinophilsejt 2.

6. Peritonitis tuberculosa esetei.

XXV. B. A.-né 35 éves, asztalossegéd neje. Beteg lett 1901. deczemberben. Felvétetett 1902. február 8-dikán. Eltávozott 1902. április 20-dikán. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 1901. deczemberében vette észre, hogy hasa kezd növekedni, ugyanakkor naponként többször fázás érzése futotta át testét. Fájdalmai azonban nem voltak. Azóta hasa mindjobban növekszik, beteg lesoványodott. Étvágya, széke rendes. Keveset köhög. Felvételi állapot: Mindkét oldali kulcscsont feletti árokban kissé tompult a kopogtatási hang. Baloldalt a középső hónaljvonalban a VI. borda felső szélétől lefelé nyerünk tompa kopogtatási haugot, úgyszintén a Traube-féle tér felett is tompa a kopogtatási hang. Hátul *mindkét csúcs felett tompult a kopogtatási hang.* Baloldalt hátul mindkét kopogtatási vonalban a VII. bordától lefelé nyerünk tompulatot.

Mindkét kulcs feletti árokban, valamint hátul a csúcsok felett érdes be és hangos kilégzés hallható, itt ott pattogó zörejekkel. A baloldalt nyert tompulat felett légzés, bronchophonia és pectoralfremitus nincs. Has teriméjében megnagyobbodott főleg alsó és oldalsó részeiben. A has felett tompa kopogtatási hangot kapunk, melynek határa a középen egy aláfelé domború vonal, melynek legmélyebb domborulata a köldök alatt 2 haránt ujjnyira van. A beteg oldalra való fektetésénél a magasabb helyzetet elfoglaló másik oldal felett a kopogtatási hang feltisztul. Fluctuatio kimutatható.

A mellkas *próbacsapolása* alkalmával nyert tiszta, sárga savó fajsúlya 1026, fehérjetartalma 3½%. A hasnak próbacsapolása alkalmával nyert tiszta, sárgás savó fajsúlya 1023, fehérjetartalma 3%.

Beteg február 16-dikán bal mellkasfelén megcsapoltatott. Az eredmény 1900 cm³ tiszta savó. Fajsúlya 1023, fehérjetartalma 2% volt.

Betegnek a kórodán léte alatt 38·5° C-ig terjedő hőemelkedései voltak.

Klinikai diagnosis: Peritonitis tuberculosa. Pleuritis exsudativa lat. sin.

Cytologiai lelet: Ugy a mellkasi, mint a hasi folyadékban piros vérsejtek mellett sok lymphocyta, nehány polynuclearis leukocyta és endothelsejt található.

XXVI. Cz. B.-né 55 éves, földmives neje. Beteg lett 1901. januárban. Felvétetett 1902. február 10-dikén. Elbocsáttatott 1902 február 27-dikén.

Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy az 1900. októberben erős hastáji fájdalmakkal kezdődött, melyek főleg a köldök táján székeltek. 1901. januárban erősen kezdett köhögni, annyira, hogy sokszor hányási ingere támadt. Majd azt vette észre, hogy hasa és lábai megdagadtak. Lábainak daganata kissé lelohadt, de hasa még dagadtabb lett.

Felvételi állapot: A baloldali mellkasfél mély légvételnél visszamarad. Bal oldalon a középső hónaljvonalban az V. bordától lefelé tompa a kopogtatási hang. Hátul baloldalt a scapularis vonalban szintén az V. bordától lefelé kapjuk a tompulatot. Ezen tompulat felett légzés nem hallható, a mellrezgés és hörghangzás pedig gyengült. Has különösen alsó és oldalsó részeiben megnagyobbodott. A has felett tompa kopogtatási hang, mely egy aláfelé domború vonalban végződik, melynek legmélyebb domborulata a köldök felett egy haránt ujjnyira van. Fluctuatio jól kimutatható. Helyzetváltoztatáskor a kopogtatási viszonyok változnak. A has nyomásra mindenütt érzékeny.

Próbacsapoláskor a mellűrből nyert folyadék fajsúlya 1026, fehérjetartalma 6%; a hasűrből vettnek pedig fajsúlya 1023, fehérjetartalma 4%.

Betegen február 16-dikán mellkasi punctio végeztetett, mikor is 1850 cm³ sárgás folyadék ürült, melynek fajsúlya 1024, fehérjetartalma 4% volt.

Klinikai diagnosis: Peritonitis tuberculosa. Exsudatum pleuriticum lat. sin. Ugy a hasi, mint a mellkasi folyadékban sok lymphocyta, kevés polynuclearis leukocyta és endothelsejt van, piros vérsejtek mellett.

XXVII. L. D. 14 éves, czipőtűzőnő. Beteg lett 1902. januárban. Felvétetett 1902. február 4-dikén. Elbocsáttatott 1902. február 24.-én. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy az 1901 nyarán hasfájdalmakkal kezdődött, ugyanakkor hasa kezdett megnagyobbodni. Fejfájásai voltak. Éjjel izzadt. Émelygései, hasmenései voltak. Keveset köhögött.

Felvételi állapot: Kulcscsont feletti árokban jobboldalt kissé tompább a kopogtatási hang, úgyszintén hátul jobboldalt körülbelül a II. bordáig szintén tompult a kopogtatási hang. Mindkét csúcs felett érdesebb a légzés (megnyult érdes kilégzés) néha egy-egy pattogással.

Has előmborodó, a megnagyobbodás főleg a köldök alatt szembetünő. A has alsóbb részein tompa kopogtatási hangot nyerünk, melyet a dobos hangot adó felsőbb résztől egy aláfelé domború vonal határol el, melynek legmélyebb domborulata a köldök alatt 1 haránt-ujjnyira fekszik. Fluctuatio kimutatható. Has mindenütt igen érzékeny.

A has próbacsapolása alkalmával tiszta sárga savót kaptunk, melynek fajsúlya 1022, fehérjetartalma 3½% volt.

Betegnek a klinikán léte alatt láza nem volt, keveset köhögött.

Klinikai diagnosis: Peritonitis chronica tuberculosa. Catarrhus apicis pulmonis dextri.

A próbacsapolásnál nyert folyadékban górcsövi vizsgálattal sok lymphocytát találtunk, kevés endothelsejt, polynuclearis leukocyta és piros vérsejtek mellett.

XXVIII. S. K. 18 éves, cseléd.

Klinikai diagnosis: Infiltratio apicum pulmonum utriusque, peritonitis tuberculosa.

Positiv köpetlelet.

Hasi lelet próbalaparotomia alapján (gyógyczélból lett végezve) igazoltatott.

Április 19-dikén eszközölt hasi próbapunctio alkalmával lymphocyta 750, leukocyta 32, endothelsejt 37, nagy mononuclearis leukocyta 4 találtatott a cytologiai vizsgálatnál.

Hasűri folyadékban sok piros vérsejt, apró lymphocyták láthatók, melyek mellett kisebb számban polynuclearis leukocyták, endothelsejtek, továbbá világosabb kékre festődő, a lymphocytákénál nagyobb magvú s nagyobb szegélyű protoplasmával ellátott képletek láthatók, melyeknek magva nem fekszik excentrikusan (nagy mononuclearis?).

XXIX. K. J.-né.

Klinikai diagnosis: Infiltratio apicis pulmonis dextri et peritonitis tuberculosa.

Positiv köpetlelet.

A hasűri váladékban: polynuclearis leuk. 170, lymphocyta 140, endothelsejt 34.

Hasűri folyadék fajsúlya 1019. Fehérjetartalma 2½%.

XXX. M. J. 57 éves, szűcssegéd. Beteg lett 1900 őszén. Meghalt 1902. VI. 25.

Klinikai diagnosis: Infiltratio apicis pulmonis dextri. Emphysema. Hydrops univers., Peritonitis chronica tuberculosa.

Positiv köpetlelet.

Lymphocyta 269, polynuclearis leuk. 48, endothelsejt 112. Vagyis a hasűri folyadékban sok a lymphocyta s az endothelsejt. Mellettük kisebb számban polynuclearis leukocyták találhatók.

A folyadék fajsúlya 1014. Fehérjetartalma 1½%.

Kórboncztani diagnosis: Tuberculosis peritonei, peribronchitis et pneumonia interstit. fibrosa partim caseosa pulmonum cum perforatione cavernulae lobi superioris pulmonis sinistri cum subsequente pyopneumothorace sinistra, tuberculosis ulcerosa enterica chronica, ulcus tuberculoticum laryngis. Hepar adiposum, atrophia lobi sinistri hepatis, sclerosis cranii. Thrombosis venae cavae inferioris, venae lienalis et venae pancreaticoduodenalis et thromboses duo parietales aortae abdominalis albae. Hydrops universalis, atrophia renis cum degeneratione parenchymatosa, oedema glottidis, atrophia universalis. Pneumonia hypostatica lobi inferioris pulmonis dextri.

XXXI. P. A. 56 éves czipész. Beteg lett 1902. januárban, felvétetett 1902. április 29-dikén, eltávozott 1902. junius 1-jén. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy az január végén kezdődött szerinte gyomorrontással, elgyengült, tagjaiban fájdalmakat érzett, étvágytalan lett. Márczius végén vette észre, hogy hasa megpuffadt és ugyanott fájdalmakat is érzett, nagy forróságai voltak és keveset köhögött, majd hasmenésben is szenvedett. Már bajának kezdete óta jobb oldalában főleg köhögés és mély légvétel alkalmával szúrásokat érez.

Felvételi állapot: A bal kulcscsont feletti árokban kissé tompult a kopogtatási hang. Mellül a jobb oldalon a szegycsont melletti vonalban, úgyszintén a bimbó vonalban az V. bordától, a középső hónaljvonalban az V. borda felső szélétől lefelé tompa a kopogtatási hang, hátul a gerincz melletti és lapoczka vonalban az V. bordától lefelé kapjuk a tompulatot. A fent leirt tompulat felett a légzés, mellrezgés és hörgi hangzás gyengült.

A has mélyebb részein fluctuatio mutatható ki, kopogtatásnál a középvonalban a köldök alatt 3 ujjnyira, a jobb bimbóvonal meghosszabbításában majdnem a köldök magasságában, a bal bimbóvonal meghosszabbításában eső vonalban szintén ugyanott a dobos kopogtatási hangot tompa hang váltja fel.

Ha beteget jobb oldalára fektetjük, akkor a has bal oldalában hanyatt fekvő helyzetben nyert tompa kopogtatási hangot dobos kopogtatási hang váltja fel.

Április 29-dikén a has próbapunctiójánál nyert tiszta sárga savó fajsúlya 1021, fehérjetartalma 4% volt.

Április 30-dikán a mellkas csapolása alkalmával abból 1650 cm³ tiszta savó ürült, melynek fajsúlya 1019, fehérjetartalma 4% volt.

Betegen május 30-dikán ismét csapolás eszközöltetett, mikor is a jobb mellkasfélből 1600 cm³ tiszta sárgás savót kaptunk, melynek fajsúlya 1016, fehérjetartalma 4% volt.

*

Betegnek a kórodán léte alatt 38·9° C-ig terjedő hőemelkedései voltak.

Klinikai diagnosis Exsudatum pleuriticum lateris dextri. Hydrops ascites. Peritonitis chron. verosimiliter tuberculosa.

Mellűri folyadékban számos lymphocyta található, kevés endothelsejt és polynuclearis leukocyta mellett.

Két tengerimalacz egyenkint 60 cm³-nyi váladékkal lett beoltva, az egyik nem pusztult el, a másik 5 hét mulva elhalt tuberculosisban.

Hasűri folyadékban sok a lymphocyta, közepes mennyiségben endothelsejtek láthatók, mellettük néhány polynuclearis leukocyta. Egy tengerimalacz fokozatosan 60 cm³-nyi váladékkal beoltatott negativ eredménynyel. Az állatkisérlet ismételtetett negativ eredménnyel.

6. Kétes eset.

XXXII. M. J.-né 62 éves, kertész özvegye. Beteg lett 1901. deczemberben, felvétetett 1902. január 28-dikán. Meghalt 1902. május 21-dikén. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 1901. deczember elején vette észre, hogy hasa kezd növekedni, ugyanekkor erős köhögést kapott, székrekedésben és étvágytalanságban szenvedett. Majd hasában fájdalmak léptek fel, forróságai támadtak, időnként a hányás is elővette, lélegzése pedig igen nehéz volt. Felvételi állapot: A jobboldali kulcscsont feletti és alatti árokban kissé rövidebb a kopogtatási hang, ugyszintén a tövis feletti árokban is. A tüdők felett kissé érdesebb sejtes légzés hallható, helyenként bugásoktól és szörtyzörejektől kisérve.

A has teriméjében megnagyobbodott, főleg oldalsó és alsó részei. Az epigastriumon dobos a kopogtatási hang, a mely 3 ujjal terjed a köldök alá, oldalfelé pedig a bimbóvonal meghosszabbításáig. A has többi részein tompa a kopogtatási hang. A beteg oldalra való fektetésénél a magasabb helyzetet elfoglaló másik oldal felett a hang feltisztul, dobossá válik. Vizsgálat alatt a has minden része érzékenynek látszik. A hasfalon át számos mogyorónyi göb tapintható. Sziv ép. Vizelet rendellenes alkatelemeket nem tartalmaz.

Február 3-dikán végezett próbapunctio alkalmával a hasűrből tiszta sárga savót kaptunk, melynek fajsúlya 1022, fehérjetartalma 3%.

Klinikai diagnosis: Verosim carcinoma peritonei. Hydrops ascites.

A peritonealis váladékban lymphocyták találtattak túlnyomó számban kevés polynuclearis leukocyták és endothelsejtek mellett.

7. Szív, vese, májbetegségeknél és egyéb bajoknál fellépett folyadékgyülemek.

XXXIII. J. B. 55 éves, ügynök. Beteg lett 1899. évben. Felvétetett 1902. február 5-dikén. Meghalt 1902. márczius 2-dikán.

Klinikai diagnosis: Arteriosclerosis, pleur. exsudat. lat. dextri, bronchitis min. grad., hypertrophia ventric. cordis sinistr., hydrops universalis, albuminuria, szivbénulás.

Kórboncztani diagnosis: Arteriosclerosis maximi gradus (sine relatine valv. aortae incrassatarum.) Hypertrophia cordis praecipue sinistri. Cyanosis pulmonum, hepatis, renum, lienis, hydrops universalis. Erosiones in ventriculo et ulcera rotunda recentia tria. Infarctus in pulmone dextro embolicus cum pleuritide purulenta.

Exsudatumban górcső alatt endothelsejtek és polynuclearisok találhatók, az előbbiek közepes mennyiségben.

XXXIV. N. I. 41 éves, tűzilegény. Beteg lett 1899. Felvétett 1902. május 11-dikén, meghalt 1902. május 13-dikán.

Klinikai diagnosis: Insuff. valv. semilun. aortae et verosimiliter stenosis aortae. Angina pectoris. Arteriosclerosis. Insuff. bicuspidalis.

Kórbonczlani diagnosis: Arteriosclerosis maioris gradus. Insuff. valvularum ex relaxatione et accretione et dilatatione activa ventriculi cordis sinistri et stenosis ostii arteriae coronar. cordis sinistri et dextri maioris gradus et myocarditide, fibrosa serosa s. d. praecipue papillarium cordis dextri. Hyperaemia pulmonum, hepatis, lienis, renum chronica. Hydrops universalis, infarctus inflammatorius lobi inferioris pulmonis dextri e hydrothorace dextro. Arteriosclerosis arteriarum basis cerebri, arteriae lienis. Ependyma granulare.

Beteg a felvétel után mindjárt megcsapoltatott erős dyspnoëja miatt, ez alkalommal a bal mellkasűrből 1200 cm³-nyi tiszta átlátszó folyadékot kaptunk, melynek fajsúlya 1010, fehérjetartalma 1·50% volt.

Górcső alatt piros vérsejtek és sok lymphocyta mellett számos nagy endothelsejt látható, melyek többnyire csoportokban vannak, olykor 5—6 is egymásba kapaszkodva. E mellett a thioninnal és eosin-haematoxylinnel festett készítményeken a látótérben diplococcusok is láthatók, részben szabadon, részben az endothelsejtekbe zárva, többnyire csoportosan.

Néhány endothel plaqueon Erlich-féle triaciddal kékre festődő kerek képletek láthatók, melyek többnyire egy magvú képleteknek látszanak, azonban olyanok is láthatók, melyeknél egymás mellett párhuzamosan 2 mag fekszik, vagy a hol a magvakon behúzódások vannak. E képletek egyes részei erősebben, mások kevésbbé vagy egyáltalán nem festődtek.

Olyan helyek is láthatók, a hol az endothelsejt plasmáján egy nagyobb kerek képlet ül, melyhez néhány apró majdnem gömbalakú képlet tapad félkör alakban. Lymphocyta 119, endothelsejt 53, polynuclearis 2.

XXXV. W. B. 46 éves. Beteg lett 1901. szeptember 15-dikén. Felvétetett 1901. november 28-dikán. Meghalt 1901. deczember 13-dikán. Klinikai diagnosis: Icterus gravis, carcinoma et verosimiliter cirrhosis hepatis, cholangoitis, hydrops universalis. Hydrops ascites, hydrothorax. Bélvérzés, kimerülés.

Kórbonczolati diagnosis: carcinoma capitis pancreatis cum compressione ductus choledochi, cystici, metastasibus in hepate et peritonei ad flexuram pygmoideam enterorrhagia, haemorrhagia peritonealis, icterus, hydrothorax, anaemia universalis. Mellkasa deczember 12-dikén próbapungáltatott. A punctio eredménye véres savó.

A mellüri folyadékban egyaránt sok lymphocyta, nehány polynuclearis leukocyta és endothelsejt találtatott.

XXXVI. K. S. 46 éves. Beteg lett 1901. szeptemberben. Felvétetett 1901. deczember 12-dikén. Meghalt 1902. február 18-dikán.

Klinikai diagnosis: cirrhosis hepatis, hydrops ascites. Haematemiesis.

Kórbonczolati diagnosis: cirrhosis hepatis lobatum cum atrophia summi gradus lobi sinistri et hypertrophia lienis. Ascites, gastroenterorrhagia, atrophia, anaemia universalis, alkoholismus chron. Pes equinus sinist. Deczember hó 14-dikén eszközölt hasűri punctio alkalmával a hasűrből 4400 cm³-nyi sárgás savó ürült, melynek fajsúlya 1013, fehérjetartalma 1½% volt.

Ezen váladékban sok lymphocyta és endothelsejt volt.

XXXVII. A. F. 33 éves, körvadász. Beteg lett 1901. szeptemberben. Felvétetett 1902. február 4-dikén. Elbocsáttatott 1902. február 15-dikén.

Klinikai diagnosis: Hydrops ascites. Cirrhosis hepatis. Tumor lienis.

Anamnesisben tbc.-re terheltség nincs.

Sziv, tüdők épek.

Betegen február 4.-én haspunctio végeztetett s a punctio eredménye 1440 cm³ kissé zavaros, barnás-sárga folyadék, melynek fajsúlya 1017, fehérjetartalma 2% volt.

A hasűri váladékban sok lymphocyta és kevés endothelsejt találtatott.

XXVIII. G. J. 48 éves, munkás. Beteg lett 1901. április hó. Felvétetett 1902. január hó 19-dikén, meghalt 1900. április hó 7-dikén. K. D: Cirrhosis hepatis atrophica, hydrops ascites, tumor lienis, bronchitis diffusa.

Kórbonczolati diagnosis: Hepatitis interstitialis chronica diffusa, (cirrhosis hepatis), hydrops ascites cum peritonitide chronica, hydrops universalis, atrophia univ., oedema pulmonum, diverticulum magnum vesicae cum hypertrophia eiusdem, strictura urethrae effecta, ulcus simplex fissurarae laryngis, catarrhus laryngo bronchialis.

Hasüri váladékban sok a lymphocyta és az endothelsejt.

XXXIX. S. P. 46 éves, napszámos. Beteg lett 1901. junius hó. Felvétetett 1902. április 14-dikén. Elbocsáttatott 1902. május 7-dikén. Klinikai diagnosis: Hepatitis interstitialis atrophica diffusa. Hydrops ascites. Szív, tüdő ép. Hasűri váladékában lymphocyták mellett endothel sejtek találtattak.

XL. G. M. 15 éves. Beteg lett 1902. április hóban. Felvétetett 1902. junius hó 8-dikán. K. D. Vitium cordis verosimiliter insuff. bicusp. Hydrops universalis. Április óta fennáló oedemák. Mellűri és hasűri folyadékból tengerimalacz beoltatott. Eredmény negativ. A VI/12-dikén eszközölt próbacsapolás alkalmával a mellürből tiszta sárga savó ürült, a melynek fajsúlya 1018, fehérjetartalma 2% volt. Lymphocyta 350, leukocyta 6, endothelsejt 150.

Az ugyanekkor végzett hasüri próbacsapoláskor tiszta savó ürült, a melynek fajsúlya 1011, fehérjetartalma 0·5% volt. Ezen folyadékban: lymphocyta 100, endothelsejt 105, polynuclearis 7.

XLI. T. M.-né 23 éves Beteg lett 1901. junius hóban. *K. D. Morbus Basedowii.* Exsud. pleur. l. dext. Felvétetett 1901. deczember 4-dikén, távozott 1902. január hó 5-dikén. Családi terheltség nincs. Betegnél jobboldali mellkasfélben a VIII. bordától lefelé tompulat áll fenn, a csapolás alkalmával átlátszó, sárga savó ürült, a melynek fajsúlya 1009, fehérjetartalma 0·5% volt. Ezen váladék górcsövi vizsgálata alkalmával benne lymphocyták és sok endothelsejt találtatott.

XLII. D. F. 29 éves. Beteg lett 1902. február hóban. Felvétetett 1902. április hó 30-dikán, távozott 1902. junius hó 5-dikén. Családi terheltség nincs. 1902. február havában bal oldalában szúrásai támadtak, 3 hét mulva a kórházban megcsapolták, utána még két izben. Április hó 15-dike óta keveset vizel, lábain ekkor léptek fel először az oedemák.

K. D. Nephritis parenchym. chron. Hydrops univers. Ascites. Exsudat. pleur. lat. sin. Retractio thoracis, adhaesiones pleurae. Majdnem az egész bal mellkasfélre kiterjedő tompulat, a mely felett a légzés és a mellrezgés is gyengült. Próbapunctio alkalmával a tű ellentállásra talált, a mellkasfélből alig ürült néhány kem-nyi folyadék. Beteg felvétele alkalmával lázas, köpetvizsgálat ismételten negativ.

Cytologiai lelet: Néhány pseudolymphocyta s endothelsejt. Általában a látótérben nagyon kevés a sejtes elem.

Vizsgálatainkat összesen 42 esetben végeztük.

Elsődleges mellhártyaizzadmány esetével 6 izben találkoztunk (I—VI). Távozáskor 3-nál a csúcsokon positiv tuberculosus elváltozásokat lehetett kimutatni (50%).

Állatkisérletet 3 esetben végeztünk. 2 esetben positiv eredménynyel (66·6%).

8 másodlagos heveny gümőkóros pleuritises esetet vizsgáltunk (VII—XIV). Positiv volt a köpetvizsgálat 5 esetnél (62·5%). Állatkisérletet 4 izben végeztünk. Egy izben a malacz a beoltás után 1 nap mulva elhullt s e miatt vizsgálatainknál ezt nem lehetett értékesiteni. A többi 3-nál a hashártyán, a májon és lépen gümőket találtunk (100%). A cytologiai vizsgálat minden esetben a mellhártyagyuladás gümőkóros voltát bizonyította. Egy esetnél kezdetben polynuclearis leukocytákat láttunk nagyobb számmal a folyadékgyülemben, nehány nap mulva azonban a leukocyták eltüntek a folyadékból és a lymphocyták léptek előtérbe.

Másodlagos idült mellhártyalobnál 5 izben vizsgáltuk a cytologiai eljárás értékét (XV—XIX). Ezen esetek közül a köpetvizsgálat 2 izben positiv eredményü volt (50%). Állatkisérletet a folyadék csekély mennyisége miatt nem végeztünk. Az alakelemek vizsgálatával egyszer sem sikerült eldönteni azt, hogy az elváltozások gümőkóros eredetüek-e.

Klinikailag gümőkórra gyanus esetet 4 izben vizsgáltunk. (XX—XXIII). Ezeknél régi pleura összenövések voltak, melyeknek eredetét sem az anamnesis, sem a physikalis lelet biztosan nem állapították meg. A cytologiai vizsgálat ezen eseteknél nem tudta eldönteni a fellépett elváltozások indító okát.

Gümőkór és szivbaj mellett egy izben láttunk idült, összenövésekkel járó mellhártyagyuladást. A cytologiai vizsgálat alapján ezen esetben sem lehetett eldönteni azt, hogy az exsudatiót gümőkór idézte-e elő.

Szív- és vesebajokhoz és szívizom gyengeséghez csatlakozó mellhártyagyuladást 5 esetben láttunk. (XXXIII., XXXIV., XL., XLI., XLII.) Ezek közül 1-nél régi volt a folyamat s ez okból itt polynuclearis leukocytákat és elmosódott körvonalú endothelsejteket találtunk. Egy esetben (XXXIV.) tüdőinfarctushoz társult a mellhártya lobosodása. Ezen folyadék gyülemben nagy számban találtunk lymphocytákat és endothelsejteket. Ezen lelet nem egyezik *Vidal* és *Ravot* azon theoriájával, hogy a szomszéd szervekről a pleurára átterjedő lobos folyamatoknál leukocyták találhatók az endothelsejtek mellett.

Ezen esetben a kórbonczolás is igazolta, hogy a folyamat az infarctushoz csatlakozott s hogy nem volt gümős eredetü. 2 esetben hydrothorax támadt szivbillentyü elégtelenség és szívgyengeség miatt. Ezen eseteknél sok lymphocyta volt a látótérben, számos endothelsejt mellett.

Gümős eredetü has és mellüri folyadékgyülemmel 4 izben volt dolgunk (XXV., XXVI., XXVIII., XXXI.), 2 izben a köpet vizsgálat positiv eredménynyel járt (50%). Minden egyes esetben sok lymphocytát láthattunk a látótereken.

Megjegyzendő, hogy ezen eseteknél a hasüri váladékban elég nagy számmal találtunk endothelsejteket, a mely körülmény a folyadék természetének megítélésénél zavarólag hathat.

A hashártyára szorítkozó idült gümős folyamatot három izben észleltünk (XXVII., XXIX., XXX.). A diagnosis helyességét egynél a kórbonczolás, kettőnél pedig a csúcsokon kimutatható elváltozás s a positiv köpet lelet erősítette meg.

Mindegyiknél a látóterekben endothelsejtek elég nagy számban fordultak elő. Egynél a polynuclearis leukocyták a lymphocyták felett túlsúlyban voltak, 4 izben májzsugorodás miatt támadt szabad hasvízkórt vizsgáltunk (XXXVI., XXXVII., XXXVIII., XXXIX.), valamennyi folyadékgyülemben számos lymphocytát láttunk és sok endothelsejtet.

Carcinomás folyamat egy izben okozott a hashártyában exsudatiot. A folyadékgyülemben sok lymphocytát találtunk és endothelsejtet.

Összegezve vizsgálataink eredményeit, azt mondhatjuk, hogy:

1. Az elsődleges gümős eredetü mellhártyagyuladásoknál az egész lefolyás alatt (leghosszabb észleletünk a betegség kezdetétől számítva 12 hétre terjedt) nagyszámú összefolyó kis lymphocytát találunk az exsudatumban, melyek közé több kevesebb piros vérsejt is vegyül. Az endothel-sejtek az ilyen természetü izzadmányokban csak felette kis számmal találhatók.

2. Másodlagos heveny gümőkóros mellhártya-izzadmányoknál a kép megegyezik az elsődleges gümős mellhártya-izzadmánynál már fentebb leirtakkal. Előfordul, hogy az izzadmány első napjaiban a polynuclearis sejtek vannak túlsúlyban s endothelsejt is bőven látható. Nehány nap mulva azonban a leukocyták és endothelsejtek eltünnek s a látóteret a lymphocyták árasztják el.

3. Az idült gümőkóros eredetü mellhártyagyuladást a *Bright*-kór és szívbetegségek folyamán fellépő idült folyamatoktól az esetek legnagyobb részében nem lehet megkülönböztetni.

4. A *Bright*-kór és szívbetegségek folyamán jelentkező mellüri folyadékgyülemekben, ha fiatal a folyadék, sok az endothelsejt, később lymphocyták is láthatók. Ezen eseteknél csupán az endothelsejtek nagy számából következtethetünk a folyadék transsudatiós természetére.

A *Bright*-kór és szívbajok folyamán támadt hydropsos folyadékgyülemek képe a későbbi időben megegyezhetik az idült másodlagos gümős mellhártyalobnál található elváltozásokkal.

Tüdőbeli infarctusok kapcsán jelentkező folyadékgyülemek képe nem különbözik a *Bright*-kór és szívbajok mellett fellépő friss hydrothoraxok vagy exsudatumok képétől.

5. A pneumococcusok által okozott mellhártyagyuladásoknál sok polynuclearis leukocytát és endothelsejtet találunk.

6. Hasüri folyadékgyülemeknél, bármilyen természetü legyen is az, gyakran találunk lymphocytákat és endothelsejteket nagyobb számban, mi miatt az eset hovatartozandóságát nem tudjuk megitélni. Itt is előfordulhat az az eset, hogy gümős eredetü hashártyagyuladásnál túlnyomó a polynuclearis leukocyta s e miatt téves diagnosist állítunk fel, ha az esetet többször nem vizsgáljuk.

7. A cytodiagnosis az elsődleges mellhártyalobok gümős eredetének kimutatására alkalmas. A folyadékgyülemben található nagyfokú lymphocytosis a heveny tünetekkel járó eseteknél a bántalom gümős eredetét bizonyítja. A lymphocyták más eredetü mellkasi folyadékban is felléphetnek a betegség későbbi folyamán, ilyenkor azonban a folyadékban található többi alakelem és a klinikai megfigyelés elég utbaigazítást adnak. Értékes a cytodiagnosis azon heveny tünetekkel járó esetek elbirálásánál, a hol sem a kórelőzményi adatokból, sem a betegvizsgálatból nem tudunk elég támpontot nyerni arra nézve, hogy a folyamatot gümőkórosnak tartsuk-e. *Korányi Sándor*-nak az orvosegyesület 1902. VI. ülésén (Orvosi Hetilap 1902. 9. szám.) e tárgyban kifejtett nézetének helyességét elismerjük, hogy t. i. a heveny esetek későbbi szakában a lymphociták juthatnak túlsúlyra s ez a folyamat idültebb természetét jelzi.

S így bár nem tartjuk a lymphocytosist a gümőkór specifikus jelének, mégis azon álláspontra helyezkedünk, hogy a heveny mellhártyagyuladás azon eseteinél, hol a mellkasi folyadékgyülemben az első napokban sok a lymphocyta és más betegségre valló tünet nincs, az eset gümőkórosnak fogandó fel.

A cytodiagnosisnak az elsődleges mellhártyalobok megitélésénél a kezdeti szakban a prognosis szempontjából nagy fontossága van, és mint ilyen gyakorlati értékkel bir. Az exsudatumok therapiájának szempontjából azonban ez eljárás nem fontos, miután bármily eredetü is legyen a pleura lobja, a kezdeti szakban a kezelés mindig ugyanaz.

Irodalom: 1. *Vidal* és *Ravant*: Cytologie des epanchements des séreuses. La presse méd. 1901. — 2. *Dieulafoy*: Comment savoir si une pleuresie serofibrineuse franchement aigue est ou n'est pas tuberculeuse. La Semaine méd. 1901. 377. l. — 3. *Bard*: Les formes cliniques de la pleuresie aigue tuberculeuse. La Sem. méd. 1902. 23. sz. — 4. *Dopter*: Cytologie des épanchements de diverses séreuses. Soc. méd. des hop. 12 juillet. 1901. — 5. *M. Sicard*: Etude histologique du liquide cephalorachidien dans les meningo-myelitis. Soc. méd. 1901. — 6. *Barjon* et *Lesueur*: A propos des pleurésies serofibrineuses dite d'origine traumatique. Lyon méd. 1901. 18. sz. — 7. *Barjon* et *Cade*: Examen cytologique des epanchements pleureaux. Lyon. méd. 1901. 32. sz. — 8. *Tuffier* et *Milian*: Cytodiagnostic de la peritonite tuberculeuse et des cystes de l'ovaire. Soc. de biologie. 1901. — 9. *Wolff*: Untersuchung der Pleuraergüsse. Berl. klin. W. 1902. 3. sz. — 10. *Patella*: Untersuchungen über die Ex- und Transsudate. D. med. W. 1902. 16. sz. — 5.

TÁRCZA.

A berlini nemzetközi tuberculosis-conferentia.

A gümőkór elleni védekezésre alakult nemzetközi központi iroda által összehivott őszi conferentia október 22-dikén vette kezdetét egy ismerkedési estélylyel a képviselők házában, melyet másnap az első (megnyitó) ülés követett. Bel- és külföldi vendégek számosan jelentek meg, különösen Franczia ország, Magyarország és Ausztria voltak feltünően képviselve, de Oroszország, Olaszország, Anglia, Belgium, Dánia, Norvégia, Svédország, Görögország stb. is küldöttek képviselőket. Magyarországból jelen voltak: *Chyzer Kornél*, *Fáy Aladár*, *Korányi Frigyes*, *Müller Kálmán* és *Liebermann Leó*. Az első ülést a birodalmi kanczellár nevében *Posadowsky-Wehner* gróf nyitotta meg, meleg szavakkal üdvözölve a conferentia tagjait, különösen köszönetet mondva a külföldieknek megjelenésükért.

„A mai nap — így szólott — mintegy megkoronázza azt a nagy művet, a melyet évek óta előkészítenek az egyes államok, s a mely ma abban találja befejezését, hogy a civilizált államok egymással szövetkeztek a gümőkór leküzdésére.“ Ebben előadó egy fontos kapcsot lát a culturnemzetek között, mint a hogy egyáltalában a tudomány az, mely a nemzetközi solidaritas érzetét felébresztette és mélyítette. Az internationalis solidaritas a legkülönbözőbb tereken, nemcsak a tudományban, de a gyakorlatban is fényes eredményeket tudott már eddig

is felmutatni, legfényesebbeket a járványok megakadályozása terén. Reméli, hogy a közös munkában a nemzetek mindinkább oda fognak jutni, hogy egymást becsüljék és szeressék.

Ezután *Panwitz* tanár felolvassa a conferentia disztagjainak névsorát, majd a császárné nevében *Knesebeck* főudvarmester, *Kirschner* főpolgármester pedig Berlin város nevében üdvözli a conferentiát. *Kirschner* megemlíti, hogy épen most tiz éve annak, hogy Berlin városa a legelső menhelyet létesítette tüdőbeteg emberek számára Malchowban, nyolczvan ágygyal. Néhány külföldi képviselő rövid beszéde után *B. Fraenkel* tanár vázolja a gümőkór elleni harcz egyes phasisait, egészen a központi iroda megalakításáig, mire azután az egyes államok képviselői röviden ismertették a mozgalom mai állását az illető államokban. A magyarországi viszonyokról *Korányi Frigyes* referált. Ezeket követték különböző javaslatok, melyek a tuberculosisügy további propagálására vonatkoztak. Igy *Blumenthal* Moszkvából figyelmeztet a gümőkór-statistica hiányaira, a melyek nem csekély mértékben onnan erednek, hogy a bejelentés kötelezettsége nem mindenütt áll fenn, továbbá, hogy a tuberculosis fogalma eddig nincs kellőleg körülirva, s a megbetegedések elnevezése sem egyöntetű. Igy pl. egyes államokban a tüdőphthisis más elnevezések alatt, pl. bronchopneumonia, chronikus bronchitis, chronikus tüdőhurut stb. szerepel, a mi az adatok feldolgozását igen megnehezíti. A helyszűke nem engedi meg, hogy *Blumenthal*-nak még egyéb figyelemreméltó javaslataival bővebben foglalkozzunk. *Obertüschen* Wiesbadenből az iskolai hygiene jelentőségére utal a tuberculosis elleni harczban, *Sersiron* Párisból végre a gümőkór elleni harczosok számára egy közös jelvény elfogadását (kettős vörös kereszt) ajánlja, a mi különben, mint a conferentia tagjainak jelvénye, már most is szerepelt.

Nagyobb emotiot okozott az október 23-diki délutáni ülésen a brüsseli *van Ryn* javaslata, hogy gümőkóros betegek hivatalos bejelentése kötelezővé tétessék minden államban, különösen menhelyek, fogházak, kórházak, pensionatusok, fogadók, szállodák stb. tulajdonosai vagy vezetői köteleztessenek erre büntetés terhe alatt. A bejelentés a kezelő orvos részéről is történhetik; privat embereknél az önkéntes bejelentés behozatalát kivánja az orvos részéről. Ha magánember nem jár el a kellő óvatossággal, akkor a hatóság feladata lesz őt erre kényszeriteni. Sürgeti végre a gümőkór-halálozás pontos statistikájának rendszeresítését. Hasonló értelemben nyilatkozik *Andvord* Christianiából. Mindkét előadó hivatkozik arra, hogy ott, a hol a kötelező bejelentés a törvény által kimondatott, ez nehézségekbe nem ütközött, sem Norvégiában, sem az északamerikai Egyesült Államokban.

New-Yorkban a tuberculosishalandóság néhány év alatt 30%-kal csökkent. *Schrötter* Bécsből és *Kirchner* Berlinből figyelmeztetnek azon nehézségekre, melyekkel az ilyen törvényes intézkedés találkoznék. *Schrötter* az egész ügyet előzetes tanulmányozás czéljából a szűkebb bizottsághoz kivánja utaltatni, *Kirchner* pedig azt tanácsolja, hogy elégedjünk meg egyelőre azzal, hogy bejentessenek azon halálesetek, melyek tüdő- és gégegümőkór folytán következtek be. Bejelentendők volnának ezenkivül igen nagyfokú betegedések, különösen azért, hogy a szükséges desinfectio keresztülvihető legyen. Igen érdekesek voltak *Calmette* (Lille) közlései a Francziaországban fennálló úgynevezett dispensaire-ekről. Ezeknek feladata állami és magánemberek által nyujtott anyagi eszkökkel a tuberculosis ellen, mely különösen a munkásosztályban roppant pusztitásokat visz véghez, prophylactice hatni, azáltal, hogy házi segélyt nyujt és hygieniai oktatást az egyes családoknak. A legnagyobb segélyben részesitik elvből azokat, a kiknek egészségi állapota aránylag a legjobb. Részletesen ismerteti a lillei „*Dispensaire Roux*“ szervezetét, mely 1901. február 1-jén nyilt meg és naponként átlag 120 betegnek nyujt segélyt. Ezen ismertetésből csak a következőket akarom kiemelni: a betegeket három kategoriába osztja, az első kategoriába tartozó a következő segélyben részesül: lakáspénz, havonként 100 kg. szén és minden másodnap 250 gm. marhahús.

A második kategoriába tartozó kap havonként 100 kg. szenet, naponként 1 kg. kenyeret és 1 liter tejet, továbbá egy utalványt egy népkonyha használatára. A harmadik kategoriába tartozó 1 liter tejet naponként és 13 tojást hetenként. Azonkivül minden beteg ruházatot és czipőt kap, oly mértékben, a mennyire szükséges. Ellátják továbbá egy zsebköpőpalaczkkal, egy szoba-köpőcsészével és hetenként 1 liter 2%-os lysololdattal. A lakásokat alaposan kitisztitják és körülbelül évnegyedenként desinficiálják chlormészszel, a falakat pedig meszelés által. Az intézet rendelkezik egy gőzmosó készülékkel, melylyel hetenként 60 család ruhája tisztittatik. A költségekre vonatkozólag megemliti, hogy az első két kategoriába tartozó betegek ellátása naponként 1 fr.-ba kerül. Az egész intézet havonként 2500 fr.-ba, évente tehát 30,000 fr-ba 120 beteg ellátásánál, kik közül 20 az első, 20 a második és 80 a harmadik kategoriába tartozik.

Mühelyekről és más zárt helyisegekről értekeznek *Flügge* (Breslau), *Freund* (Berlin). *Savoire* (Páris) és *Denison* (Denver-Colorado), a köpet eltávolitásáról *Kusy* (Bécsből).

Pénteken, október 24-dikén a conferentia tagjai megtekintették a belzigi mintasanatoriumot munkások számára, melyet egy más alkalommal szándékozunk tüzetesebben ismertetni.

25-dikén délelőtt *Koch* vezetése alatt a járványos betegségek számára felállított intézetet látogatták meg a conferentia tagjai. Az ezen látogatást követő ülésre a következő tárgyak voltak kitüzve:

Andvord (Christiania) utal az iskola-hygiene fontosságára, miután 10 esetből 8 a gümőkóros infectiót már gyermekkora óta magával hordja. *Egger* (Basel) utal arra, hogy a gyermektuberculosis gyakran olyan alakokban lép fel, hogy a therapia egyáltalában hatástalan. Ennélfogva a prophylaxisra kell a legnagyobb súlyt fektetni, melynél nagy szerepet játszanak a gyermekmenhelyek, a szünidei üdülőhelyek és intézetek reconvalescens gyermekek számára stb. *Derecq* (Páris) figyelmeztet arra, hogy minden szervezet, mely túlesett valamely belső vagy külső betegségen, különösen fogékony a tuberculoticus infectio iránt, minél fogva a reconvalescensek életmódjára és életfeltételeire különösen ügyelni kell. *Armaingaud* a tengerparti sanatoriumok fontosságára utal, *Becher* és *Lennhoff* (Berlin) a vöröskereszt-egylet üdülőhelyeinek eredményeit ismerteti. *Antonio Espina y Cápo* (Madrid) a gümőkór-sanatoriumok kellékeiről értekezik, *Leube* (Würzburg) külön tuberculosis-kórházak vagy legalább külön pavillonok létesítését sürgeti. *Unterberger* (Zsarskoïe-Zelo) házi sanatoriumok felállítását, vagy privat lakásokban, vagy kórházakban, különös súlyt fektetve arra, hogy ezekben gümőkór orvosok, mint specialisták kiképezhetők, a kik a korai diagnosis felállítására képesek.

Rokkantak menhelyeiről gümőkórosak számára tárgyal *Gebhard* (Lübeck), törvényes biztosítási köttelezettségről az életbiztosító társaságok közbenjárásával oly módon, hogy a különböző biztosító társulatok egymással szövetkezve sanatoriumokat állitsanak fel, értekezik *Dumarest* (Hauteville). *Turban* (Davos) nemzetközi megegyezésre ajánlja, hogy a tuberculosisban három stadium különböztettessék meg, nevezetesen: I. legfeljebb egy tüdőlebeny könnyű megbetegedése, II. legfeljebb két tüdőlebeny könnyű, vagy legfeljebb egy tüdőlebeny súlyos mebetegedése, III. minden II.-on túlmenő megbetegedés; szükséges azonban, hogy megegyezés jöjjön létre a physikai tüdőlelet nomenclaturájára és a physikai vizsgálat technikájára nézve is.

Gabrilowitch (Halila) kivánatosnak tartja, hogy a tuberculosis-sanatoriumok nyáron két-három hónapig zárva maradjanak, egyrészt azért, hogy a desinfectio alaposan végezhető legyen, másrészt, hogy a berendezések: vizvezeték stb. alapos javitásoknak legyenek alávethetők, harmadszor, hogy az orvos- és ápolószemélyzet üdülhessen. *Arloing* (Lyon), hivatkozva arra, hogy az emberi és állati tuberculosis azonossága már alig vonható kétségbe, figyelmeztet a tehéntej ellenőrzésének és a részéről fenyegető veszélyek elhárításának fontosságára.

Maragliano (Genua) időszerűnek látja tudományos intézetek felállítását sürgetni, melyeknek feladata volna tuberculosis ellen immunizáló szereket előállitani és ingyen kiszolgáltatni.

Saugmann (Dánia) azon nézetének ad kifejezést, hogy az úgy nevezett cseppecske infectio gyakorisága nem oly nagy, hogy indokolná oly messzemenő óvintézkedések létesitését, mint a milyeneket *Flügge* ajánl (válaszfalak irodákban és műhelyekben; „*a gümőkór elleni harcznak nem szabad a gümőkórosok elleni harczczá fajulnia*!“).

Rationalis gümőkórstatisticáról *Blumenthal* beszél; a belga nemzeti egyesület működését tuberculosis ellen van *Bogaert* és *Dewez* ismertetik, az angol viszonyokat *Heron* és *Hillier*, a norvégiaiakat *Kaurin*. Ezek és más többé-kevésbbé érdekes közlemények a conferentia napilapjának második füzetében foglaltatnak.

A conferentia legérdekesebb ülése kétségtelenül az volt, a mely az emberi és állati tuberculosis azonosságának kérdésével foglalkozott. Megnyitotta ezt a berlini „Reichsgesundheitsamt“ elnökének, *Köhler*-nek egy hosszabb előadása, mely oda concludált, hogy *Koch*-nak múlt évi meglepő közleményei óta végzett kisérletek még nem engedik meg azt, hogy ezen kérdés felett végleg itéljünk. Az emberi és szarvasmarha-tuberculosisnak sem azonossága, sem különbözősége nincs bebizonyitva, úgyszintén nem tekinthető eldöntöttnek az a kérdés, hogy átvihető-e a szarvasmarha-tuberculosis az emberre. Mindenesetre szükségesek még óvrendszabályok a hatóságok részéről, s ajánlható, hogy a közönség a tej felfőzése által védekezzék a lehető veszély ellen.

Kivéve *Baumgartent*, a ki a kérdést szintén el nem döntöttnek kivánja tekintetni, a többi felszólaló, mint *Nocard* (Alfort), *Arloing* (Lyon), *Hueppe* (Prága), *Bang* (Kopenhága), *Schrötter* (Bécs), az ellenkező állást foglalták el; legalább *Nocard*, *Arloing* és *Bang* kisérleteire támaszkodva az emberi tuberculosis szarvasmarhára való átvihetősége mellett nyilatkoztak; *Hueppe*, élesen kikelve *Koch* és *Baumgarten* ellen, kijelentette, miszerint nem kételkedik, hogy állati tuberculosis emberre és emberi állatra átvihető. Egyedül *Möller*, a belzigi sanatorium vezetője, inkább humoristikus, mint tudományos előadásában koczkáztatta azt az állitást, hogy tuberculotikus emberek sputuma nemcsak, hogy nem árt a szarvasmarhának és borjúnak, hanem talán még használ is, a mennyiben az intézeti szolga azt vélte észrevenni, hogy az állatok a tuberculotikus sputumtól híznak!! A discussiot befejezte végre *Koch* maga, beszédét azon kijelentéssel kezdve meg, hogy azzal a kérdéssel, vajjon átvihető-e emberi tuberculosis szarvasmarhára, nem akar foglalkozni, mivel ez végtelen hosszú discussiohoz vezetne (!); ő csak az állati tuberculosis átvihetőségéről emberre kiván tárgyalni, a melyet tagad, vagy legalább is oly ritkaságnak tart, hogy teljesen indokolatlan volna fontosabb czélokra igénybe vehető anyagi áldozatokat ilyen, be nem bizonyított dolgokra szentelni. Bizonyításainak sarkpontját a béltuberculosis állitólagos ritkasága képezte.

Nem mondhatnók, hogy *Koch* előadása nagyobb benyomást tett volna, de ha mégis tett volna ilyen hatást a conferentia egyik vagy másik tagjára, ez bizonyára elenyészett, a mikor az illető *Behring* újabb, nagyszabású kisérleteivel megismerkedett, melyeket, jóllehet már nagyobbára közölve voltak, *Behring* a conferentia tagjainak Marburgban, egy október 28-dikán rendezett kiránduláson be is mutatott.

Végre megemlitjük, hogy a szervező bizottság a conferentiával kapcsolatosan egy érdekes kiállitást rendezett, melyben jóformán minden össze volt gyüjtve, a mi a tuberculosis történetére, aetiologiájára, diagnosisára, therapiájára és ezen betegség elleni védekezésre vonatkozik.

— *n.*

Közegészségügy.

Az állami gondozásban lévő gyermekek számára való gyógyszerrendelés szabályozása. 97,106/1902. sz. Belügyministeri körrendelet. (Valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak, Fiume kivételével.)

Az állami gondozásban levő gyermekeknek szükség esetén az orsz. betegápolási alap terhére gyógyszerekkel való ellátását, valamint az állami gyermekmenhelyek gyógyszerszükségletének rendelését a következőleg szabályozom:

Az országos betegápolási alap terhére állami gondozásban lévő gyermekek szegényeknek (1898. évi XXI. t. cz. 3. §. *b)* pontja) tekintendők és a számukra szükséges gyógyszerek az országos betegápolási alap terhére rendelendők.

Ezen gyermekeket szükség esetén gyógykezelni és részükre gyógyszert rendelni a hatósági (vármegyei és városi tiszti-, községi- és kör-) orvosoknak, vagy azok helyetteseinek, esetleg az állami gondozás alatt lévő gyermekek felügyeletével és gyógykezelésével hatóságilag megbizott magánorvosoknak feladata és kötelessége.

A gyógyszerek rendelésénél az 1898. évi 99,000. sz. a. kiadott belügyministeri szabályzat követelményei szorosan betartandók és az orvosi rendelvény fején a 3. §-ban említett adatokon kivül feltüntetendő még az is, hogy mi a száma az illető állami gondozásban levő gyermeknek.

A gyermek száma a gyermektartási vagy dajkakönyvből, illetve a belügyministerium által kiadott fizetési könyvecskéből irandó ki, ezen könyvecske bemutatása nélkül gyógyszer az országos betegápolási alap terhére nem rendelhető. Az ekképen kiállított orvosi vényen az 1898. évi 118,956. sz. a. kiadott belügyministeri körrendeletben követelt szegénység igazolása nem szükséges.

Az ezen vényekre kiszolgáltatott gyógyszerekről szóló számlákra az 1898. évi 99,000. sz. alatti szabályzat 7. §-a, valamint az 1898. évi 118,956. sz. körrendelet 8., 9. és 10. §-ai irányadók.

Az állami gyermekmenhelyek az intézetbe felvett és ott ápoltak, valamint a gyógyszerekkel való ellátásra jogosult személyzet részére szükséges, végül az intézetben készen tartandó gyógyszereket a kórházakban szokásos vénylapokon vagy könyvekben kötelesek rendelni s ezen rendelésre vonatkozólag az 1902. évi 35,000. szám alatt kiadott belügyministeri szabályrendelet II. számú utasításában foglaltak irányadók.

Az ekképen kiszolgáltatott gyógyszerekről szóló számlák évnegyedenként az illető állami gyermekmenhelyhez nyujtandók be, tehát a fent hivatkozott eljárás itt mellőzendő.

Az állami gyermekmenhely a számlákat és vényeket felülvizsgálás és érvényesítés végett a belügyministeriumhoz terjeszti fel s a kifizetés a belügyministeri megállapitás után történik.

Jelen rendeletem azonnal hatályba lép.

Felhivom czimet, hogy erről a területén lakó összes orvosokat és gyógyszertárakat, nemkülönben az állami gondozás alatt álló gyermekek ápolóit, illetve dajkáit haladék nélkül értesitse.

Budapesten, 1902. évi szeptember hó 5-dikén.

A minister helyett: *Széll Ignácz* s. k., államtitkár

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Törekvések a sebészeti eszközök, a kötőszerek és a varróanyag csirátlanitását tökéletesiteni.

Közli: **Hültl Hümér** dr.

(Folytatás.)

45. *Kronacher:* Modificirter transportabler Sterilisationsapparat für Verbandstoffe u. Instrumente. Münch. med. W. 1896. 38. szám. — 46. *Fessler:* Über sterile Verbände für den praktischen Arzt. Münch. med. W. 1898. 14. sz. — 47. *Heyse:* Der Sterilisationsapparat für Instrumente und Verbandstoffe der Feldlazarette. Deutsche milit. Zeitschrift. 1897. 6. sz. — 48. *Morgenroth*: Über improvisirtes Sterilisiren von Verbandstoffen. Ugyanott. 1897. 7. sz. — 49. *Dupard:* De l'asepsie et de l'antisepsie dans les infirmeries régimentaires. Arch. de méd. et de pharm. milit. 1897. 10. és 11. sz. — 50. *Schäffer:* Ueber Catgutsterilisation. Berl. klin. W 1896. 30., 31, 33., 34. sz. — 51. *Schäffer*: Zur Frage der Catgutsterilisation. Berl. klin. W. 1897. 2. sz. — 52. *Zajaczkowszky:* Ueber die Bakterien des Catgut und seine Sterilisation. Cblt f. Chir. 1896. 11. l. — 53. *Stich:* Zur Bestimmung der Zugfestigkeit von chirurgischen Nähmaterial. Cbl. f. Chir. 1898. 583. l. — 54. *Saul:* Untersuchungen über Catgutdesinfection. Inaug. Diss. Berlin. 1894. —

A *Lautenschläger*-féle desinfector hátrányául legfeljebb azt lehetne felhozni, hogy az esetre, ha kénytelenek vagyunk a kötőszert és fehérneműt azonnal a csirátlanitás után kivenni: az nedvesen kerül használatba. Tapasztalatunk szerint ez valami különösebb kényelmetlenséget nem okoz, de e körülmény elégséges volt arra, hogy *Bardy* és *Martin* a gőzdesinfectort elhagyják. Ők különös tartályokat szerkesztettek, melyekben kis mennyiségű alkoholt 120°-nál párologtattak el. A szövetek biztosan sterilek lesznek és megtartják teljes felszivóképességüket. Antiseptikus szövetek is desinficiálhatók ilyen módon, pl. a jodoformgaze is, de ennél a discontinuus desinfectiot kell végezni, t. i. 3 napon át ½ óráig 100°-ra kell az alkoholgőzöket heviteni, mert a jodoform 105°-nál elbomlik. Ép így lehet alkoholgőzökkel catgutot, vattát, szivacsokat, selymet, kaucsukcsöveket, laminariát, mesterséges serumot stb. desinficiálni.

Számos elégtelen eredményű módszert hoztak arra nézve javaslatba, miképen csirátlanitsa az orvos odahaza rendelőszobájában vagy a beteg magánlakásában a kötőszert. *Hellat* megelégszik azzal, hogy a marlyt égő petroleumlámpa fölött megforgatja, mig szélei megpörkölődnek, mások a kötőszert szélesszájú üvegdugóval elzárt edényben tartják és az edény fenekére kevés formalint öntenek. Mindezen módszerek csak szükség esetén szerepelhetnek mint segédeszközök. Legjobb, sőt egyenesen szükséges, hogy minden sebészettel foglalkozó orvos eszköztárát egy kisebb *Schimmelbusch*-féle eszköz- és kötőszerdesinfectorral is felszerelje. Az ilyen magánhasználatra szánt desinfector kifogástalanul működik, úgy hogy a későbbi módositásokra, mint ilyeneket *Slomann*, *Kutner* és *Kronacher* stb. szerkesztettek, nincsen szükség. A beteg magánlakására a kötőszer-desinfectorokat műtétnél elszállitani sem nem czélszerű, sem nem szükséges. Jobb a csirátlanitást odahaza, oly módon elvégezni, hogy a kötőszereket, úgy mint azt *Fessler* teszi, először is itatós papirba csavarjuk be, mely a condensvizet van hivatva felvenni, azután vastag rétegben gyapotba csomagolva őket, fonallal megkötjük. A desinficiálás és kiszáradás után ezen csomagokat pergamentpapirba és nemezpapirdobozokba teszszük.

Sokkal nehezebben megoldható kérdés, mikép csirátlanitsák kötözőanyagukat a katonaorvosok háború esetén, pedig nagyon fontos és czélszerű dolog, ha egyszerű, bármilyen éghető anyaggal fűthető gőzdesinfectorokat szerkesztenek hadi használatra, mert igy reményleni lehet, hogy háborúban is frissen desinficiált kötőszert használhatnak majd a katonaorvosok és nem lesznek a kétes tisztaságú kötözőcsomagocskákra utalva. Igen jól használható és egyszerű gőzdesinfectort szerkesztett *Heyse*. *Dupard* békeállapotban a katonakórházaknak petroleumégővel melegithető száraz légdesinfectort ajánl, mely 150° meleg levegőt ad. *Morgenroth* háborúban egy nagy üstöt (mely minden háztartásban kapható) használ a gőz előállitására. Miután *Morgenroth* elfogadja *Frosch* és *Clarenbach* vizsgálatainak eredményét, mely szerint jobb, ha a gőz felülről hatol a desinficiálandó anyagokon át, bádog dobozt szerkesztett, melybe egy cső a gőzt felülről be, egy másik alulról kivezeti.*

3. A sebváladék bomlásának meggátlása czéljából régebben általában szokásos volt a kötéseket antiseptikus szerekkel teliteni; ma tudjuk, hogy a váladék bomlását leginkább azzal gátolhatjuk meg, ha kötéseinket alaposan kiszáradni engedjük. A megszáradt sebváladékban a hasadó gombák nem tudnak tenyészni, mert hiányzik létezésük egyik sarkalatos feltétele, a nedvesség. Különösen *Schlange* és *Neuber* mutatták ki, hogy a kötés beszáradása alaposabban útját állja minden rothadásnak, mint az összes antisepticumok. Általában tehát a kötésben antisepticumot nem alkalmazunk, kivételt egyedül a jodoform és talán néhány újabban ajánlott jodoformpótszer tesz.

A varró- és lekötő-anyag csirátlanitása. (Irodalom 50—132.)

Mielőtt a varró- és lekötő-anyag desinficiálásának kérdésével foglalkoznám, néhány különbséget kell kiemelnem, az ezen anyagok által okozható sebfertőzés és a többi sebfertőzési mód közt. Eltekintek azon ritka esettől, mikor a catgutfonallal anthraxot telepitünk betegünk sebére, mint az *Volkman*-nal történt, s azon másik lehetőségtől, hogy a készitésnél, midőn a beleket a földre dobják, a catgutszálakat tetanussal fertőzik.

Ha elemezzük a kezeink, eszközeink vagy törlőink által okozott sebfertőzések mechanismusát, a következők fognak szembeötleni. Az eszközök felületéhez tapadt csirok a sebbe érintkezés által bejutva, a műtét menete alatt a törlők által bedörgöltetnek, de ezalatt, ha netalán egész, coloniák kerültek volna be, ezek egyes kisebb elemekre lesznek szétválasztva és esetleg bezárva, úgy hogy őket minden felől ép, egészséges, harczra kész szövet környezi. Valószinűbb azonban, hogy a bekerült vagy belehullott fertőző anyagok nagyobbik része a műtét folyamata alatt megint kikerül a sebből, t. i. részint a vér elmossa helyükről, mert a vérzés a mélyből jön elő a felszinre, akár csak a talajvíz, részint a törlőkre tapadnak. A fertőzésnek ezt a faját *contactus* által létrejöttnek hivjuk.

Már most a lekötő fonalakkal történő sebfertőzés ezen fertőzési módtól két tekintetben tér el. Először azért, mert egyáltalán nem lehet reménylenünk, hogy a fertőzött fonallal bevitt csirok a sebből kijussanak, hiszen magát a fonalat is, tehát a fertőzés vivőjét a sebbe bezárjuk, és másodszor, mert a fonalhoz tapadt bakteriumok rájuk nézve legroszszabb esetben legalább egyik oldalon a fonal által meg vannak védve a környező szövet bakteriumpusztitó hatásától. A harczban tehát legalább is egy oldalról fedezve vannak: van egy hely, hova, képletesen szólva, megvethetik a hátukat. Azonban rájuk nézve a helyzet többnyire még sokkal jobb. Mig az impermeabilis fém vagy gummi dolgok csak a felszinükön fertőzöttek, addig a számos üreggel és réssel biró selyemszál, vagy az egészen szerves anyagból készült catgutfonal át meg át fertőzve lehet. Ilyen esetben még az is megtörténhetik, és ez lesz oka sok vizsgálat rózsás eredményének, hogy a fonal külső felszine csíramentes ugyan, állományában azonban a sebfertőzésre legalkalmasabb mikroorganismusok vannak beágyazva. Ha pedig ilyen fonal kerül a műtétnél használatba, akkor kitenyészésükre a képzelhető legkedvezőbb feltételek állanak be. A fonal beivódása által a bacillusok bőven kapnak kitünő táplálékokat, a tenyészéshez szükséges meleggel a sebesült

* Lühe, ki a Cbl. für Chir.-ben ezen közleményt ismertette, megjegyzi, hogy fontosabb lenne olyan egyszerű, olcsó és kis helyet elfoglaló csomagolási módot találni a kötszernek, melyben az megtartaná csirátlan voltát. Erre nézve kellenének kisérletek, mert háborúban nincs idő desinficiálni, ott készen kell hogy legyen a kötszer.

(a világ legjobb s legértékesebb thermostatja) maga szolgál. A nyugodt symbiosist nem zavarja meg egy phagocyta sem, mert nem bir a coloniához hatolni; a colonia pedig megvonulva a selyem vagy catgut ezerféle rejtekhelyében szaporodik, erejében nő mindaddig, mig elég erős arra, hogy tályogot vagy egyéb reactiot okozzon a fonal körül. Majdnem úgy néz ki a dolog a klinikus előtt, mikor a műtét után tiz nappal lépnek fel a fonalak körül tályogok, mintha incubatios szakkal volna dolga, pedig nem. A fonal réseiben rejtőző lények csak szaporodtak és erősödtek addig, mig számuk oly nagy lett, hogy káros hatásukat kifejthették. Az érintkezés (contactus) által létrejött fertőzéssel szemben ezt *implantatio* által okozott fertőzésnek hivhatjuk.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Felix Schlagintweit: Prostatahypertrophie und Bottinische Operation. Experimentelle, topographische und chirurgisch-technische Studien über das Verhalten der hypertrophischen Prostata bei endovesicaler und endourethraler Behandlung mit starren Instrumenten. Leipzig, Verlag von *Georg Thieme*, 1902.

Az utóbbi évek a már 28 éves Bottini-féle galvanocaustikus eljárást, a melynek lényege a túltengett prostata szövetében a vizelet számára utat égetni és így a mechanikus akadályt megszüntetni, az összes műtéti eljárások fölé emelték, ha nem is a gyakorlatban, úgy mindenesetre az irodalmi discussioban. Egyeseknek fényes klinikai eredményei, a közölt kedvező kórtörténetek, a műtét kétségtelen használhatósága mellett szólanak, mindamellett igen súlyos kifogások alól sem mentik fel. Ezen kifogások taglalásának szánt ez előttünk fekvő munka, a mely szerzőnek igen érdekes kórboncztani és hólyagtükrözési vizsgálatait tartalmazva, maradandó értékkel bir, tekintet nélkül a vizsgálatok kiindulását képezett műtéti eljárás jövendő sorsára.

A műtét ellen felhozott legsúlyosabb kifogásnak, a sötétben való műtevésnek, taglalása, készítmények, phantom gyakorlatok, hólyagtükrözés és palpatio ellenőrzése mellett bizonyítja, mennyire a szándékolttal ellenkező irányban és czélszerütlenül végeztettek és végeztetnek metszések és mennyire a véletlen esélyeitől függők a mindezek daczára közölt „kedvező“ eredmények.

Szerző a Bottini-féle eljárást tájboncztani és mechanikus megfigyelés alapján óhajtja fejleszteni; ezirányú vizsgálatai a kérdést mindenesetre előbbre vitték és miután nemcsak a Bottini-féle eljárásra alkalmazhatók, távolabbi körök érdeklődésére is számíthatnak. *Ráskai* dr.

F. Blumenthal: Pathologie des Harnes am Krankenbett. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1903.

A vizsgálási módszerek érintésével a rendes s kóros vizelet minőségének, illetve jelentőségének bő leirását találjuk a 448 oldalra terjedő, nagyon jó kiállitású munkában. Szerző, a ki magántanár a berlini egyetemen, gondosan összeállitotta az első részben mindazt, a mit a vizeletben előforduló vegyi anyagokra nézve ez idő szerint tudunk, a mi mellett különösen az utolsó 20 év irodalmára van tekintettel. Röviden tárgyalja a vesék functionalis kórismézését is. A könyv második részében arról értekezik szerző, hogy lázban, különböző fertőző betegségekben, rák eseteiben, az anyagcsere bántalmaiban, az egyes szervek megbetegedéseiben mi okozza a vizelet megváltozását, s hogy a vizelet minősége meghatározásának mennyiben vehetjük hasznát a diagnosis és prognosis megállapításánál. A könyv ügyesen, jól áttekinthetően van összeállítva; jó, kimeritő útmutatást találunk benne a vizeletvizsgálás klinikai értékesitésére. *Nagy Pál* dr.

Max Neuburger: Swedenborg's Beziehungen zur Gehirnphysiologie. Vortrag. Wien, 1901. Moritz Perles. 8 l. 8-adrét.

Swedenborg, a nagy „phantaste“ és „szellemlátó“ már 1740—41-ben megjelent „*Oeconomia animalis*“-ában utalt az agymozgás és a lélekzés coincidálására. Ugyanezen munkájában a lelki müveletek és az izommüködés székhelyét kizárólag az agykéregbe helyezi. Végül felszólitja a kutatókat, hogy állatkisérleteken állapitsák meg, melyik gyrusnak melyik izomcsoport felel meg. Még a kisérletek módozatait is megállapitja. Látnivaló ebből, hogy Swedenborg több volt, mint egyszerű szellemlátó; a legnagyobb elismerés illeti meg őt mint psychophysikust. Neuburger érdeme, hogy Swedenborgot ezen oldaláról is megvilágitotta. *Győry.*

Heinrich Sachs: Die Entwicklung der Gehirnphysiologie im XIX. Jahrhundert. Mit 3 Abbildungen. Sonderabdruck aus der Zeitschrift f. pädag. Psychologie u. Pathologie. III. Jahrgang, MCMI. Berlin, 1902. Hermann Walther. 29 lap. 8-adrét.

Szerző az agyvelő élettanának történetét egy élvezetes előadás keretében mutatja be. Kezdi *Gall* phrenologiájának megjelenésén (1796) és végzi *Flechsig* nézetein. Az előadás nem csak összeállitott munka, hanem az újabbkori felfogások rövid s jellegző birálatát is hozza. E birálat néha munkája helyett magának a szerzőnek személyét érinti, sőt sujtja is (Flechsig! a 26. lapon). A szöveg közé három magyarázó rajz van ékelve. *Győry.*

Uj könyvek. *Maximow:* Experimentelle Untersuchungen über die entzündliche Neubildung von Bindegewebe. Jena, G. Fischer. — *Zenner:* Luftreinheit, aseptische und atoxische Behandlung der Lungen zur Bekämpfung der Tuberculose. Berlin, A. Hirschwald. — *Lenhossék:* Das Problem der geschlechtsbestimmenden Ursachen. Jena, G. Fischer. — *Sarbó:* Der Achillessehnenreflex und seine klinische Bedeutung. Berlin, S. Karger. — *Hübler:* Röntgen-Atlas für Ärzte und Studierende. Dresden, G. Kühtmann. — *Jacob* und *Pannwitz:* Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberkulose. II. B. Leipzig, G. Thieme. — *Schmidt:* Experimentelle Beiträge zur Pathologie des Blutes. Jena, G. Fischer. — *Gussenbauer:* Anschauungen über Gehirnfunction. Inaugurationsrede. Wien, W. Braumüller. — Die Anstaltsbehandlung der Tuberkulose der Atmungswege. Dritte Auflage des Buches: Die Behandlung der Schwindsucht in geschlossenen Heilanstalten. Von *P. Dettweiler*. Im Auftrage des Verfassers völlig neu bearbeitet von *G. Besold*. Berlin, G. Reimer. — *Aud' Houi:* Traité de thérapeutique et de matière médicale. Paris, F. R. de Rudeval et comp. — *J. W. H. Eyre:* The elements of bacteriological technique. London, W. B. Saunders and Co. — *A. W. Mayo Robson* and *B. G. A. Moynihan:* Diseases of the pancreas and their surgical treatment. London, W. B. Saunders and Co. — *J. Blumfeld:* Anaesthetics. London, Baillière, Tindall and Cox.

Lapszemle.

Sebészet.

Az indefectusok pótlására szolgáló új plastikai módszert ismertet *Hertle*. A műtét abban áll, hogy az átmetszett in két csonkját egy szomszédos ép in felfrissitett oldalrészeibe varrja bele. Három hét múlva, midőn az invarratok gyógyultak, az ép szomszédos innak a bevarrt két csonk közé eső darabját hosszában felezi és a két csonk közé eső fél részt az előbbiekkel összefüggésben teljesen leválasztja az ép inről. Ily módon tetszés szerinti defectus pótolható inszövettel s a functionalis eredmény az egy esetben, melyben H. e plasticát alkalmazta, tökéletes volt. Ez eljárás azonban a fent leirt módon csakis olyankor használható, mikor a szomszédos kölcsönt adó in igen közel fekszik. Ha a legközelebbi in távolabb fekszik, czélszerűbb eljárás az, hogy első ülésben csak a centralis csonkot varrjuk a szomszédos inba, s három hét után a fent leirt módon egy a defectus hosszának teljesen megfelelő darabot leválasztva az ép inről, a most ily módon kellőképen meghosszabbitot centralis véget a peripheriás csontrészlettel egyesitjük. Az eljárás főleg a kézháton, tenyéren, lábháton, talpon lesz igen alkalmas, hol az inak nagy számmal elég közel fekszenek egymáshoz.

Cerny és Wölfler plastikai módszerétől eltekinive ez az egyedüli módszer, hol a hiányzó indarabot magával inszövettel s nem idegen testtel (ezüstdrót, catgut, selyem) pótolhatjuk. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 65. k. 4. füzet.) *Holzwarth*

Fájdalmas lábak czimen irott czikkében *Schanz* felhivja a figyelmet arra, hogy a lábnak különféle helyein localisált fájdalmak legtöbb esetben lúdtalp által feltételezettek. Nem szükséges, hogy a lábiv ellapulása szembetünő legyen, mert e körülmény szerinte nagyon individualis. Egy igen magas lábivvel rendelkező egyénnél az ellapulás létrejöhet a nélkül, hogy a lúdtalpra jellegző oly nagy fokú elsimulása a lábívnek jelen volna. A fentemlitett panaszok rendszerint korai elfáradásban, a lábfej különféle részére localisált fájdalmas pontokban állanak, mely fájdalmak később akár az alszárra sőt a czombra is átterjedhetnek. A fájdalmak rendszerint csak napközben esetleg este jelentkezhetnek; azonban ha a lúdtalp a merevedéshez közeledik már, a reggeli első lépések is fájdalmasak. Kórjelző tünetnek emliti fel szerző, hogy a hirtelen supinatiója a lábnak igen erős fájdalmakkal jár.

A gyógyitás az izomzatnak és szallagrendszernek massage által való erösitésében, a lábnak könnyebb esetekben egyszerű flanell polyával való körülpólyázásában áll. De leghathatósabb eszköz a jó czipő ludtalp betéttel. Szerző gyógyintézetében ez utóbbiakat celluloid lemezből házilag készitik oly módon, hogy kormozott papirra léptetve a beteget, mintát készitenek, mely szerint a celluloid lemezt kivágják és meleg vízben megpuhitva a kellő alakot megadják neki. *Holzwarth.*

Bőrkórtan.

A Paget-féle betegségről közöl újabb adatokat *Matzenauer* egy dolgozatában, melyben különösen annak a kérdésnek a megoldásával foglalkozik, hogy lehetséges-e a klinikai tünetekből a Paget-féle betegség korai stadiumát határozottan elkülöniteni a chronikus eczemától. E kérdésre úgy klinikai, mint szövettani vizsgálatai alapján határozott igennel felel. A kérdés nemcsak tudományos, hanem különösen gyakorlati szempontból rendkivül fontos, mert a mint a Paget-féle betegséget felismertük, azonnal szükségessé válik a legradikalisabb sebészi eljárás, tekintve, hogy a szóban forgó betegséget mai nap már csaknem valamennyi szerző s igy Matzenauer is valóságos primaer bőrcarcinomának tartja. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie. 1902. 35. k. 5. sz.) *Guszman* dr.

Az eczemának naftalannal való kezeléséről közöl újabb adatokat *Auerbach*. A naftalant, mely a nyers petroleumnak egy destillatiós terméke, Rosenbaum ajánlotta először. Szerző azt 50%-os zinkpasta alakjában alkalmazta s 180 esetében általában igen jó eredményt látott tőle. Különösen jól bevált a naftalankezelés acut és chronikus eczemáknál, valamint acut dermatitiseknél, a mennyiben ezen betegségekben jut leginkább érvényre jó hatása, mely különösen az izgatott bőr csillapitásában, kitünő szárító képességében s a fájdalom s viszketés enyhitésében nyilvánul. Csaknem hatástalannak bizonyult azonban száraz s hámló eczemáknál, továbbá az eczema seborrh. eseteiben, a hol a régi szerelés sokkal jobban bevált. (Monatshefte f. prakt. Dermat. 35. kötet, 8. szám.) *Guszman* dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

A légcsőben és oesophagusban megakadt idegen testeknek endoskopikus úton való eltávolításáról értekezik *Killian*. A direkt oesophagoskopia, cocain anaesthesia mellett felnőtteknél és narcosisban gyermekeknél, sokkal előnyösebb a röntgenezésnél. Az előbbi eljárással sokkal könnyebben felkereshetjük az idegen testet, a mit azután keskeny fogókkal eltávolithatunk. Éles szélű avagy horgas idegen testeknél az extractio veszélyes (ruptura), ily esetekben az oesophagotomia indikált, ha az idegen test 24—26 cm.-nyire esik a mellső fogsortól; ha mélyebben van, úgy a gastrostomia avagy a hátsó mediastonotomia. Tilos az extractio a perforáló sérüléseknél is. A gégébe, légcsőbe jutott idegen testek felkeresésére a Kirstein-féle autoskopia czélszerű. (A beteg részéről nagy türelmet, az orvos részéről nagy ügyességet kiván. A ref.) A felső tracheoskopiához egy megfelelő hoszú és széles elastikus csövet a hangrésen át a kivánt helyig levezetünk (25%-os alkoholos-cocain anaesthesia). A levezetés mandrin nélkül szem controlle mellett történik. Előre ment tracheotomia esetén ajánlatos az alsó direkt tracheotomia (a légcső seben át). Ha az idegen test a főbronchus kezdeti részén fekszik, úgy a felső vagy alsó direkt tracheoskopia vezet czélhoz. Ha még mélyebben fekszik, úgy egy megfelelő hosszú elastikus csövet a megfelelő bronchusba letolunk, azaz felső vagy alsó bronchoskopiát végezünk. Világító forrásul a Kirstein-féle homlok lámpa szolgál. Az extractio fő kellékei nyugalom, vigyázat és figyelmes nézés. A hosszú, keskeny fogókon kivül czélszerűen alkalmazható az extractiónál a Lister-féle horog.

Killian 15 extractioja közül tizenkettőnél gyógyulást ért el; egy 9 hó multán a másik oldali mellhártya genyes gyuladásában ment tönkre. Kettőnél az extractio nem sikerült. (Deutsch. med. Wochen. 1902. szeptember.)

Tövölgyi Elemér dr.

A gége amyloid degeneratioja mellett ellőállott szükületet észlelt *Courvoisier* egy hatvanhat éves nőnél. A különben normalis gégében, a hangszálagok alatt mindkét oldalt egy dudorzatos felületű, pirosas szinű daganat volt látható. A nehéz légzés miatt tracheotomia inferior végeztetett a betegnél, de már két nap elmultával a légzési nehézségek újból felléptek és a beteg rövidesen exitált. Sectionál a gége hátsó felületén a gyűrűporczon egy sárgás-barnás-vörös, kissé transparens, dudorzatos egy cm.-nyi megvastagodást találtak. A bal mandolán egy kendermagnyi nagyságú sárgás-vörös megvastagodás volt jelen. Egyebekben a szivizom barnás és zsíros degeneratioját, sclerotikus góczot a medulla oblongatában és bronchitis duplexet állapitottak meg. A gége amyloid degeneratioja és az amyloid gégetumorok igen ritkák, de mint ez eset mellett a többi eddig közöltek is bizonyítják, néha veszélyes légzési nehézségeknek válhatnak az okaivá. (Münch. med. W. 1902. julius.)

Tövölgyi Elemér. dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A salochinint és a **rheumatint** újabban *Fitch* és *Hönigschmied* kisérlették meg. Fitch malaria tertianánál és haemoglobinuriás malariánál alkalmazta a salochinint olyankor, a mihor a chinin nem használt. Naponta 4 grammot nyújtott, olyanformán hogy a betegnek félóránként 0·75 gr. szedve, a délelőtt folyamán el kellett a 4 grammot fogyasztani. Az eredmény kitünő volt. *Hönigschmied* ischiasnál, menstruationális kolikánál, ideges fejfájásnál, rheumatinnal párhuzamosan adagolva pedig acut és subacut izületi csúznál alkalmazta a salochinint. Ő szükség esetén naponta 6 grammot is nyújtott, a mi legfeljebb fülzúgást okoz. Főleg mint antineuralgicumot dicséri a szert. A rheumatinnak az a legfőbb előnye, hogy a lázat elnyomva és az izzadmány felszivódását elősegítve, igen hamar megszünteti a fájdalmat. (Internat. med. Magaz. 1902. Nr. 4. és Aerztl. Centr. Zeit. 1902. Nr. 26 és 27.)

Az europhenről újabban *Parker* (Med. Review of Reviews. 1902. 2.) és *Loftus* (Med. Herald 1901. deczember.) irnak elismerőleg. A szert minden esetben lehet a jodoform helyett alkalmazni. Jó tulajdonságai vetekednek a jodoforméval, de sok előnye van felette. Igy nem mérgező, teljesen vagy majdnem teljesen szagtalan s sokkal könnyebb mint a jodoform, úgy hogy europhennel ötször akkora felületet lehet behinteni, mint ugyanakkora súlyu jodoformmal. Chronikus, különösen venereás eredetű fekélyeknél igen jól hat, sokszor akár egy specifikum. Hintőpor vagy kenőcs alakjában alkalmazzák.

A heroint újabban *Moir* (The Therapist, 1902. No. 3.) és *Thayer* (Brooklyn med. Journ. 1902. május) próbálták ki. A szert por alakban, subcutan vagy suppositorium alakjában per anum alkalmazták. Félakkora dosissal mint a morphinnál már igen jó eredményeket értek el, a nélkül, hogy mint ennél obstipatio, fejfájás, pupillaszűkülés, légzési vagy szivműködési zavarok léptek volna fel. Thayer egy pertussis epidemia alkalmával 107 esetben alkalmazta oly sikerrel, a milyent eddig egy szerrel sem ért el, a betegek kora szerint 1/2—1 milligramm-nyi mennyiséget adva pro dosi.

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 44. szám. *Moravcsik E. Emil:* A büntettes elmebetegek elhelyezése. *Szenes Zsigmond:* Osteomyelitis mastoidea folytán támadt perisinosus és extraduralis tályog műtett esete. *Aczél Károly:* A vállficzamok visszahelyezéséről. *Reisz Mór:* Méhkifordulás és előesés szülés után.

Orvosok lapja, 1902. 44. szám. *Hajós Lajos:* A normalis psychikai habitus tudományos megismerése. *Körmöczi Zoltán*: Localis anaesthesia a szájműtéteknél.

Magyar orvosok lapja, 1902. 44. szám. *Deutsch Ernő:* Közlemények a csecsemőgyógyászat köréből. *Márer József:* Az emberi test különböző tájain lévő idegen testekről, a napi gyakorlat szempontjából tekintve. *Ifj. Klug Nándor:* Évi jelentés a budapesti Stefánia-gyermekkórház fülészeti rendeléséről. *Szenes Zsigmond*. Otogen agytályog műtett esete.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 44. szám. *Weidenfeld*: Adatok az égések tanához. *Zahradnicky:* Medullaris anaesthesia. *Geiger:* A scrotum és a praeputium necrotikus szétesése anthrax következtében. *Englisch:* Peniscarcinoma. *Brabec:* Viperamérgezés. *Kose:* Kisérletes vizsgálatok a tüdőemboliát illetőleg.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 44. szám. *Wagner v. Jauregg:* Öröklési terheltség. *Kaufmann* és *Pauli:* Stenocardiás fájdalmak az epigastriumban. *Ortner:* A bélüterek angiosclerosisának klinikájához.

Wiener medizinische Presse, 1902. 44. szám. *Kreidl*: A bőredények viselkedése höingerek behatására. *Hahn:* Az abortus megelőzése és gyógyitása. *Preindlsberger:* Kőműtétek.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 42. szám. *Hock*: A hólyag curettezése cystitis dolorosa eseteiben. *Neumann*: Állatrophia. *Singer*: Újabb adatok a vesebajok köréből.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 20. szám. *Wormser*: Excochleatio uteri a gyermekágyban. *Arx:* Epehólyag ruptura a szabad hasűrbe.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 43. szám. *Orth:* Virchow. *Mitulescu*: Adatok az anyagcsere ismeretéhez idült gümőkórban. *Koziczkowsky*: Az Ehrlich-féle dimethylamidobenzaldehyd-reactio klinikai értéke. *Storch*: A modern localisatiotan psychologiai világitásban.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 44. szám. *Wassermann:* Diphteriaserum új neme. *Martini:* Adat a malariajárványok keletkezéséhez. *Waldvogel:* Nephritis syphilitica acuta. *Schmidt:* A basophil szemcsék képződése a vörös vérsejtekben. *Glaser:* A typhusbacillusok jelentősége a légzőszervek megbetegedéseiben typhusnál. *Neumann:* A szoptatás gyakorisága. *Speiser*: Ritka aetiologiájú és localisatiojú anus praeternaturalis. *Schade*: Egy szög vándorlása az orrgaratürből a középső fülbe.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 43. szám. *Mitulescu:* Az idült gümőkór fejlődése a sejtanyagcsere szempontjából. 44. szám. *Salant:* A vastagbél tartalmának befolyása strychninre.

Die Therapie der Gegenwart, 1902. 8. füzet. *Krehl:* Functionalis megbetegedések. *Huismans:* Megjegyzések az organotherapiát illetőleg. *Kühn*: A mellékvesekivonat gyógyászati alkalmazása. *Koenig*: Sérvműtétek. *Cedercrentz*: Adatok a bubo inguinalis ismeretéhez és némely bubo-kezelés értéke. *Schrohe:* Ozon a betegszobában. *Laquer:* A menthol külső használata. *Goldschmidt*: Renoform nátha ellen. *Franke*: Collargol- és ihthyolkenőcs. *Hester*: A subcutan levegőinjectiok használata a gyógyászatban.

Gazette hebdomadaire, 1902. 87. szám. *Babonneix:* Kisérletes diphtheriás monoplegiák. 88. szám. *Ribeira da Silva:* Calomel-mérgezés esete. *Michon*: A nephrectomia javalatai és eredményei.

Le progrès médical, 1902. 43. szám. *Millée:* és *Vidaur:* Kétoldali dacryoadenitis iritissel. 44. szám. *Clado*: „Tennis-Arm."

La semaine médicale, 1902. 44. szám. *Cheinisse:* A gümőkórra vonatkozó ismereteink jelen állása.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 44. szám. *Heger:* A radiogrammok értelmezése.

Archives de neurologie, 1902. október. *Guiard* és *Clérambault:* „Folie communiquée et simultanée". *Truelle* és *Petit:* Paralysis generalis és alkoholismus.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1902. 8. és 9. füzet. *Dubreuilh*: Linearis serpiginosus pyodermitis. *Balzer* és *Schimpff:* Férgek okozta dermatosisok (myiasisok).

Bulletin général de thérapeutiques, 144. kötet, 14. füzet. *Huchard:* A pericarditisek gyógyitása. *Amat*: A myopia teljes correctioja.

The lancet, 1902. II. 17. szám. *D. Ferrier:* Szív és idegrendszer. *E. Owen*: A hashártya gümőkórja klinikai szempontból. *E. W. Roughton*: A száj némely kóros állapota. *L. G. Irvine:* A koponya és az agy lőtt sebzései. *R. Jones:* Alkohol okozta mentalis dissolutio. *J. Phillips*: Egyidejü méhenkivüli és méhenbelüli foetatio esete. *E. F. M. Neave:* Kizárt sérv 90 éves nőben: műtét után gyógyulás. *A. E. Rouse*: Gyomorfekély átfúródása; gyógyulás. *J. Gilroy:* Végtagüszkösödés két esete. *H. C. L. Morris:* Pneumothorax érdekes esete. *A. Marmaduke Sheild*: Léprepedés esete; splenectomia; gyógyulás.

British medical journal, 1902. november 1. A „British medical association" idei összejövetele belgyógyászati szakosztályának tárgyalásai.

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal ki mutatása szerint az 1902-dik év 43. hetében (1902. október 19-dikétől október hó 25.-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 453 gyermek, elhalt 243 egyén, a születések tehát 210-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránya száma: 1000 lakosra 30·7. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 16·5, az egy éven felüli lakosságnál: 13·1 az öt éven felüli lakosságnál: 12·7 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 2, pertussis 1, morbili 1, scarlatina 4, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 7, meningitis 11, apoplexia 6, eclampsia 6, szervi szivbaj 21, pneumonia 17, pleuritis 2, pneum. catarrh. 4, bronchitis 7, tuberculosis pulmonum 40, enteritis 15, carcinoma 15, ezek közül méhrák 4, egyéb újképletek 5, morbus Brightii et nephritis 13, veleszületett gyengeség 18, paedatrophia 1, marasmus senilis 4, erőszakos haláleset 5, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 2, baleset 3, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2907 beteg, szaporodás e héten 835, csökkenés 792, maradt e hét végén 2950 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi október 22-dikától október 28-dikéig terjedő 42. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 51 (45), diphtheria, croup 30 (28) hagymáz (typhus) 9 (5), kanyaró (morbili) 119 (92), trachoma 6 (6), vérhas (dysenteria) 0 (1), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 4 (14), orbáncz (erysipelas) 23 (17), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 2 (3) járv. fültőmirigylob 6 (5), ezenfelül varicella 56 (55).

\+ **A budapesti orvosi kör** országos segély-egyesület pénztárába befizettek: alapitványt: Zombori orvos-egyesület, mint az „Országos Orvos-Szövetség“ fiókja 80 kor., Mutschenbacher Béla dr., Balogh Tihamér dr. 20—20 kor., Hainis Géza dr. 30 kor., Pártos Henrik dr. 60 kor., Glass Izor dr. 10 kor., Hauser Ilka úrhölgy 200 kor.; Hauser Ilka úrhölgy, mint Sz. K. dr. orvos úr el nem fogadott tiszteletdija 100 korona.

Tagdijat fizettek: Budai Mór dr. Zsarnócza 1900—1901-re, Sági Samu dr. Zombor 1900—1902-re, Schönfeld Mór dr. Kis-Terene 1902-re, Budai Kálmán dr. Kolozsvár 1901—1902-re, Hegyesi Béni dr. Már marossziget 1902-re, Kerekes István dr. Ungvár 1903-ra, Dragits Imre dr. Szegszárd 1899—1902-re, Marostordai megyei orvos-egylet 1902-re, Konrád Jenő dr. Nagy-Szeben 1901-re, Engel Bódog dr. Kis-Márton, Vagel József dr. Kapuvár, Knorr János dr. Ruszt, Patthy Dezső dr. Szarvkő Zettel Károly dr. Német-Keresztúr, Gere Adolf dr. Lövő, Schwarz Lajos dr. Beled, Molnár Vilmos dr. Csorna, Holzer Miksa dr. F. Sz. Miklós, Kakas L. Lajos dr. Csorna, Pollacsek Márkus dr. Lakompak, Deutsch Mór dr. Medgyes, Hoffmann Zsigmond dr. Rétfalva, Scheffer Oszkár dr. Sopron, Leszner Dezső dr. Sopron, Nagy Ottó dr. Békésmegyer, Szerb Zsigmond dr. Budapest 1902-re, Gerő Adolf dr. Feketeváros 1903-ra, Bertalan Pál dr. Munkács, Bakó Péter dr. Dévaványa, Berger János dr. Zilah, Aaron Sándor dr. Nagy-Károly, Chaloupek József dr. F. Csene, Duchan János dr. Zombor, Tartol János dr. Fekete-Balogh, Dudich Endre dr. Nagy-Salló, Diescher Ferencz dr. Budapest, Bolgár Lőrincz dr. A.-Meczenzef, Breuer Mór dr. Sopron 1902-re, Feja Ferencz dr. Beszterczebánya 1902—1903-ra, Christian János dr. Nagy-Szombat 10 koronát, Rózsavölgyi Mór dr. Budapest 37 koronát, mint pör útján behajtott orvosi honoráriumot.

Az Országos Orvos-Szövetség sopronvármegyei és városi fiókja folyó évi junius hó 23-dikán tartott közgyülése alkalmából Csatkai Ignácz dr. tagtárs úr indítványára 100 koronával pártoló tagul, a szövetség eddig nem volt tagjai pedig rendes tagul léptek be a segélyegyesületbe, Beszterczebánya, Temesvár, Zombor, Hont és zalai fiók szövetség tagjai hasonlókép a segélyegyesület tagjai sorába léptek. Budapesten, 1902. október 22-dikén. *Katona József* dr. pánztáros. IX., Soroksári-út 74. szám.

A budapesti orvosi kör országos segélyegyesület elnöksége felhivja azokat, a kik, mint a segélyegyesület tagjai, tagok özvegyei és árvái rendes évi segélyre jogosultságot tartanak, vagy a Mészáros Károly dr.-féle 320 korona segélyt elnyerni óhajtják, hogy ez iránti folyamodványukat folyó évi deczember hó 15-dikéig a segélyegyesület elnökéhez (IX., Soroksári-utcza 18., Rákosi Béla dr.) nyujtsák be.

A bélyegmentes folyamodványhoz szegénységi bizonyítvány csatolandó, a tagok munkaképtelenségüket hatósági orvossal a folyamodványra rávezetve is igazolhatják, kivánatos, hogy a folyamodó özvegyek és árvák folyamodványaikat a hatósági orvossal láttamozzák, azaz az abban foglaltakat általa igazoltatják.

— **A kairoi orvosi congressusnak,** mely f. év deczember hó 19—23-dikáig fog megtartatni, magyar bizottsága az újabb informatiók alapján felhivja az érdeklődők figyelmét arra, hogy Egyptomban a cholera már majdnem teljesen megszünt, s a congressus idejére remélhetőleg egészen megszünik, a congressus tehát minden esetre meg fog tartatni.

A részvétel költségei megközelitőleg a következők:

1. Tagdij 25 korona.

2. Utazási költségek (a hajón az élelmezés és hálófülke beletudásával) 380 és 861 korona között ingadoznak az útirány és a használt osztály szerint.

Legjobban ajánlható a *Budapest-Konstantinápoly-Alexandria-Cairo és vissza ugyanerre* útirány az orosz hajózási társulat pompás hajóival. I. osztály 530·20, II. osztály 380·00 korona; hálókocsi használata 62·00, illetve 46·50, keleti express pedig 96·40 koronával emeli a költséget. Indulás keleti express-szel deczember 7-dikén este 11·20-kor, rendes gyorsvonattal deczember 8-dikán délután 2·40-kor; érkezés Alexandriába mindkét esetben deczember 13-dikán délben.

További útirányok: *Budapest-Konstantinápoly-Cairo-Triest-Budapest* (I. osztály 702·30, II. osztály 499·15 korona); *Budapest-Triest-Cairo-Triest-Budapest* (I. osztály 667·20, II. osztály 460 korona; indulás decz. 10-dikén este 8-kor a déli vasúttal, érkezés Alexandriába 15 dikén délelőtt); *Budapest-Cormons-Brindisi-Alexandria-Cairo és vissza ugyanigy* (I. osztály 861·25, II. osztály 574·50 korona; indulás deczember 10-dikén este 8-kor a déli vasúttal, érkezés Alexandriába 15-dikén reggel.)

3. Teljes ellátás a kairói előkelő szállodákban kedvezményes áron naponként 10—17 frank.

4. Kirándulások 3 napig Cairo környékén kedvezményes áron 45 frank.

5. 21 vagy 19 napos kirándulás Felső-Egyptomba teljes ellátással 600—276 korona.

Mint látható, a körülbelül 5 hétre terjedő kirándulás összes költségei 1200—1400 koronát tesznek.

Fontos tudnivaló: A hajókon és a hálókocsikon a helyek száma limitált lévén, okvetetlenül szükséges, hogy a résztvenni kivánók legkésőbben november hó közepéig jelentkezzenek a magyar bizottság elnökénél, Bókay Árpád egyet. tanárnál (Budapest, IX., Soroksári-utcza 19.), hol a tagsági jegyet is átvehetik.

△ **Helyettes városi orvost** keres Újbánya sz. kir. város (Barsmegye). Bővebb felvilágositással szolgál *Pákozdy Károly* dr. (Budapest, Kálvintér 1. szám.)

⚔ **A „Stefánia“ gyermekkórház** igazgató választmánya ráthonyi *Reusz Frigyes* dr.-t kinevezte ideggyógyászati rendelő orvossá.

□ **Lakásváltoztatások.** *Halász Henrik* dr. Hódmezővásárhelyről Miskolczra, *Doktor Károly* dr. IV., Kossuth Lajos-utcza 3. sz. alá tette át lakását, a hol vegyi, górcsövi és bakteriologiai vizsgálatok czéljaira berendezett orvosi laboratoriuma van.

— **Szabóky Lajos** dr. fürdőorvos a tél folyamán gyakorlatát *Arcoban* folytatja.

┼ **A kolozsvári önkéntes mentőegyesület** október hó folyamán 206 esetben nyujtott segélyt.

| **Megjelent.** *Marschalkó*: Balneother. a dermatologiában. Budapest — *Marschalkó:* Ist die Gonorrhoe der Prostitiurten heilbar? Kny. a Berl. klin.Woch. 1902. 15. számából.

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

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

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

A pesti izr. hitközség kórházának
Röntgen-laboratoriumában
átvilágitás, képfelvétel és gyógykezelés. Laboratoriumvezető: **Simonyi (Schwarz) Béla dr.,** a kórház v. alorvosa. Lakik: V., Lipót-körút 5.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Elektromagneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában **Budapest, Városligeti fasor 13.** Elektromagneses erő alkalmazási tere: **álmatlanság, izomcsúz, neuralgiák, ischiás, szívneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine, stb. — Orvosi vezetés.** — Kezelés egész napon át. Mérsékelt dijak. Kivánatra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XVIII. rendes ülés 1902. október hó 25-dikén.) 734. l. — A második országos elmeorvosi értekezlet. (I. ülés 1902. október hó 26-dikán d. e.) 735. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVIII. rendes ülés 1902. október 25-dikén.)

Elnök: **Tauffer Vilmos.** Jegyző: **Wenhardt János.**

(Vége.)

Osteomyelitis mastoidea folytán támadt perisinosus és extraduralis tályog műtett esete.

Szenes Zsigmond: A 28 éves betűszedő 1900. május 3-dikán egy 10 hét előtt acquirált, de csak alig jelentékeny tünetek között lezajlott *otitis media acuta* után heves csecsnyújtványtáji fájdalmak miatt keresett fel, midőn az *antrum-empyema klinikus képe* — csecsnyújtványtáji duzzanat, külső hangvezetőben szűkület a hátsó felső fal lesüppedése folytán — fennállván, a betegen az *antrum mastoideum művi megnyitását* végeztem. A typikus helyen a regularis metszésre evőkanálnyi subcutan geny ürült ki és bár a periost egy korona terjedelmében a csontról levált volt, maga a corticalis külsőleg 2—3 tágult emissarium Santorini-n kivül semmi kóros elszíneződést sem mutatott. Nagy terjedelemben levésvén a corticalist, a csakhamar megtalált antrumból nyomás alatt geny ürült, az antrumban levő fungusok kikanalazása után a hátsó falon gombostűszúrásnyi nyilásra akadván, ez fistulának bizonyult, mely hát- és lefelé a hátsó koponyaárokba vezetett, mely véső és kanál segélyével megnyittatván, innen egy kávéskanálnyi genyet bocsátottunk ki, mely utóbbi nagyobbrészt magából a *hátsó koponyaárokból* és csak igen csekély mennyiségben a szabaddá tett *sinus sigmoideus* körül mint *perisinosus tályog* ürült. A nagyfokú osteomyelitikus elváltozások eltávolítására, melyek a csecsnyújtvány alsó és hátsó részét illették, egy 3 cm.-nyi keresztmetszést is kellett ejteni és a legnagyobb óvatosság daczára a szabaddá fektetett sinus falzatának megérintésekor váratlanul beállott *sinusvérzés* is complicálta a műtétet, mely utóbbi azonban erős tamponálásra csakhamar megszünt.

Az ejtett sebzést teljesen lázmentes lefolyás követte, a beteg két havi gyógykezelés után igen csekély és sekély folytonossághiánynyal a csecsnyújtványon utazott haza, hol további kezelésre ez is csakhamar begyógyult. Már a műtét előtt is teljesen lezajlott volt a dobüri folyamat és ma két, csakis fénye miatt feltünő, heg mutatja a csecsnyújtványon ejtett sebzés helyét; a dobhártyán még a legszorgosabb vizsgálatra sem található meg a lefolyt otitis media nyoma, miután a restitutio ad integrum a szó szoros értelmében helyreállott; a hallóképesség is teljesen normális.

Neubauer Adolf: Az otochirurgia, melyhez *Körner* nagyban hozzájárult, tényleg a füleszet legértékesebb vivmánya. Jelen esetben azonban ő egyszerű otitis media acutát lát, mely valószinűleg boncztani viszonyainál fogva empyema antri mastoideihez vezetett. Hogy, mint bemutató említette, a bőr és periost eltávolítása után látszólag ép csontra akadt, míg a csecsnyújtvány külső falának eltávolításával genynyel telt üreget talált, ebben nem lát semmi különöset, mert tudjuk jól, hogy felnőtteknél a csecsnyújtvány üregének külső fala vastag, s igy a geny rendesen azon nem tör keresztül, míg gyermekeknél, hol a külső fal vékony, nagyon sokszor teljesen elroncsolt külső falra akadunk. Jelen esetben a geny az antrum hátsó falát necrotizálta, s ennek következtében akadt bemutató az antrum hátsó falánál kávéskanálnyi genyre. A kórisme felállításánál nekünk fülészeknek nincs szükségünk arra, hogy a retroauricularis tájon elváltozásokat találjunk. Az otoskopikus objectiv jelekből, mint a külső hangvezető hátsó felső falának besüppedése, a nagymennyiségű geny, mely egyedül a dobűrből nem jöhet, egész biztossággal felállítbatjuk a diagnosist. Jelen esetben ezen jelek megvoltak, s ezekből a diagnosist pontosan meg is lehetett állapitani.

Szenes: Az eset mint typikus fülorvosi eset az antrum-empyema diagnostikus oldalát nem akarta érinteni; a művi beavatkozás közben talált complicatiok csakis a műtét folyamán kerülnek napfényre, ezek legtöbbnyire csak valószinűséggel supponálhatók a műtét előtt, azonban mindig consecutiv eredményei az otitis mediaval kapcsolatban fellépő osteomyelitikus folyamatnak. S daczára a legnagyobb belső destructionak, a corticalis külsőleg épnek látszhatik, még subcutan geny jelenléte alkalmával is, és ha ilyenkor általános chirurgiai szempontból, a corticalist épnek látva, az alatta fennálló változásokat meghagyjuk, azon sokszor letalis exitusra vezető complicatiokra fogunk találni, mit fülorvosi gyakorlatunkban elég gyakran tapasztalhatunk is, ha ugyanis *csak sebészi* és nem *fülsebészi* módon történt a beavatkozás.

Vegyes fertőzésekről.

Szontagh Felix előadásának bevezető részében figyelmeztet azon veszélyre, mely előállhat, ha vegyes fertőzés, például kettős küteg esetén, a fertőzés kettős jellege fel nem ismertetik. Bekövetkezhetik ilyenkor például, hogy a vörhenybetegek osztályába bevitetik a kanyaró mérge és megforditva. De ezen veszély igen ritka esetekben abból is eredhet, hogy a diagnosisban tévedés történt. Előadó arra figyelmeztet, hogy kivételes esetekben a különzeti kórisme kanyaró és vörheny között majdnem lehetetlen. Az is megtörténhetik, hogy a vörhenyt, ha enanthema és küteg nélkül lép fel, klinice bacillaris diphtheriának kórismézzük. Mindezen tévedések vegyes fertőzések keletkezésére is adhatnak alkalmat. Előadásában leginkább saját tapasztalatait óhajtja ismertetni; a kérdések bakteriologiai részére ez alkalommal ki nem terjeszkedik, de mégis hangsúlyozza, hogy a specifikus — heveny és idült — fertőző bántalmak némely combinatiojának helyes magyarázatához megadja a kulcsot a bakteriologiának azon tétele, hogy bizonyos bakteriumfajok symbiosisba kerülve egymással, az egyes specieseknek virulentiája ezáltal növekedhetik.

A kanyaró és gümőkór közötti összefüggés tárgyalásánál azon véleményen van, hogy a kanyaróval kapcsolatosan jelentkező gümőkór esetén legtöbbször a kanyarós fertőzés oly szervezetet ér, melyben a gümőkór már szunyadott vagy megnyugodott volt, de concedálja természetesen annak a lehetőségét is, hogy egyidejűleg kettős fertőzés is előfordul. Előadó a kanyarónak már fennálló gümőkórra gyakorolt vészes hatásánál szinte specifikusnak mondható toxinhatás benyomása elől nem tud elzárkózni; analogia útján a régi tuberculin jut ilyenkor eszébe. Olyan eseteket ellenben, a hol a gümőkórral való fertőzés későbbi keletű, úgy magyarázza, hogy a kanyaró a gümőkór iránt való mentességet legalább időlegesen csökkenteni képes.

Ilyen összefüggést vesz fel más betegséggel, például a nomával, de felvesz a diphtheriával szemben is. A diphtheria (+ laryngitis crouposa) morbillosával behatóbban foglalkozva hangsúlyozza, hogy ezen fajtájú diphtheria rosszindulatú, a mit úgy a curative, mint a praeventive alkalmazott serumoltások ki nem elégítő hatása is megerősit. De előadónak arról is nyilt egy izben alkalma meggyőződni, hogy a kanyaró a szervezetnek a diphtheriával szemben *szerzett* immunitását, rövid idő mulva is már, teljesen paralyzálni képes. (Az esetet segédorvosa Schöller közölte a „Gyermekgyógyászat" idei szeptemberi számában.) Felállított tételeit mind kórrajzokkal illustrálva, figyelmeztet még a lappangó gümőkór gyakoriságára a gyermekkorban, speciell egy oly esete kapcsán, a hol a laryngitis crouposa morbillosa rossz kimenetelének ez volt az oka. Hogy azonban a kanyarós diphtheria mily súlyos viszonyok daczára is meggyógyulhat, ennek illustrálásául magángyakorlatából hoz fel esetet, melyben a kanyaróküteg kitörésével egyidejűleg fellépett volt rostonyás tüdőgyuladás és súlyos elsődleges orr-diphtheria s gyógyulás állott be.

A kanyarós diphtheria aetiologiájával foglalkozva, egy saját esete alapján arra figyelmeztet, hogy ritka esetekben ezen diphtheriák nem bacillaris eredésüek is lehetnek. A kanyarós laryngitis crouposa gyógyitásában is az elvi intubálást gyakorolja, egyetértve e tekintetben teljesen Bókay ugyanilyen állásfoglalásával.

Ezek után a kanyarónak a vörhenynyel való combinatioját ismerteti. Itten a következő három módozat lehetséges: 1. vörheny kanyaró előtt; 2. vörheny kanyaró után; 3. a két küteg egy időben.

A két kütegnek egy időben való fellépését mindössze egy izben észlelte eddig. Ismerteti *Bókay*, *Heubner*, *Sommer*, *Flesch*, *Morrison*, *Hase*, *Rolly* és *Kohn* idevágó észleleteit. Olyan esetet, a hol vörheny követte a kanyarót, kettőt látott, behatóbban ismerteti az egyiket, melynél a vörheny küteg nélkül folyt le, de jellegzetes volt a torok megbetegedése. Vörheny utáni kanyarót kilenczet látott; ezek közül meghalt négy, gyógyult öt. A négy meghalt közül kettőt emel ki különösebben, miknél a halál a kanyaróküteg virágzásának tetőfokán 40·6°, illetőleg 41·0°-nyi temperatura mellett következett be. Hangsúlyozza nyomatékosan, hogy ez a két beteg egyes egyedül a vörhenyt követő kanyarós fertőzés leküzdhetetlen súlyosságának esett áldozatául. Azonban az öt gyógyult esete közül is háromnál a kanyarós fertőzés aggasztóan súlyos alakban folyt le. A vörhenyt követő kanyarós fertőzés ezen máskülönben szerző által eddig sohasem észlelt súlyossága — eltekintve az excessive magasaknak mondható hőfokoktól a prodromalis időszakban — magában a kanyarókütegben nyerte legpraegnánsabb kifejezését; ez a küteg virágzásának tetőfokán vörhenynek imponált; ennek és nem a kanyarónak a javára billentette a mérleget a kórisménél még azon körülmény is, hogy *vörhenyre* jellegzetes diphtheroïd-folyamat orr- és torokban, nem pedig bacillaris természetű diphtheria komplikálta a kórképet. Mindezek alapján a vörhenyt követő kanyaró prognosisát előadó mindenkor kétesnek tartja. Ezen állításának megerősitésére idézi *Hase*-t, *Taylor*-t, *Grancher*-t, *Bessé*-t stb., kik hasonló tapasztalatokról számolnak be.

A kanyarónak rubeolával való combinálását előadó két testvérnél észlelte; *Wolberg*, *Genser*, *Kramsztyk*, *Theodor* és *Claussal* egyetértőleg a rubeola önállósága mellett érvel.

Ezek után a kanyarónak a bárány- és igazi himlővel, a vaccinatioval, szamárhuruttal, meningitis cerebrospinalissal stb. való combinálását röviden tárgyalva, tüzetesen leir egy esetet, melyben a kanyaró két bordának heveny osteomyelitisével combinálódott. Ezen staphylococcus pyogenes aureus okozta osteomyelitis nagy rapiditással genyes mellhártyagyuladásra vezetett óriási mennyiségű geny termelése mellett, de extrapleuralisan is termelt genyet két külső tályog alakjában, melyek közül a mélyebben székelő, a bordaív alatt fekvő mint hatalmas

duzzanat a májat erősen dislokálta befelé és a mellkas alsó részét erősen terpesztette kifelé. Műtét (Haberern dr.) előtt a kórkép két helyen is áttörni készülő empyema necessitatis képét utánozta; a betegség igazi lényege — a bordák osteomyelitise — csak a sikeres műtét után lett nyilvánvalóvá.

A kanyarónak pemphigus acutussal való combinatioját tárgyalva, *Leo*, *Hombler* és *Richter* idevonatkozó tapasztalatait és nézeteit ismerteti. Kiemeli, hogy a kanyaró úgynevezett pemphigoïd alakjával eddig ugyan nem találkozott, de találkozott varicella pemphigoïdeával egy esetben, a melyben a hólyagok mogyorónyi-, diónyi-, de kis almamekkoraságúak is voltak. Richterrel ellentétben mégis concedálja, hogy kivételesen a kanyaró pemphigus acutussal combinálódhatik.

A vörhenyre áttérve egyenként felsorolja azon fertőző bántalmakat, mik a vörhenyhez társulhatnak. Behatóbban azonban csak a a vörhenynek bacillaris diphtheriával való combinatioját tárgyalja; öt idevágó esetet észlelt és ismertet.

Előadásának befejező részében a rosszindulatú — septiform — vörheny therapiájánál a hypodermoklysisek érdekében melegen emel szót; különösen a protraháltabb lefolyású esetekben remél hasznot tőlük.

Bókay János: Practikus szempontból hangsúlyozza azon fontos kérdést, hogy „vegyes fertőzés“ alatt nem akar mást érteni, mint heveny fertőző betegségek combinatioját. A prognosis tételeit illetőleg kételyei vannak, bár oly kiváló gyermekorvos állítja is fel, mint *Heubner*, mert tapasztalatai ellene szólnak.

Mint fertőző osztály vezetője már régóta volt olyan helyzetben, hogy láthatott vegyes fertőzéseket. A kórházi fertőzések csak „*box*“-rendszer útján kerülhetők el, a mint ezt *Grancher* gyönyörű munkája és *Hutinel* tapasztalatai igazolják; a míg ez berendezve nincs, addig kórházi fertőzések nem kerülhetők el. A kórházi infectio minden fajtáját látta szóló és sajnálja, hogy előadó nem említette azt a vegyes infectiot, mely a dermatologusok és gyermekgyógyászok közt oly heves controversiára adott alkalmat: a varicella és variola combinatioját.

A kórházi infectiot illetőleg évről évre javulnak a viszonyok. Korántsem vagyunk ott, a hol a nyolczvanas években Strassburgban voltak; már régen elfelejtettük azon időket, melyek a mult század elején Párisban a Hôpital de enfants maladesban voltak, a mikor a legkülönfélébb fertőző betegségben szenvedő gyermekek egy szobában, egy ágyban feküdtek.

Kanyaró és scarlatina vegyes fertőzést szóló is látott egy fővárosi árvaházból több esetben, mikor először kanyarós és vörhenyesetek jöttek külön-külön, majd vegyes fertőzések.

A tracheotomia idejében a diphtheria-osztályon volt vörhenyinfectio, ez sokszor könnyű, máskor a legmakacsabb alakban folyt le, ezért szóló újból hangsúlyozza, hogy *Heubner* tételét a prognosisra nézve nem fogadhatja el. *Linsbauer* a francziákkal szemben kimutatta, hogy a post-morbillosus diphtheria-infectio prognosisa korántsem oly rossz, mint azt egyesek állítják.

A mi a kanyaró és pertussis tuberculosissal való összefüggését illeti, *Pott* Halléból kimutatja, hogy a kanyaró után mennyire felszaporodik a meningitis basilaris tuberculosa esetek száma.

Deutsch Ernő: Régente a vörhenynek roncsoló toroklobbal való szövődménye különbözeti kórisme szempontjából kevés nehézséget okozott. A gyógysavó therapia elterjedése óta az injectiot gyakran követő seroexanthema scarlatiniforme a differential diagnosist illetőleg a vörhenynyel szemben különösen a kórházi gyakorlatban sok gond okozója. A két kütegfonna elkülönítésére talán a jövőben *Moser* kísérleteinek eredménye lesz értékesíthető. *Moser* azt állítja, hogy a streptococcus scarlatinae vörhenyben megbetegedettek vérsavója által agglutináltatik, mely tünemény természetesen gyógysavó által létrehozott kütegnél hiányzik. Gyakorlati szempontból fontosnak tartja a *Bókay* tanár által is ajánlott boxsystemát, melyet felszóláló mint első irt le hazánkban. Fertőző bántalmaknál nem elegendő a „paravent box“, csupán a „chambre box“ felel meg minden követelménynek.

Berend Miklós felhivja a figyelmet Viory tapasztalatára, ki pertussisban szenvedő csecsemőket vaccinált és azt tapasztalta, hogy a lefolyás igen kedvező és gyors volt. Itt is két fertőzés combinatioja fordul elő. Szóló is alkalmazta egy esetben és az eredmény kedvező volt. Ajánlja a kisérletezést.

Medvei Béla felemlíti, hogy 1891-ben közölte már a Berend által emlitett módot. Nem csinál belőle prioritási kérdést, csak hangsúlyozza, hogy fertőző betegségek más fertőző betegségekre néha gyógyítólag hatnak. Igy három typhusesete erysipelasra gyorsan gyógyult. Azóta észlelt még egy hasonló esetet.

Szontágh Felix köszöni a hozzászólásokat. A vaccinatiot meg lehet próbálni, de nem igen van reá alkalom.

A második országos elmeorvosi értekezlet.

(I. ülés. 1902. október hó 26-dikán d. e.)

(Folyt.)

Lechner Károly: Kész vagyok aláirni a tervezetben tartalmazott értékes elveket. Csak egy pontra szeretnék súlyt helyezni; az t. i. hogy elmegyógy-intézetekbe olyan betegek is felvehetők legyenek, kik azt saját akaratukból kérik, ez még egy kis pótlásra szorul. Vannak ugyanis olyan kórformák, melyekre nézve mi magunk szakértők sem tudunk határozni, ezek a kétes, átmenetes alakok, melyek olyan sürű számban jelentkeznek a gyakorlatban, és melyek nem egyszer intézeti kezelést igényelnének, és ezekkel szemben az intézetek zárva maradnak, ha nem bővíttetnék ki az a jog, hogy alkoholisták, idegbajosok, kedélybajosok, epilepsiások stb. is felvehetők legyenek. Ez szükséges, mert vagyonosok sanatoriumokba mehetnek, de vagyontalanok segítség nélkül maradnak. Sok esetben a kellő időben teljesített intézeti kezelés, recte nevelés az ilyeneket is megmenthetné. Ezért kivánom, hogy ne csak elmebetegek, de idegesek, kedélybetegek, alkoholisták stb. is felvehetők legyenek.

Epstein László: Gyógyult betegek elbocsátásánál a beteg érdekében levőnek tartanám, hogy az igazgatóság hivatalból értesítse a törvényszéket, hogy a gondnokság alól való felmentés iránti eljárás ezen jelentés alapján folyamatba tétessék. Szegény embereknél különösen fontos ez, mert ezek a gondnokság alól való felmentés útját-módját nem ismerik és pénzük sincs reá.

Elnök köszönetet mond előadónak szép és alapos tanulmányáért.

Az elmebetegségek gyógyitásának újabb elvei. Előadta: **Lechner Károly.** Az orvoslás tényeiben a modern elmegyógyászt kiváló mértékben a beteg iránt érzett szeretet vezérli. Háttérbe szorulnak ezért mindazok az eljárások, a melyek annak előtte divatoztak s a melyek nem annyira gyógyitani kivánták a beteget, semmint megvédeni a társadalmat és a beteg környezetét.

A törekvés most kevésbé a fennálló veszedelmes tünetek elmulasztására irányul. Főleg a beteg egyéni érdekét nézzük és a testi meg a lelki diaetára, valamint az elmebajok praphylaxisára, azok megelőzésére helyezzük a súlyt.

A kipróbált és valóban gyógyító értékkel biró orvosszereket ma sem kivánjuk teljesen nélkülözni. De a belső szerek adását a minimumra szállítjuk alá, a külső orvoslási módokat, vizkurákat, villamosságot csak a szükséghez mérten alkalmazzuk és a lehető legnagyobb szabadság nyujtása mellett a divatban volt kényszereket egészen elhagyjuk. Használjuk az organotherapiát és a serumtherapiát is, mihelyest beválik.

A testi diaetát egészséges elhelyezéssel, tisztasággal, friss levegőn való mozgással, jó táplálással és fürdőkkel igyekezünk rendezni. A szeszes italok elmegyógyító intézetekből kell hogy egészen kizárva maradjanak. Még orvosszerként is csak ritkán szerepeljenek, mert az agyvelőre az alkoholnál nagyobb méreg alig van.

Még többet várunk a lelki diaetától. Ennek leghatalmasabb eszközei az ágynyugalom, a czélszerű elhelyezés, a jó ápoló-személyzet, a tartós foglalkoztatás és a lelki élet czéltudatos irányitása. E mellett jó szolgálatot tesznek a megnyugtató meleg fürdők, a nedves lepedőkbe való burkolás, az éber-suggestio és olykor a hypnosis. A czélszerű elhelyezés szempontjából az elmegyógyító intézetek mellett és azokkal kapcsolatban iparos telepeket, gazdasággal foglalkozó koloniákat, ápoló-falvakat tervezünk és az arra való betegeinket ápolócsaládok gondozására bizzuk. Az epilepsiások, az alkoholisták, a bűntevő elmebetegek és az ideg- meg kedélybajosok lehetőleg külön intézetekben helyeztetnek el. Mindezen helyeken gondoskodunk arról, hogy a családjáért aggódó szegény beteg kereseti forrást találjon, a mig internálva van, sőt még akkor is, a mikor már gyógyultan vagy javultan hazatért. Gondoskodunk továbbá, hogy az otthon maradt család kellő támogatást nyerjen azon idő alatt, a mig a családfentartó az intézetben gyógyittatik.

Ezeknél nagyobb sikert igér a helyes prophylaxis. Hiszen az agyvelő betegségeinek létesülhetését kell lehetőleg meggátolnunk. Ez okból küzdjünk az elmebántalmakra való hajlandóság átörökítése ellen. A nevelés útján törekedjünk a lélek erőteljes kifejlesztésére. Különös gondot fordítsunk az ideges, a lelkileg degenerált gyermekek nevelésére. Kellő energiával szálljunk szembe a socialis kórokkal, nevezetesen nyomjuk el a nagyon is lábrakapott alkoholismust, fékezzük meg a syphilis szörnyű terjedését és alkalmas intézkedésekkel enyhítsük a pauperismus okozta rendkivüli károkat. Ezek tudniillik az elmebajok legveszedelmesebb melegágyai. — Elérhetjük pedig mindezt a házasságkötések czélszerű befolyásolásával, a prostitutio és a szegényügy rendezésével, az iszákosság ellen hozandó törvényekkel, specialis iskolák emelésével ideges és öröklés útján lelkileg terhelt növendékek számára, menhelyek és szanatoriumok épitésével az iszákosok, az epilepsiások s az idegbajosok részére, valamint külön elmegyógyító intézetek felállításával a bűntevő elmebetegek elhelyezésére. Segítségünkre lehet ebben még sok más intézmény is, csak vegye igénybe a társadalom ezekben az elmegyógyászok szivesen felajánlott segítségét.

Az elmegyógyászok congressusából kiküldendő állandó bizottságok feladata volna, a külföld példájára, a hazai társadalomban, a jelzett kórok orvoslását czélzó mozgalmat megindítani, a hasonló czélú, már meglevő mozgalmakat támogatni és azokban a mulhatatlanul szükséges befolyást a szakértő elmeorvos számára kivívni és biztositani.

Az elmeorvoslás általános irányelvei és eszközei. Előadta: **Oláh Gusztáv.**

A modern elmeorvoslás törekvéseiben két vezérszempont domborodik ki mind határozottabban.

Az első az elhelyezés kérdésének háttérbe szoritásával az elmegyógyintézetek olyatén szervezése, hogy azok ne legyenek a megromlott esetek költséges internátusai, melyeknek terhét kisebb államok idővel nem fognák megbirni, hanem hogy ott — az orvosi szolgálat folyton előbbre viendő specializálása mellett — a gyógyítható esetek idejekorán jussanak gyógykezelés alá; a második, hogy a gyógyithatlan elemek lehetőleg társadalomképes szinvonalon való tartására legyen azon nagyobb gyógyapparatus megszerkesztve és felszerelve, melyet intézetnek nevezünk.

Az intézeti elhelyezésre szoruló elemek élethossziglani ellátása azon mértékben ró újabb és újabb terheket az államra és tesz újabb

és újabb tébolydákat szükségessé, a mily mértékben jutnak ellentétbe az ellátatlan és szerte kolduló elmebetegek az államrend egyéb részeinek fejlettségével. Ha állami életünk kiépülésével valamennyi ellátatlan elmebeteget elhelyezünk, a mi annak elkerülhetetlen consequentiája, akkor ennek terheit nem leszünk képesek elviselni, ha praeventiv intézkedések nem történnek.

A másik irányelv az elmebetegségeknek idejekorán való orvoslásának lehetővé tétele. Ez mindazon tényezők radicalis kiirtásával mutatkozik elérhetőnek, melyek az enyhébb vagy fejlődő psychosisokat távoltartják a gyógyintézetektől. A mig a tébolydák alkotásánál az elhelyezés kérdése volt előtérben, a mérnöknek orvosi részről adott feladata az volt, hogy a modern hygienikus viszonyok figyelembe vételével és a közbiztonsági szempontok szem előtt tartásával egy meghatározott területen elmebetegek számára mentül több férhely biztosittassék. Igy keletkeztek a block vagy pavillonrendszerben épült tébolydák, tökéletes és modern szellőzési és fütési stb. rendszerrel, de az elmehygiene figyelmen kivül hagyásával.

Igaz, hogy a jelzett irányt sem lehet túlhajtani. Kellenek szellős, világos kórtermek, különösen a fektető kezelésben lévő betegek számára, minden egyes kórteremmel kapcsolatosan néhány kádfürdő stb. De tisztán ilyen kórtermek sorozatából épiteni fel blockban vagy pavillonokban egy elmegyógyintézetet, nem mutat a tervező psychiatricus érzékére. Az ekként szerkesztett tébolydák visszataszitó közösségbe szoritva az össze nem illő betegeket, csunya állapotokat teremtenek, melyeknek talajából burjánzik fel a kényszereszközök alkalmazása, a hypnoticumokkal való visszaélés, az inveterált czellalakok, szóval a társadalomra végleg elveszett elemek ijesztően nagy tömege. Banálissá vált, de nagy igazságot ismétlek, ha azt mondom, hogy a tébolydai jelleg, a zsufoltság egy elmegyógyintézetben annyi, mint egy sebészi vagy szülészi klinikán a sepsis. Ilyen intézetbe a gyógyulás chance-ával biró kórformákat bevinni nem lehet, pedig az elmebeteg-ügynek más feladata nincs, mint a menthetőnek mentése, nem pedig költséges élethossziglani ellátása.

Ezen irányelvek szem előtt tartásával a részletkérdésekben a következő további szempontok merülnek fel.

Lehetőleg nagyobb intézetegységek volnának alkotandók, melyeknek részei ha területileg nem is képeznek egy complexumot, szükséges, hogy a legmesszebbmenő differenciálódást megengedő egységes szervezetet alkossanak egyedül azon fontos orvoslási czélból, hogy a beteg könnyen végigvezethető legyen azon milieukön, melyeket a kórfolyamat egyes mozzanataiban igényel.

Az elme-orvoslástan haladásának és tökéletesedésének egyik fontos tényezője az orvosi munka specializálása. A legtöbb régi rendszerű tébolydában az orvosok sablónszererűen ugyanazon napi munkát végzik. Az agybetegségek maguk és azok segédtudományai: az experimentalis-psychologia, a szövettan, a chemiai vizsgálatok, egyes orvosló eljárások oly terjedelmesek, hogy tökéletes munkát valamennyiben egy ember nem végezhet. Hogy mennyire meg lehet pl. az idiotákkal a socialis minősitést közelíteni és azokat relative társadalomképessé tenni, arról tanuskodnak az eredmények, melyeket az idiotákkal foglalkozó specialistáink felmutatnak. Ezek az idioták tébolydában elhelyezve, az orvosi szolgálat mai szervezete mellett maradtak volna a kik voltak. Ugyanez áll részben a többi idült elmeformákról. Az intézetek vezetőségének feladata a specializálásnak, mely az orvoslás haladásának kulcsa, az intézet keretében érvényt szerezni. Ám ez csak nagy intézetegységekben lehetséges.

Egy további szempont a fizetési osztályok. A nyilvános életet szolgáló közintézetben mellőzni kellene az elmebetegeknek fizetési osztály szerinti szigorú elkülönitését. Az elmeorvoslás kivánalma e tekintetben nem az, hogy minden beteg fényüzően legyen elhelyezve. Ellenkezőleg! A tébolydai luxus gyakran kellemetlenül, szinte kinosan hat, de a legnagyobb mértékben antipsychiatrikus eljárás egy beteget a jobb környezetből, mely után vágyik, melyet megbecsül, kizárni, tőle a jobb élelmezést, melyet az életben megszokott, elvonni, mert más ellátási osztályon van. Egy operálandó lábra ez alárendelt kérdés, de egy orvoslandó elmére ez maga az orvoslás, annak lényege és módja.

(Vége köv.)

PÁLYÁZATOK.

2902/1902. szám.

A nagy-kállói m. kir. állami elmegyógyintézetben a másodorvosi állás megüresedvén, ezen ideiglenes jellegű, 2 évi időtartamra szóló, évi 1200 kor. fizetéssel, I. osztályú élelmezéssel, természetbeni lakás, fütés és világitással dijazott orvosi állásra a nagyméltóságú magy. kir. Belügyminister úrnak f. évi 108,539. számú magas rendelete értelmében pályázatot hirdetek.

Felhivom azon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában körülirt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú m. kir. Belügyminister úrhoz intézett folyamodványukat hozzám **folyó évi november hó 30-dikáig** nyujtsák be.

Nagy-Kálló, 1902. évi november hó 2-dikán.

Borosnyói L. Béla dr., igazgató.

A pesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekkórházában egy 800 kor. évi tiszteletdijjal és teljes ellátással javadalmazott alorvosi és egy, esetleg két egyenként 600 korona évi tiszteletdijjal és teljes ellátással javadalmazott **segédorvosi állás** betöltendő. Azon orvostudorok, a kik ezen állások valamelyikére pályázni kivánnak, felkéretnek, hogy születési bizonyitványnyal, orvostudori oklevéllel és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat **f. hó 15-dikéig** a pesti izr. hitközség titkári hivatalához (VII., Síp-u. 12.) benyujtsák.

Budapest, 1902. évi november hó.

A pesti izr. hitközség elöljársága.

3652/902. sz.

Vulkán község bányaüzemeihez **orvost** keresünk. Előnyben részesül azon egyetemes orvostudor, kinek sebészetből és szülészetből kórházi gyakorlata van. Az orvosnak évi 2400 korona fizetést és szabad tüzelést adunk, a mely illetményeket a „Felső-Zsilvölgyi Kőszénbánya-Társulat“ és a „Salgó-Tarjáni Kőszénbánya-Részvény-Társulat“ folyósitja. A mintegy 3000 lakosú községben jelenleg nincs orvos; Vulkán székhelylyel a körorvosi állás 1000 korona évi illetménynyel már rendszeresittetett s ez a közel jövőben betöltetik s erre az ott már akkorra letelepedett orvos fog minden valószinűség szerint megválasztatni. Ajánlkozások **november 15-dikéig** az alábbi czimre küldendők: Bányaigazgatóság Petrozsény.

Petrozsény, 1902. évi október hó 28-dikán.

Salgó-Tarjáni Kőszénbánya-Részvény-Társulat Petrozsényi Bányaigazgatósága.

2—2

371/1902. kórh. sz.

Győr szab. kir. város közigazgatási bizottságának folyó év április hó 21-dikén kelt 198/902. sz. határozata, illetve ezen határozatot jóváhagyó 46,811/902. VI. számú belügyministeri rendelet alapján a vezetésem alatt álló **győri „Szentháromság“-hoz czimzett alapitványi közkórházban** 1903. évi január hó 1-jétől egy **második segédorvosi állás** rendszeresittetvén, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1000 korona évi fizetés, szabad lakás, fütés, világitás, továbbá a felügyeletet ellátó napokon élelmezés.

Magángyakorlat nincs megengedve. A kinevezési időtartam 3 év, a mely esetleg újabbi 3 évre meghosszabbitható.

Felhivom a pályázni szándékozó nőtlen egyetemes orvostudorokat, hogy gróf Laszberg Rezső, Győrvármegye és Győr szab. kir. város főispánjához intézett és szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám **legkésőbb folyó év deczember hó 1-jéig** nyujtsák be.

Az újonnan kinevezendő segédorvos köteles állását 1903. évi január hó 1-jén elfoglalni.

Győr, 1902. évi október hó 25-dikén.

Szentháromság közkórház igazgatósága Győrött:

Petz Lajos, igazgató-főorvos,
az orsz. közegészségügyi tanács tagja.

2—2

Egyéb üresedésben levő állás.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
nov. 10.	tiszti orv.	Losoncz	400 k.	Wagner Sándor, polgármester
15.	körorvos	Mezőkapus	800 k., 200 k. lakpénz, 200 k. úti átalány	Felföldy Béla főszolgabiró
15.	műorvos	Rézbánya	1600 k. fizetés, lakás	M. kir. bányahivatal
20.	körorvos	Marikó	600 k.	Baross Gábor szolgab., Vágbeszterce
20.	körorvos	Predmér	600 k.	
20.	körorvos	Radosócz	1200 k., 400 k. úti átal.	Frideczky szolgabiró, Holics
21.	közs. orv.	Páty	1200 k.	Geréby Imre főszolgab., Bia

HIRDETÉSEK.

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.** czéghez elküldeni, mire bővebb felvilágositás következik.

UJ-TÁTRAFÜRED * Hidegvízgyógyintézet és Sanatorium.

Tüdőbetegeknek (kezdeti stádium), **idegbajosoknak** (function. zavarok, morb. Basedowi, neurasthenia, álmatlanság stb.), **anyagcserezavaroknál** (diabetes, oxaluria, köszvény stb.), **vérbetegségeknél** (chlorosis, anaemia, leukämia, malaria stb.), **üdülőknek, karlsbadi utókúra** stb.

Gyógyeszközök: **levegő- és fekvőkúra, daetetikus gyógymód (hizlaló és soványító kúra), inhalatio** (lignosulfit, törpefenyőgőz), **hidegvízkúrák, moór- és törpefenyőfürdők, sanatoriumi kezelés.**

— **Mindig nyitva!** —

Dr. Fái Mátyás Miklós
rendelő orvos.

Verlag von Georg Thieme, Leipzig.

Ép megjelent:

Entstehung und Bekämpfung

der

Lungentuberkulose

von

Prof. Dr. **Jacob** und Prof. Dr. **Pannwitz**

a berlini I. gyógytani klinika főorvosa. — a „Deutsches Centralkomité für Lungenheilstätten" vezértitkára.

II. kötet.

(**Bekämpfung** der Lungentuberkulose von Prof. **Pannwitz**).

Ára Mk. 12.50.

A Chinin íztelen ha a „**QUIRINI**"-féle Syrupus eriodyctionis californici-vel eldörzsölik. Rendeljük tehát a chinint csak „**QUIRINI**"-féle szörppel.

Megjelent! **Keleti J. budapesti gyári czég**

(IV., Koronaherczeg-utcza 17)

kiadásában egy új, 1902/3. évre szóló árjegyzék jelent meg.

Ezen, minden tekintetben csinos és czélszerű kiállitású árjegyzék magában foglalja mindazon újdonságokat, melyeket az orvos-sebészi technika a legutóbbi időkig felmutat, úgy a műszerek- és villamgépekben, valamint az orthopädiai készülékek és teljes kórházi berendezési czikkekben.

Az orvos-sebészi újdonságok művészi kivitelű ábrákkal vannak szemlélhetővé téve és a mellett az illető feltalálók magyarázatával ellátva.

A mi a czég által szállított műszerek jóságát és olcsóságát illeti, ez minden tekintetben bátran kiállja a versenyt bármely külföldi czéggel.

Az orvos urak kényelmére a czég készséggel eszközöl szállitásokat **évi számlára**, esetleg **kezdő orvos uraknak teljes berendezést havi, illetve negyedévi részletfizetés ellenében.** Ugyancsak elvállal a czég a legjutányosabb árak mellett minden e szakba vágó **javításokat, nikkelezéseket, működörüléseket stb.**

Azon orvos urak, kik fenti árjegyzéket netán még nem kapták volna meg, szíveskedjenek annak portómentes beküldéséért a czéghez fordulni.

PERTUSSIN **Extract. Thymi saccharat. Taeschner.**

Ártalmatlan, biztosan ható szer

szamárhurut, légcső- és gégehurutok ellen.

Irodalom Németország és Ausztria-Magyarország legelső szaklapjaiban.

Orvosi vélemények:

Prof. Dr. Ernst Fischer, *(Strassburg)*:
A „**Pertussin**" hatása meglepő volt; s ha nem is mondhatom, hogy a hökhurut néhány nap alatt egyszerű katarrhussá vált, de a rohamok oly enyhék, a köpet oly laza lett, hogy a kökhurut ijesztő tünetei, az elkéküles és fuldoklás teljesen elmaradtak

Dr. Model, v. kir. körorvos *(Wiesenburg)*:
„**Pertussin**" használata után felébredéskor úgy éreztem, mintha a friss szabad levegőt szivnám be valamely alpesi csúcson. Ez nálam igen feltünő volt, mert sok évi hörghurut folytán meglehetős tüdötágulásban szenvedek.

Dr. Alfred Müller, *(Neuhausen)*:
Az a véleményem, hogy a „**Pertussin**" az a szer, mely a legrövidebb idö alatt a joggal rettegett hökhurutot veszélytelen és jelentéktelen hörghuruttá változtatja. Ez idö szerint nem ismerek szert, mely hasonló előnynyel rendelkeznék.

Dr. Erich R. von Matzner, *(Bir feld, Steierm.)*:
A három „**Pertussin**"-nal kezelt eset, köztük kettő gyermeknél, a legsúlyosabb alakok közé tartozott és az ön készitménye mindig kitünő hatással volt; az erős köhögési inger néhány óra alatt csökkent és a váladék mennyisége fogyott, a hömérsék alábbszállt

Eladás kizárólag gyógyszertárak útján.

Előállitja a

„Kommandantenapotheke E. Taeschner"

Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Ingyen minták szivesen állanak rendelkezésre.

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

Előpatak fürdőről visszaérkezve, **massage-gyakorlatomat a körúti fürdő hőgyógyító osztályán** folytatom. **Soványító kúrák. Utókezelés baleseteknél. Forrólégkezelés, massage a betegek lakásán is.**

Dr. Kelen József.

MATTONI FÉLE GIESSHÜBLER legtisztább égvényes SAVANYUKÚT

Giesshübl-Sauerbrunn

gyógyhely és vízgyógyintézet

Karlsbad mellett

Ivó- és fürdőkúrák.

Klimatikus és utókúrákra való gyógyhely.

Legjobb diaetetikus és üdítő ital.

HEINRICH MATTONI

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

Budapesti raktár ÉDESKUTY L. czégnél.

„FASOR-SANATORIUM" orvosi laboratoriuma.

Berendezve mindennemű vegyi, górcsői (szövettani) és bakteriologiai vizsgálatok részére. Végzi ép és kóros váladékok, u. m.: vizelet, köpet, bélsár, gyomornedv, hányadék, vér, dajkatej, izzadmányok, továbbá szövetek és daganatok vegyi, górcsői és bakteriologiai vizsgálatát.

„Fasor-Sanatorium" Laboratorium-vezető:

VII., Városligeti-fasor 9. **Dr. PREISACH.**

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

Világhirű

VICHY

FORRÁSOK, a franczia állam tulajdona.

Kezelőség: Paris, 24 Boulevard des Capucines 24.

Ajánlva elsőrangú orvosi tekintélyek által.

Célestins:

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

Grande Grille:

Májkólikáknál és epeköveknél, pangások az alhasi szervekben.

Hôpital:

Mindennemű dyspeptikus bántalmaknál.

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

Raktárak minden ásványvízkereskedésben és gyógyszertárban. Valódiak, ha a tok és czímlapok a forrás nevével ellátva vannak.

Szigorúan arra figyeljünk, hogy a forrás neve megjelölve legyen.

Tudományos melléklet az „Orvosi Hetilap“ 45. számához. 5. SZ. Budapest, 1902. november 9.

GYNAEKOLOGIA

A BUDAPESTI KIR. ORVOSEGYESÜLET GYNAEKOLOGIKUS SZAKOSZTÁLYÁNAK HIVATALOS KÖZLÖNYE.

Szerkesztik: TÓTH ISTVÁN dr. egyetemi magántanár és TEMESVÁRY REZSŐ dr. nőorvos.

TARTALOM: *Palotai Andor:* Tizenhat éven aluli először szülők. 97. l. — *Temesváry:* A római nemzetközi gynaekologiai congressusról. 98. l. — *Steinberger Sarolta:* Az orvosnők története. 99. l. — *Temesváry:* A IV. nemzetközi gynaekologiai congressus tudományos tárgyalásai. 105. l. — *Irodalomszemle:* I. Könyvismertetés. 111. l. — II. Lapszemle. 111. l. — III. Bibliographia. 113. l. — IV. Folyóiratok átnézete. 113. — Congressus. 116. l. — Vegyesek. 116. l.

Közlemény a kir. magy. tudomány-egyetem I. sz. női klinikájáról.

Tizenhat éven aluli először szülők.

Irta: *Palotai Andor* dr.

Az először szülők koruk szerint három csoportra oszthatók: fiatal, középkorú és idős először szülőkre. Ezen csoportba való felosztás úgy keletkezett, hogy mivel egy bizonyos kortól kezdve feltünő volt a primiparák szülési prognosisának rosszabbodása, az ezen koron túl levőket egy külön csoportba sorozták, ezen csoportnak „idős először szülők“ nevet adva. Mivel a felosztás az empyrián alapult, nem csodálható, hogy nemzetiségek és faji különbségek szerint igen változó azon kor, melytől kezdve az idősek közé számítódnak az először szülők. Igy Leopold az alsó határt a 28-dik életévtől számítja; Rumpe,[1] ki ezen határ megállapitását egyes szerzők önkényének mondja és Cohnstein[2] a 30-dik évet veszik fel, ez utóbbi azért, mert ezen kortól kezdve hirtelen megapad a IP. száma. A 30-dik évet határul felvevők közt vannak: Hecker, Winkler, Tenzler, Runge, Steinmann, Kleinwächter, Torggler stb. Ahlfeld a 32-dik, Mangiagalli[3] pedig a 35-dik évtől számitja az idős először szülőket. Ez utóbbi a szüléseknek a kor által feltételezett specifikus charakterét tagadja és a prognosis rosszaságát idős primiparáknál annak tulajdonitja, hogy csupán testi fogyatkozásaik miatt jutottak oly későn a concipiálás *lehetőségéhez* — ezen testi fogyatkozásaikból származván a szülés rossz prognosisa, mely tehát bármely fiatalabb korban is ugyanilyen volna; ezek daczára mégis elismervén az idős IPP. létezését, nagy inconsequentiába esik. Az idős először szülők felső határa természetes, t. i. ott van, hol a nő conceptio képessége megszünik.

Mikor az idős primiparák csoportja igy meg volt alkotva, a többi először szülőket is csoportokba osztották minden különösebb ok nélkül, csak theoretikus osztályozás czéljából, a mit az is bizonyit, hogy a két csoport közti határ egyértelműleg a 20-dik év. Értéke ezen felosztásnak nincs is más, csak theoretikus. Feltünő azonban, hogy a fiatal primiparáknak a szerzők alsó határt is szabtak, holott valamint az idősek felső határa a természet által van megszabva — a fiatalok alsó határának is természetesnek kellene lennie, a nő conceptio képességével adatván meg. Hogy mi inditotta a szerzőket arra, hogy az alsó határt a 16-dik, sőt néhány esetben a 18-dik életévtől számitsák, annak okát csak egy *negyedik csoport* felállítani akarásában találhatjuk meg.

A 16 éven aluli IPP. szüléseiről szóló szülészeti irodalom csak néhány casuistikus közleményből áll. Mivel összegyüjtött nagyobb anyagból való következtetések ily módon hiányoznak, nem csodálható, ha az ezen korban levőknek szüléseiről tiszta kép még nem formálódhatott. Theoriában tényleg egy új csoport szükségessége látszik fenforogni, a mennyiben a 16 éven aluliaknál a testi fejletlenséget tételezvén fel, az ebből származó akadályok folytán beálló rosszabb prognosisú szülések nem lennének egybe vonhatók, a szülésre koruknál fogva praedilectiós 16 éven felüli nők szüléseivel. Csakhogy még ezen esetben sem volna helyén egy új csoport felállitása, hanem a régi, theoretikus beosztást elvetve: fiatal először szülőknek a 16 éven aluliakat kellene elnevezni, középkorúaknak pedig azokat, kiknél semmiféle — a kor által feltételezett — hiány vagy elváltozás fenn nem áll. Mindez azonban tárgytalan, mert a következőkben látni fogjuk, hogy a 16 éven aluli először szülők jó prognosis tekintetében vetekednek az ezen koron felüliekkel és ezért a fiatal először szülők alsó határa a conceptio képességgel van megszabva.

A kir. magy. tud.-egyetem I. számú női klinikáján 17,169 szülés között 25 oly először szülő volt, ki szülésekor 16-dik életévét még be nem töltötte.[1] Azaz eseteink 0·145 %-ban volt dolgunk 16 éven aluli először szülőkkel. Ezen szám az összes szülések között előforduló 8054 IP-nak 0·307 %-át tévén, épenséggel sem mondható kicsinynek. E 25 először szülő közt hét 14 éves és tizennyolcz 15 éves volt úgy, hogy 953·83 szülésre egy 15 éves, és 2452·28 szülésre egy 14 éves először szülő esett.

Szülése idején három 15 éves férjes asszony volt, foglalkozásra nézve pedig 7 volt háztartásbeli, 13 házi cseléd és kettő napszámos. Egyéb anamnestikus adatokból kiemelendő, hogy egy 15 éves „stuprum violentum“-nak volt áldozata (fejlapszám: $^{20}/_{61}$ 1882), és hogy egy 14 éves születése óta volt vak (fejlapszám: $^{183}/_{170}$ 1892). Havi baja két 14 évesnek egyszer sem volt és igy úgy látszik, hogy a legelső megérett pete termékenyittetett meg, a többinek havi baja 1—5 ször jelentkezett és csak egy 15 évesnél volt már egy évig rendesen. Mivel nálunk átlagban is a 14-dik évben szokott jelentkezni a havi baj, az előző adatok a normalisnak megfelelőek.

A terhesség — egy abortus mensium VI. esetét kivéve — mindegyikben typikusan, említésre méltó zavarok nélkül folyott le. Hét esetben vannak pontos adataink a terhesség tartamáról, még pedig vagy a coitus napjának vagy az utolsó havi baj idejének tüzetes bemondásából; az ezekre való emlékezés megbizhatósága hasonlóan fiatal nőknél, a dolog lényegéből következik. Ezen hét esetben a terhesség átlag 292 napig, tehát a közepesnél hosszabb ideig tartott.

A kemény vagy lágy szülőutak közvetlen szülés előtti állapotát vizsgálva, azt találjuk, hogy 25 esetünkből csak kettőben volt dolgunk a rendesnél valamivel szükebb medenczékkel, még pedig következő esetekben: I. E. 15 éves ($^{7}/_{39}$ 1899), Sp. Il.: 23 cm.; Cr. Il.: 25 cm.; *C. e: 18 cm.: C. d: 11 cm.;* Sp. p: 8 cm. és

S. E. 15 éves ($^{613}/_{570}$ 1899) Sp. Il: 26·5 cm.; Cr. Il.: 27 cm.; *C. e: 17 cm.*; *C. d: 10·5 cm.;* Sp. p: 8·5 cm.

Mindkettőnél csak a conjugata megrövidült voltát számithatjuk rendellenesnek és mindkét medenczét az I^{0}-ban szükült egyszerűen lapos medenczék közé sorozzuk. Hogy ezen szükületek a szülésre mily kevés befolyást gyakoroltak, kitünik abból, hogy az első esetben egy 35 cm., a másodikban egy

[1] Rumpe: Die Niederkunft bei alten Erstgebärenden. Archiv für Gyn. Bd. XX. S. 117.

[2] Cohnstein: Zur Kenntniss alter Erstgebärender. Credé's Archiv 1872. Bd. IV.

[3] Mangiagalli: Geburten älterer Erstgebärender. Annali di Ostetr. 1881. V—VIII.

[1] Az I. számú női klinikán a szülőnők csak okmányok alapján (keresztlevél, születési bizonyitvány, házasságlevél, cselédkönyv) vétetnek fel és igy ez adatok feltétlenül hitelesek.

35·5 cm. fejkerületű magzat született és hogy a szülési időtartam az első esetben 9 ó. 20 p., a másodikban 15 ó. 9 p. volt. Eseteinkben tehát 8% szűkült medenczékkel volt dolgunk, a mi körülbelül a rendes arány, a Spitta[1] által megemlített fejletlenség miatti nagyobb számú szűk medenczékről tehát szó sem lehet. A lágy szülőutakra vonatkozólag: eseteink 28%-ában a hüvely „szűk"-nek van jelezve; hogy ez mennyiben bír fontossággal, azt a sérülések tárgyalásánál fogjuk bővebben méltatni.

Térjünk át ezek után a szülések lefolyásának tárgyalására. 25 esetünk folyamán — mint azt fennebb emlitettük — egy abortust észleltünk ($^{886}/_{878}$ 1895), mely ismeretlen ok folytán indulva meg, a terhesség felén túl levő vetélések typusa szerint ment végbe; a többi 24 eset mind fejvégű fekvésben *spontán* folyott le és pedig 16-szor az I-ső, 7-szer a II-dik koponyafekvés, egyszer pedig a II-dik fejtető fekvés mechanismusa szerint. Ezen 24 eset átlagos szülési ideje 10 óra 3 percz (leghosszabb egy 14 éves 19 óra 34 percznyi szülési időtartama $^{188}/_{170}$ 1892). Ezen idő a koponyafekvések átlagos szülési idejéhez viszonyitva — 13 óra 14 percz (Mittheilungen) — annál feltünően rövidebb. A lepényi időszakok leghosszabbja is csak 19 perczig tartott. Ezen jó eredmények a szülő-erőknek ebben a korbani kitünő működéséről tesz tanubizonyságot.

A magzatok kivétel nélkül *mind élve születtek*. Érettségi viszonyaikat vizsgálva azonban feltünik, hogy sok közöttük (28%) a koramagzat. A szülésnek ezen — Spitta[2] által is észlelt — gyakori időelőtti megindulására közelebbi okot nem találtunk, és igy a gyakori koraszülést az anya fiatal korával kellett összefüggésbe hoznunk. Az érett magzatok nagysági viszonyait illetőleg: átlagos hosszuk 50·23 cm., súlyuk 3122 gm. volt, a mit szembe állitva az átlagos nagysági viszonyokkal — 49·84 cm. és 3268 gm. (Mittheilungen) — azt találjuk a mit Staffier[3] is, t. i. hogy ezen magzatok valamivel hosszabbak és kevéssel könnyebbek az átlagosnál. A fejkerületek összehasonlitásakor szintén találunk — habár csekély — eltérést, mert az átlagos 34·36 cm. (Mittheilungen) fejkerülettel szemben, eseteinkben 34·46 cm., tehát valamivel több áll. A 7 koramagzat átlagos hossza 40·51 cm., súlya 2593 gm. lévén 32·33 cm. fejkerülettel, lehet állitani azt, hogy az érettség alsó határától távol nincsenek. Legnagyobb magzata egyébként egy 14 évesnek volt 52·5 cm. hossz — 3825 gm. súly és 36 cm. fejkerülettel ($^{1375}/_{1285}$ 1898). A magzatok nemére nézve Spitta és Staffier a leányok többletét tapasztalták, mig Bidder[1] több fiú születését észlelte. Eseteinkben 15 fiú és 9 leány született, a fiuk tehát úgy aránylanak a leányokhoz mint 166·66 : 100-hoz; ezen arányt a rendes 106 : 100 aránynyal összehasonlitva: 16 éven aluli először szülőknél a fiuk születését mondhatjuk túlnyomónak.

Áttérve ezek után a lágy szülőutaknak szülés alatti sérüléseire, azt találjuk, hogy a hüvelynek fennebb emlitett, eseteink majd $^1/_3$-dában észlelt szűk volta daczára, nem volt dolgunk nagyobb számú gátrepedésekkel. Csak két esetben kellett a gát és hüvely sebét egyesitenünk, mig egyben a sérülés csak a fékre terjedvén ki, az egyesités felesleges volt; az összes többi esetben a magzat áthaladása csak felületes laesiókat okozott. 24 esetben két gátrepedés megfelel 8·33%-nak, a mit, összehasonlitva az összes szülések 14·26% (Mittheilungen) gátrepedéseinek arányszámával, feltünően előnyös eredménynek kell tartanunk. Hogy ezen eredményre a nagyobb számban előforduló koraszülések befolyást nem gyakorolhattak, kiviláglik abból, hogy ezen gátrepedések egyike épen egy 47 cm. hosszú 2490 gm. súlyú 31 cm. fejkerületű koramagzat ($^{61}/_{35}$ 1898) születésekor történt. Fel kell tehát tételeznünk a gát szöveteinek ezen korban való nagyobb rugalmasságát. Ugyanezen eredményre jutott Staffier, mig Spitta és Tanner[2] a fiatal korúakat praedisponáltaknak tartják a gátrepedésekre.

Az anyák gyermekágyának lefolyása négy esetben volt megzavarva hőemelkedések által; még pedig kettőben 38·5° illetve 39° volt az egyszeri hőemelkedés negativ genitalis lelettel, kettőben pedig többszöri hőemelkedések voltak. Ezek közül egyikben a legmagasabb hő a III-dik napon 40·1° volt,

[1] Spitta: Ueber Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, besonders bei jungen Erstgebärenden. Inaug.-Diss. Marburg 1895. (Ref. Centralblatt für Gyn. 1895. p. 1345.)
[2] l. c.
[3] Staffier: Über Geburten junger Erstgebärenden Diss. Halle.

[1] Bidder: Über den Einfluss des Alters der Mutter auf das Geschlecht des Kindes. Zeitschr. für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. 2 Hft. 2.
[2] Tanner: Lancet 1885 November.

A római nemzetközi gynaekologiai congressusról.

A nemzetközi orvosi congressusok mindinkább nagyobb mérveket öltenek, olyannyira, hogy hovatovább még a nagyobb fővárosokra nézve is szinte lehetetlen lesz az ily congressusok sikeres rendezése. S minthogy a tudományos munkálkodás ezen congressusokon is az egyes szakosztályokban megy végbe, kivánatossá lett, hogy az egyes szakmákat müvelők külön nemzetközi congressusokon találkozzanak, hogy igy mintegy maguk között tárgyalják szakmájuk vitás kérdéseit s ismertessék meg egymással szóbeli érintkezés útján is az újabb vivmányokat, mutassák be szemléltető módon az újabb eszközöket, új eljárásokat stb. Hisz a nagy orvosi congressusok tárgyalásainál is a fontosabb szakosztályokban úgyszólván kizárólag szakemberek az előadók és a hallgatók.

A nőorvosok voltak tudtommal az elsők, a kik külön szakcongressusok rendezését határozták el s pedig, mint nemrég a sebészeti nemzetközi congressus eszméje, úgy a mienké is a politikailag neutralis Belgium szakembereiben fogamzott meg. Az első nemzetközi gynaekologiai és szülészeti congressust ugyanis *Brüsszelben* tartották meg 1892-ben 285 résztvevővel s oly szép eredménynyel, hogy e congressusok tartását továbbra is elhatározták. Ezt követte 1896-ban a *genfi* congressus 310 résztvevővel; ez a congressus is szépen sikerült, bár rossz auspiciumok között kezdődött, a mennyiben röviddel a megnyitás előtt a congressus elnöke és lelke, *Vulliet* elhalálozott. A következő congressust már három év mulva 1899-ben tartották meg *Amsterdamban* 230 résztvevővel; ez a congressus sem született szerencsés csillagzat alatt, a mennyiben akkoriban a holland orvosok s különösen nőorvosok, a congressus elnöke *Treub* tanár vezetése alatt szenvedélyes s nem minden személyeskedéstől ment mozgalmat indítottak meg az irányban, hogy az egyetemeiken üresedésbe jövő tanszékekre csakis belföldi, s nem, különösen Németországból importált idegen tudósokat nevezzenek ki, a mely mozgalomnak következménye a röviddel előbb Groningenbe rendes tanárrá kinevezett *Doederlein*-nak visszavonulása lett. Ezen mozgalmat mintegy megtorlandó, különösen *Sänger* initiativájára a német nőorvosok majdnem teljesen távolmaradtak az amsterdami congressustól, a mi ennek sikerét, bár nem tette semmivé, de minden esetre lényegesen csorbitotta.

S már-már úgy látszott, hogy a következő gynaekologiai congressust is hasonló kudarcz fogja érni, a midőn a párisi nemzetközi orvosi congressus alkalmából a németek, s különösen *Martin* annak szinhelyét illetőleg Róma helyett inkább Szt.-Pétervár mellett kardoskodtak. Az e körül folyó tollharcz is mind élesebb lett, míg végre a józanabb elemeknek sikerült a békés elintézés, a mennyiben ezúttal Rómában állapodtak meg s a következő congressus helyéül, a mint azután tényleg határozatba is ment, Szt.-Pétervárt jelölték ki.

Ezen előzetes viszálykodás eredménye azután az lett, hogy az összes olasz kartársak, élükön a rómaiakkal minden ambitiojukat abba helyezték, hogy a római congressus minél fényesebben sikerüljön, s hogy igy a Kassandra-jóslat teljesülésbe ne menjen. S ez tényleg sikerült is nekik, a mennyiben az 1902. szeptember 15—21-ig tartott congressusra jelentkezett tagok száma az alapitókkal együtt felülhaladta az 500-at. Itt akarom mindjárt felemlíteni azt a követésre méltó újitást, hogy a tagok nejei is (mérsékelt díj mellett) részt vehettek legalább a congressusi tagok tiszteletére

genitalis lelet: ulcus puerperale ($^{585}/_{563}$ 1889); a másikban bűzös folyás mellett 38·2°-ig emelkedett a hő a III. és IV-dik napon ($^{183}/_{170}$ 1892). Az előbbi a XV., az utóbbi a XI-dik napon hagyta el klinikánkat; az összes többi gyermekágyasok a IX-dik napon bocsáttattak ki. Ezen négy esetbeni hőemelkedés 16% morbiditasnak és igy klinikánkon általában tapasztalt morbiditasi arányszámnak felel meg, megczáfolván Tenzler[1] és Spitta-nak azon állitását, hogy igen fiatal szülőnők nagy dispositióval birnak a lágy részek puerperalis megbetegedéseire.

Mint már említettük, magzataink mind élve születtek; ezek közül egy 46·1 cm. hosszú kora magzat a harmadik napon „debilitas congenita“ következtében meghalt ($^{1235}/_{1148}$ 1898), a többi mind élve hagyta el klinikánkat.

A sok koramagzatot véve tekintetbe, ezen eredmény feltünően jó és csak úgy magyarázható, hogy a magzatok csak kevés kárt szenvednek a szokatlanul gyorsan lefolyó szülés alatt.

Ezen részletes tárgyalás alapján vonva le consequentiáinkat 16 éven aluli először szülők szüléseiről, következőket állithatjuk:

1. A terhesség lefolyása rendes, abortustól ritkán, koraszülés által gyakrabban szakittatik meg;

2. a szülés igen enyhe lefolyású rövid idei tartama miatt;

3. műtéti beavatkozás szükségességétől tartani nem kell;

4. az anya szülés alatti sérüléseit illetőleg a prognosis igen jó;

5. az anya gyermekágyának lefolyása miben sem különbözik a rendestől;

6. a magzatokra nézve minden irányban a legjobb prognosis állapitható meg.

Mindezek után bebizonyitottnak vehetjük Mauriceau-nak azon állitását, hogy: „Les femmes au dessus de quinze ans accouchent d'autant plus facilement, qu'elles sont jeunes“ — és a 16 éven aluli először szülőket a „fiatal először szülők“ csoportjába tartozóknak tekinthetjük. A fiatal először szülők korának alsó határát megszabó évszám szükségessége tehát elesik, mert azt a természet állapitja meg a nemi érettség beállásával; *azaz a természet akkor, midőn a fogamzás lehetőségét megadja, már arról is gondoskodott, hogy ennek minden következménye lehetőleg akadály nélkül lefolyhasson.*

[1] Tenzler: Winckel's Berichte und Studien Bd. 3 p. 187.

Az orvosnők története.

Lipinska Mélanie dr., „Histoire des Femmes Médecins depuis l'antiquité jusque'à nos jours“ (Paris 1900) cz. munkája után

irta: *Steinberger Sarolta* dr.[1]

(Folytatás.)

Hires bábák.

Az újkor orvosnőinek sorozatát *Halpirné* zárja be. Utána a forradalomnak, s a XIX-ik századnak nagyon complicált időszaka következik. De mielőtt az utolsó korszak ismertetésébe kezdenénk, lássuk azon híres bábák neveit, kik e kort megelőzték, s ezek közül is csak azokét, kik a szülészet egyes kérdéseinek új kiterjedést adtak, s kiknek munkái az általános orvosi tudományhoz tartoznak.

E hírességek legrégibbje *Bourgeois Lujza*, ki Párisban 1563-ban született, 21 éves korában ment férjhez Boursier Martinhoz, a király hadseregében szolgáló sebész-borbélyhoz. 1540-ben Navarrai Henrik párisi pusztitása alkalmával, minden vagyonától megfosztva, kénytelen volt egyedül gondoskodnia megélhetéséről. Ám a kézi munkával megkeresett jövedelem csak nehezen biztosithatta négy gyermeke kenyerét. E szomorú helyzetéből egy bába, ki szüléseinél segédkezett, ragadta őt ki, még pedig oly módon, hogy vállalkozott őt a szülészeti müvészet mysteriumaiba bevezetni. A bábák hivatása nem nagy becsülésben állott ez időtájt, s igy nem sok lelkesedéssel fogadta ez ajánlatot. Eleinte polgári körökben praktizált, majd mikor már jó névre tett szert, s gyakorlata is nagy volt, megszerezte a bába-diplomát. Híre egyre növekedett, elannyira, hogy a legmagasabb körök, sőt még a Louvre kapui is megnyiltak előtte. Vágyainak netovábbját érte el akkor, midőn Medici Mária királyné szüléseit vezethette. Hátrahagyott munkái közül az első és legkiválóbb a következő czimü: „Különböző megfigyelések a sterilitásról, termékenyitésről, szülésről, az asszonyok és újszülöttek betegségeiről.“ E könyv sokáig nagy tekintélynek örvendett, s vademecum-ja lett ez epochában a bábáknak. Sok többi munkái közül orvosi tekintetben még kettő jöhet számba, t. i. a „L'instruction à ma fille“ és az „Observations“ czimüek. Ezek annál is inkább érdekesek, mert belőlük orvosi életét kisérő legtisztább erkölcs világlik ki, finom érzékkel

[1] L. Gynaekologia 2. és 4. sz.

---

rendezett ünnepségeken, banketeken stb. s részesülhettek a tagoknak biztositott kedvezményekben; ennek az intézkedésnek az lett a következménye, hogy körülbelül 80 orvosné jelenléte élénkitette a congressus képét. Ennek nem érdektelen pendantja volt azután, hogy több (franczia) orvosnő viszont a férjét jelentette be s hozta magával ily adnexumként.

Magyarország részvételére különös súlyt helyeztek. E sorok iróját magyarországi titkárrá választották, a mivel első izben biztositottak külön helyet Magyarországnak, a mely az eddigi összes nemzetközi gynaekologiai congressusokon „Ausztria“ vagy „Ausztria-Magyarország“ nevébe volt beleértve s egy közös (osztrák) titkár, valamint közös tiszteletbeli elnökök képviselték a társországokat. A midőn a magyarországi titkárságot elfogadtam, azonnal megkivántam a rendező bizottságtól, hogy hazánknak mindenben külön helyet biztositsanak a nemzetek sorában, a mi azután tényleg meg is történt s csak a megnyitó ülésen követték el azt a lapsust, hogy a congressus tiszteletbeli elnökei közé *Ausztria-Magyarország* részéről Schautát, Chrobakot és Tauffert választották, de a főtitkárnál tett egyszerü felszólamlásomra ezt azonnal helyesbitették, úgy hogy már az olasz lapoknak küldött tudósitásban is Tauffer tanár neve, mint Magyarország részére megválasztott tiszteletbeli elnöké külön szerepelt.

Pestalozza főtitkárnak hozzám intézett felszólitása különben szintén rendkivül hizelgően hangzott. „Magyarország,“ igy irja, „a honnan a modern szülészet legnagyobb jótéteménye jött, nem hiányozhatik a világ minden részéből összesereglő szülészek és nőorvosok találkozójánál.“ „Azok a baráti kötelékek, a melyek Magyarországot mindig Olaszországhoz füzték, reményleni engedik, hogy honfitársai nagy számban fognak bennünket megtisztelni. Legyenek meggyőződve, hogy mi a legnagyobb örömmel várjuk Önöket.“

Sajnos, hogy ennek az azután általam tolmácsolt felszólitásnak nem volt meg a kellő foganatja, mert ámbátor a magyar orvosok elég szép számmal jelentkeztek (24-en, közülök 11-en nejeikkel), s hazánk a tagok névsorában a számszerint legjobban képviselt országok közé tartozott,[1] mégis a tulajdonképeni szakembereink közül csak kevesen vettek részt a congressuson, a minek oka bizonyára egyrészről az volt, hogy a budapesti egyetem egyik szülészeti tanszékének megüresedése az erre pályázókat itthon tartotta, másrészről pedig a congressus ideje már a tanévbe esvén, a tanitással foglalkozó gynaekologusokra nézve a nagy szünidő után való újabb távozás nehézségekbe ütközött.

A magyarországi résztvevők a magyar hatóságok részéről is a kellő figyelemben részesültek; a nagyméltóságú m. kir. kereskedelemügyi ministerium a vasuti kedvezmény iránt benyujtott kérvényemet kedvezően intézte el, úgyszintén a Magyar-Horvát Tengerhajózási Társaság is; a magyar államvasutak igazgatósága pedig az odautazás alkalmából külön vasuti kocsit bocsátott rendelkezésünkre.

Csak sajnálni lehet, hogy a magas kormány nem küldött az olasz király védnöksége alatt állott congressusra, bár erre felkérték, hivatalos képviselőt, a hogyan ezt a többi országok kormányai tették, a mi annál kellemetlenebbül hatott reánk magya-

[1] A római congressus tagjai (a hölgyeken kivül) a nemzetek szerint következőképen csoportosultak: olasz volt 221, franczia 57, német 49, magyar 24, belga 24, román 22, osztrák 20, spanyol 20, északamerikai 20, németalföldi 12, orosz 11, svájczi 9, angol 7, svéd 4, görög 3, argentinai 1, kanadai 1, dán 1, norvég 1. Ezen számokban az alapitó tagoké is benfoglaltatik.

*

s mély gondolatokkal párosulva. Az elsőben tanácsokat osztogat leányának, hogy egyetlen gyógyszerrel se kisérletezzék sem szegényeken, sem pedig gazdagokon. De viszont ne titkolja el az általa ismert jó gyógyszereket az orvosok vagy bábák előtt. Óva inti azoktól, kik abortus megindítására gyógyszereket adnak. Aztán figyelmébe ajánlja, hogy szegénynyel és gazdaggal egyformán bánjék. Másik munkájában, az „Observations"-ban, a terhesség legfontosabb symptomáiról, a normális és pathologiás szülésről szól. Siebold mondja e könyvről, hogy az esetek, melyek itt leirva vannak, még ma is modelljei a szigorú megfigyelésnek. Waldeyer szerint e könyvet mély megfigyelő képesség, szellemesség és csodálatos világosság jellemzik. Chéreau dr. pedig oda nyilatkozik, hogy minden praktikus e nő könyvében, s hogy tanácsai a legérettebb tapasztalatokból indulnak ki. Csupán megfigyelt eseteinek magyarázatai vannak telve a humorális theoriák tévedéseivel. Ám e theoriák, akkor mikor Boursier Lujza könyvét irta, általában el voltak fogadva. Boursierné egyik fejezetben azt állítja, hogy a menstruatio helyettesítve lehet erös epistaxis által. Ugyane fejezetben rászolgál arra, hogy őt nemcsak mint bábát, hanem mint orvosnőt is becsüljük, a mennyiben a chlorosissal foglalkozik, annak a terhességre való káros befolyását tárgyalja, s ellene vas szedését ajánlja. Valamennyi régi szülész közül, Guillemeau-t sem véve ki, Bourgeois Lujza talán egyedül az, ki a legnagyobb pontossággal ismerteti a foetus különböző positióit, s fontosságuk szerint egymás mellé helyezett, több mint 12 helyzetet jelez; utal továbbá a módokra, melyek a foetus kihúzásánál számba jöhetnek. Siebold Boursierné főérdemének azt tartja, hogy harántfekvésnél, valamint az anya életét veszélyeztető vérzésnél feltétlenül lábra fordítást ajánl. És e fordítást a legnagyobb gonddal irja le. Ajánlja továbbá, hogy arczfekvést ne téveszszünk össze farfekvéssel. A far mutatkozásánál minden esetben a magzat extractióját tartja czélszerünek. Többi munkáiban a terhesség anomaliáiról ir, aztán a ritkább eseteket ismerteti, mint gyermekágyi psychosist, macerált magzat jelenlétét egy mumificált, magzat leirását is adja.

Nehány fejezete a bábáknak szóló tanácsokat tartalmazza; ajánlja nekik többek között, hogy burokrepedés előtt lehetőleg keveset vizsgáljanak, nehogy burkot repesztve a szülés megindításával vádolhassák őket. Bourgeois Lujza szükségét bizonyítja annak, hogy a bábáknak a méh anatomiáját ismerniök kellene. Könyvének orvosi része ama bántalmaknak van szentelve, melyek többé-kevésbbé vonatkozásban állanak a szülészettel és gyermekbetegségekkel. Itt egy fejezet a méh relaxatiójával és leszállásával foglalkozik, s megjelöli gyógyításuknak módját. Aztán a méh megbetegedéseit tárgyalja hosszabban. Felemlített esetei közül több arra enged következtetni, hogy őt nemcsak szülési bajokhoz hivták. Az anaemia és chlorosisról szóló czikkében kijelenti, hogy az nem csupán a női nem privilegiuma, és elmeséli, hogyan gyógyított ki két férfit ferrummal e betegségből.

Egy pár anomaliát is ismertet: mint egy nyolcz napos leánycsecsemő 10—12 napig tartó menstruatioját. Majd két 80 éves nőről ir, kik négy hetenként menstruálnak. Aztán egy öt éves leánykát emlit, kinek nagy mennyiségü fluor albusa van. Mme Bourgeois stylusa igazi irónőre vall. Nemcsak nagy számú versei, hanem hasonlatai, képei, mind költői lelket árulnak el. Bourgeois Lujza után csak kevés bába akadt, ki hozzá hasonlítható lett volna. Egész a XVIII-dik század végeig, vagyis inkább a XIX-dik század elejéig kell várnunk, hogy méltó versenytársát találhassuk. Ezek: Mme Lachapelle és Mme Boivin. Ám közben is voltak nők, kiknek érdemes pár szót szentelni.

Igy mindenekelőtt *Siegemund Jusztináról* kell beszélnünk, ki Sziléziában született. 1786-ban közölte könyvét „Die Chur-Brandenburgische Hof-Wehe-Mutter" czímen. Stilusa kissé egyszerü ugyan, s összeállításában nincs meg a szisztémás rend, mégis sok jó és igaz dologgal találkozunk benne. Helyesek ama nézetei, melyekkel a farfekvést előnyösöbbnek itéli a lábfekvés felett, a szülőutaknak a fej számára való jobb előkészítése miatt. Nagy előszeretettel viseltetett a lábrafordítás iránt. És akárcsak a nagy szülész François jobban szerette, ha hibás fekvéshez, mint ha rögzített koponyafekvéshez hivták, hol már csak horoggal segithetett. Az általa ajánlott fordító szalag még ma is beválik, a mennyiben egyes szülészek használják. A fordítás és kihúzás mozzanatait sok gonddal irta le.

Siegemundnak kortársa Francziaországban *Tertre Margit* bába, kinek egy könyvet tulajdonítanak, melyben ő kérdések és feleletek alakjában nagyon praecis indicatiókat állapit meg arra nézve, hogy a bábák hogyan viselkedjenek a különböző szüléseknél. Lábrafordítás mindenütt van ajánlva, s tanácsolja az extractiót egy lábnál is. Siebold dicsérően nyilatkozik e munkáról és azt állítja, hogy idejének igen hasznos könyve lehetett.

Kevéssel később élt *Schraders Katalin*, kutatója a placenta praevia anatomiai karakterének. Hollandiában praktizált. A

---

rokra, mert az osztrák kormány kiküldöttje Schauta tanár igy látszólag „Ausztria-Magyarországot" képviselte.

A congressus alkalmát felhasználták a csak három hónap előtt elhunyt *Porro* Edoardo tisztelői arra, hogy az ennek emlékére *Salsomaggiore*-ben emelt szobrot, a melyet eredetileg még Porro életében óhajtottak felállítani, a congressust megelőző időben leplezzék le. A rendező bizottság mindent elkövetett, hogy a külföld részéről minél több congressusi tag vegyen részt az ez alkalomból szeptember 11. és 12-dikén rendezett ünnepségeken. Hozzánk e végből *La Torre* tanár látogatott el, a kinek fáradozásai azt eredményezték, hogy a magyar congressusi tagok legnagyobb része a salsomaggiorei ünnepségeken részt vett. Az idegenek közül kivülünk még csak a franczia kartársak voltak jelen nagy számban. *Salsomaggiore*, a mely a világ legerősebb jod-bromlithiumforrásaival bir s a melyet mint fürdőhelyet úgyszólván Porro fedezett fel s tette Olaszország legnagyobb fürdőhelyévé (9 hónapig tartó idénye alatt 20,000 fürdővendége van) a két napon a legnagyobb vendégszeretettel és bökezüséggel fogadott bennünket vendégeiül.

Porro bronzmellszobrát a város főterén nagyszámú közönség jelenlétében leplezték le szeptember hó 11-dikén, *Prinetti* külügyminister, mint az olasz kormány képviselője, *Rattazzi* senator s számos olasz és külföldi orvostanár stb. jelenlétében, a kik közt voltak *Mazzoni*, *Marocco*, *Maragliano*, *Raineri*, *La Torre*, *Bertazzoli*, *Curàtulo*, *Rummo*, *Calderini*, *Bordoni-Uffreduzzi* tanárok Olaszországból, *Sinclair* tanár Manchesterből, *Laufty* bey Egyptomból s számos franczia, román és amerikai kartárs. A város ez alkalomból lobogókkal volt gazdagon feldiszitve, a mi, tekintve, hogy az olasz trikolor a mienkkel azonos szinekkel bir (csak a sorrend más) egészen magyar jelleget kölcsönzött az ünneplő városnak. Az ünnepi beszédet *Berenini* tanár és képviselő tartotta, a ki nagy ékesszólással dicsőitette Porro tudományos, socialis és humanitarius érdemeit. A szobor talapzatára mi magyarok is tettünk le egy nagy koszorut a Budapesti kir. Orvos-egyesület gynaekologiai szakosztálya nevében (a melynek különben e sorok irója hivatalos képviselője is volt a congressuson), a melynek magyar és olasz szinü szalagjain e felirat volt: I compatrioti del Semmelweis — alle memoria del Porro. (Semmelweis honfitársai — Porro emlékének).

Az ünnepségek többi programmpontjai voltak: a fürdőintézetek és források megtekintése, a Sanatorium két új pavillonjának felavatása, a melyek egyikét (szegény nőbetegek számára) *Porro* után nevezték el; *Bertazzoli* tanárnak emlékbeszéde Porro felett a zsufolásig megtelt szinházban, a mely alkalommal diszalbumot Salsomaggioreról és Porro arczképét osztogatták; továbbá egy kis congressus, a melyen előkelő olasz orvostanárok méltatták a salsomaggiorei források hasznát a különböző betegségek ellen (*Calderini* tanár Bolognából a női bajok therapiáját ismertette); fényes bál nagy buffetvel a „Grand Hôtel des Thermes"-ben, a melyen *Prinetti* minister is részt vett nejével; diszelőadás a szinházban, a melyen Olaszország legnagyobb művészei működtek közre, mint *Novelli*, *Tamagno*, *Tebro* Ernesta, *Giannini* Olga, *de Roma* Amalia stb.; végül pedig fényes lakoma a congressusi tagok tiszteletére, a melyen körülbelül 400-an vettünk részt. E diszebéden, a melyen a legelőkelőbb közönség volt jelen, elsőnek a polgármester üdvözölte a vendégeket olaszul, majd *Torrigiani* kormánytanácsos francziául, mire *én* a magyarok nevében a következő beszéddel válaszoltam olaszul:

fordítás ismeretes volt előtte legapróbb részleteiben is; kitünő bába volt mindenképen. Számtalanszor mentett meg szülőnöket, kiket más bábák, vagy orvosok elveszettnek jelentettek ki.

Végül még Mme *Leboursier du Coudray*-t kell említenünk, kinek érdeme a szülészeti mütétek tanítása fantomon.

Mint látjuk tehát, főleg a franczia nők tüntek ki a szülészetben. De nem is volt sehol egész Európában a bábák kiképzésére annyi gond fordítva, mint épen Franczíaországban.

XIX. század.

A feminista mozgalom kezdete 1815—1848-ig.

A nők ébredése a nagy forradalom alatt, bármily mulékony is volt az, igen fontos következményeket vont maga után. Közvetlen előnyöket nem hozott ugyan, de mégis neki, az ő kérelmezéseinek, valamint clubjainak köszönhető a nőknek, az emberi nem elismert előjogaihoz való hozzábocsátásának kérdése. A forradalom adta meg az impulsust a haladásra egész Európában. A szabadság, melyet hirdetett, daczára kihágásainak és hullámzásainak, nagy előnyöket hozott. Azok, kik meg akarták védelmezni az 1789-iki mozgalomban megkezdett evolutio munkáját, ugyanakkor kénytelenek voltak azt folytatni is. 1792-ben, mikor Franczíaországban a feminista kérdés élénk vita tárgyát képezte, Wollstonecraft Máriától következő czímmel jelent meg egy könyv Angliában: „Az asszonyi jogok visszakövetelése.“ Szerző e munkában megtámadja Rousseaut, és kéri a társadalmat, hogy férfi és nő, erényeikben és értékükben egyenlőeknek nyilváníttassanak ki, hogy a nők nevelése ne legyen alacsonyabb a férfiakénál, hogy a női nem ugyanazon politikai jogokkal birjon. Wollstonecraft Mária nem privilegiumokat, hanem jogokat kért. Könyve nagy sikert aratott úgy Amerika, mint Angliában; 1794-ben új kiadást ért meg és fordítások jelentek meg róla svéd és német nyelveken. 1840-ben, midön Angliában újból kezdődött a feminista mozgalom, újból nyomták; 3-dik kiadása 1844-ből való. Egyébként e könyv befolyása még napjainkban sincs kimerítve.

A forradalom fontossága csak később mutatkozott. A feminista mozgalom sokáig csak ellenkezésre és protestálásra szorítkozott, de így is folytonos izgalomban tartotta Európát 1815-től kezdve, míg végre 1848-ban a régi világ végleg eltünni látszik a sociális tűzben.

Napoleon a nőkkel szemben ellenséges álláspontra helyezkedett, s midőn 1800-ban a polgári törvénykönyv készítésére általa megnevezett bizottság elhatározta, hogy a szabadság principiumait, a forradalomnak a nőkre vonatkozó törvényeit alkalmazni, Napoleon dühösen válaszolt: „egy dolog van, mi nem franczia, és ez az, hogy a nő azt tehesse, mi neki tetszik“.

1830 felé jönnek azonban a Saint-Simon-féle theoriák. Enfentin, a saint-simoni vallás egyik főnöke, „felhivás a nőkhöz“ czímü munkájában Saint Simon nevében, a férfiak és nők morális, sociális és vallási egyenlőségét jelenti ki. Bazard atya tanításai határozottsággal követelik, hogy a férfi és nő egyugyanazon rangra helyeztessék. A feminista mozgalom egész 1848-ig részét képezte a szabadságharcznak, melynek legkiválóbb emberei a nőkhöz csatlakoztak. Az ő érdekükben híres emberektől több jeles munka lát napvilágot. Többek között Legouvé az orvosnők kérdését is érinti, s oda nyilatkozik, hogy már a szeméremérzet is követeli, hogy nőkhöz orvosnőket hivjanak.

A forradalom egyik hőse Michelet szenvedélyes feminista, bár az ő feminismusa kissé eredeti. Szerinte az asszony gyenge teremtés, s a mi a szelidséget, kedvességet és megadást illeti, mintegy isteni lény, és ezért „a nő nemcsak hogy egyenlő velünk férfiakkal, hanem sok tekintetben még fölöttünk is áll“.

Ez időtájt a nőknek saját clubjuk, egyleteik, újságaik vannak. Ilyen újság: a „Republique des Femmes“ czímü, vagy a „Volcan“, és a „La voix des femmes“, melynek munkatársai tisztán nők.

Az 1851-diki államcsiny után a revolutionárius és feminista mozgalom, közös sorsot értek. Az előharczos, energikus asszonyok egyike Londonba menekült, mások Algirba számüzettek; így Rolland Paulina, kinek később Napoleon Lajos megkegyelmezett, a nélkül azonban, hogy ő ezt kérelmezte volna, vagy barátai érdekében lépéseket tettek volna.

Mégis az 1815-től 1848-ig terjedő időszak hatalmas befolyással volt a feminismus történetére Európában, solid alapokra fektetve azt.

Németországban a legelső feminista egylet Lipcsében alakult 1850-ben. Manapság ennek több mint 3000 tagja és számos ága van vidéken. Ettől származnak Németországban a többi feminista egyletek, melyek a nők sorsa és kiképeztetése javításán fáradoznak.

Tehát a jelen feminista mozgalom általános kibővítéséhez nagyban hozzájárult az 1789-ben megindult forradalmi harcz. De

---

„A magyarok s különösen a Budapesti kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztálya nevében igaz kegyeletünk jelét tettem le Porro Edoardo, a nagy olasz szülész és gynaekologus szobrának talapzatára.

A mikor a római nemzetközi gynaekologiai congressus első meghivóját kaptuk, azt reméltük, hogy alkalmunk lesz Porrot, e nagy olasz szellemet örömteljes és jubiláló gyülekezetben üdvözölhetni és ünnepelhetni, s ime most gyászolni jövünk a gyászolókkal s vigasztalni a szomorú veszteseket; azt reméltük, hogy gratulálhatni fogunk a honfitársaknak e szellemóriás birásához és ime most legmélyebb részvétünknek kell kifejezést adnunk a nagy veszteség felett.

Az olaszok, valamint az ókorban és középkorban mindig a civilisatió élén haladtak, s pedig nemcsak a művészetek terén, hanem a tudományok s ezek közül különösen az orvostudományok terén is, úgy most is újból az első sorokban találhatók ép az orvostudományok legtöbbjében, a pathologiában úgy mint a therapiában, a közsegészségtanban úgy mint a szülészetben! S hogy a dolgok ismét így alakultak, abban bizonyára nagy része van annak a férfiúnak is, a kinek szobrát most lelepleztük.

Mert valamint az emberiség a mi Semmelweisünknek köszönheti azt, hogy annyi meg annyi nő nem fizeti meg életével az anyaságot már a legegyszerűbb lefolyású szülésnél, úgy az emberiség az Önök zseniális Porrojának köszönheti azt, hogy még a legsúlyosabb esetekben sem lehetetlen többé az anyának és magzatjának megmentése.

S mint a mi Semmelweisünket az emberiség egyik legnagyobb jótevőjének nevezték el, úgy az önök Porroja is bizonyos tekintetben megérdemli ezt a jelzőt; Porro, a ki valóban, a míg élt az egész művelt világon ismerve és tisztelve volt, s a kinek neve halála után mindörökre bevésve marad a szülészet történetének lapjain. S hogy ha majdan bármikor meg fognak emlékezni a szülészeti tudomány legnagyobbjairól, akkor Porro Edoardoról sem fognak megfeledkezni sohasem, arról, a ki méltán mondhatta magáról, „non omnis moriar“.

S hogy nekünk magyaroknak most alkalmunk van, ezeknek az érzelmeinknek kifejezést adhatni, hogy alkalmunk van két nappal több időt tölthetni abban a szép országban, a melyben egy órai tartózkodás felemelőbben hat, mint napok és napok sok más országban; hogy alkalmunk van újból megismerkedhetni az olaszok szivességével, vendégszeretetével, liberalis gondolkozásával s hogy alkalmunk van újból bebizonyithatni azt a nagy rokonszenvet, mely az olaszok és magyarok közt nemcsak a multban, hanem a jelenben is van s remélhetőleg a jövőben is mindenha lesz, mindezért fogadja a salsomaggiorei ünnepségek rendező bizottsága, élén *Pavone* lovaggal, és *La Torre* tanár, a kik semmi fáradságtól sem riadtak vissza, hogy a mi idejövetelünket biztositsák, leghálásabb köszönetünket.“

A beszédemmel keltett hatást leirni szerénytelenség volna. Csak azt akarom felemlíteni, hogy az utánam felszólaltak ezután majdnem mindannyian kivétel nélkül velünk foglalkoztak. Igy *Bertazzoli* tanár Semmelweis érdemeit méltatta a tudomány és az emberiség körül; *Maragliano* tanár a magyarok és olaszok barátságát hangoztatta, a mely azelőtt a csatatéren nyilvánult, most pedig a tudományok mezején való együttmüködésben nyer kifejezést; *La Torre* tanár (Róma) a „szép magyar nőket“ éltette stb. A leglelkesebb hangulat uralkodott ezután s az olaszok nem győztek bennünket eléggé biztositani rokonszenvükről és szeretetükről, a minek még másnapi elutazásunk alkalmával is számtalan tanujelét adták.

Salsomaggioreból a magyar „karaván“, a hogy az olasz vasutasok az együtt utazó nagyobb társaságokat nevezik, a világ legrégibb egyetemével biró *Bolognán* és a természeti szépségekben és mükincsekben bővelkedő *Firenzén* át *Rómába* utazott, a hol szeptember 15-én, röviddel a congressus megnyitása előtt érkeztünk meg.

A megnyitó ülést, valamint az összes congressusi üléseket Róma „szent helyén“, a capitoliumon (campidoglio) s pedig ennek egyik főépülete termeiben tartották meg.

A megnyitó ülésnek aránylag egyszerü képét a képzelhető legdiszesebb keretbe foglalták. A capitoliumi tér házait dúsan

szerepelt itt még más ok is, nevezetesen a gazdasági tényező. A nők politikai mozgalma sohasem ért volna el akkora intensitást, ha ugyanakkor nem lépett volna a nő a munka küzdőterére. Nagyon csalatkoznánk, ha azt hinnők, hogy a munkásnő csak a XIX-ik században jelenik meg.

Az a tényező pedig, mely leginkább vált előnyére a feminismusnak, a kiképzés.

Láttuk, hogy a XVII. században mennyire el volt hanyagolva a nők nevelése, daczára annak, hogy Daniel Foë, Robinson Crusoë szerzője, már akkor hangsúlyozta egyik munkájában a nők oktatásának fontosságát. Utána Astell Mária sürgeti egy röpiratban ezen állapotok javítását. E kérdést tárgyalják még munkáikban Gournay kisasszony, ki a férfi és nő szellemi egyenlőségét hirdeti és nemének érdemei, ügyessége említésénél a régi görög-római philosophusok támogatására hivatkozik.

Később a hollandiai Schurman Mária Anna bizonyítgatja, hogy az intelligentiának neme nincsen, hogy az asszony ugyanazon tevékenységre képes mint a férfi.

A XVIII-dik században, mint már előbb láttuk a nők intellectuális niveauja felemelkedett egy bizonyos fokig, még pedig főleg az úri körökben.

Lengyelország volt az első, a mely a fiatal leányok nevelését reformálta. Francziaországban a revolutio nem igen foglalkozott a nők nevelésével. Itt a forradalom után Mme Campan kezdte meg a női nevelés első kiterjesztését.

A franczia, német és lengyel nők orvosi tanulmányai a XIX. század első felében.

A forradalom mozgalmas ideje után, valamint a XIX-dik század első felében az orvosnők kérdése csak ritkán fordult elő. Mindazonáltal akadtak nők Franczia-, Német- és Lengyelországban, kik tehetségük szerint hozzájárultak az orvosi tudomány kiszélesítéséhez. Ilyen nő mindjárt Mme *Lachapelle Lujza Mária*. E nő Párisban 1769-ben orvosszülőktől származott, a mennyiben atyja egészségügyi tiszt, anyja pedig kitünő érdemü bába volt, ki a „Hôtel Dieu“ szülészeti osztályának állott az élén. Lujza Máriát anyja látta el kitünő tanácsokkal és példákkal, úgy hogy ő már tizenötéves korában abban a szerencsés helyzetben volt, hogy egy nehéz szülésnél anyát és gyermeket menthetett meg. 1792-ben ment férjhez Lachapelle sebészhez, de azért továbbra is segédkezett anyjának a „Hôtel Dieu“-ben, sokszor helyettesítve őt előadásain és gyakorlatában; 1795-ben férje halála után hivatalos bábának lett megválasztva. Ugyanekkor a hatóság odatörekedett, hogy a szülőnők számára külön intézetet létesítsen, mely egyszersmind a bábanövendékek tanítására is szolgáljon. Kórházat építettek tehát, mely nagyrészt Lachapellené tanácsai szerint készült. Ez intézetben Mme Lachapelle vezette az oktatás practikus részét, míg theoretikus részével Baudelocque-ot bizták meg. Itt dirigálta és oktatta tanítványait egész haláláig. A tudomány korán, 52 éves korában, 1821-ben veszítette el őt. Halála általános sajnálkozást vont maga után. Fényes temetést rendeztek neki, melyen a legelső orvosok, tanítványai és több kitünőség vett részt. Hárman bucsúztatták el. 20 éven át nagyszámú bábát képezett ki, s több mint 50,000 szülésnél vett részt, nem számítva a privátim vezetett szüléseit. Hosszú tapasztalata képessé tette a leghíresebb theoretikus professorokkal való vitatkozásra és ő különösen azon ügyessége által tünt ki, hogy az operatiókat el tudta kerülni. „Én úgy tapasztaltam, mondá, hogy a természet a legnagyobb tudomány, és ezért csak a legvégső esetben használtam fogót, vagy eszközöket.“ Mindez azonban nem gátolta őt abban, hogy, nagy kézügyességgel megáldva és nagy lélekjelenléttel birva kitünő operateur ne legyen. Baudelocque, e jó itélő, bámulta, mily könnyedséggel hárítja el gyöngéd keze, esze által vezetve, a legnagyobb akadályokat és ezért mindenkor, még a legnehezebb esetekben is rábizta a szülés vezetését. Igen szerette őt operálni látni s nem mulasztotta el soha, neki ezért tapsolni. Hosszas gyakorlatának gyümölcseit két igen nagybecsü munkában örökítette meg.

1819-ben a kórházak orvosi és sebészi évkönyvében közölte megfigyeléseit a különböző szülészeti esetekben, mint például vaginaruptura, arczfekvés, köldökzsinórelőesés, szülés előrement görcsökkel stb. Két évvel később adta ki legkiválóbb munkáját a következő czímmel: „Szülészet gyakorlása, memoirok és válogatott megfigyelések a művészet legfontosabb pontjait illetőleg.“ Ő nagy gonddal jegyezte fel az intézetében előforduló eseteket és nagyszámú megfigyeléseire támaszkodva vonja le következtetéseit. Hosszan beszél a fogóról, annak alkalmazásáról, a fordításról és nagy precisitással tárgyalja az operatiók legkülönbözőbb változatait. Megfigyeléseinek mindegyikét theoretikus és practikus reflexiók követik; ez bizonyos módja a klinikai oktatásnak. Állítja, hogy a farfekvések nem oly veszedelmesek,

---

feldíszitették lobogókkal és szőnyegekkel, s úgy itt, mint a congressus helyéül szolgáló Palazzo dei Conservatori előcsarnokában és lépcsőházában a királyi testőrség és várparancsnokság katonái díszes egyenruháikban és kivont karddal állottak sorfalat; a terem maga, a melynek falai mentén a capitoleum világhirű szobrai állottak, oly látványt nyujtott, a milyen csakis Rómában lehetséges, s a milyennél szebb alig képzelhető. 700-nál többen, olasz és idegen gynaekologusok és orvosok, valamint Róma legelőkelőbb egyéniségei, s számos hölgy a nagy termet zsufolásig megtöltötte. A congressus védnöke, az olasz király ugyan nem jött el maga, de nevében *Nasi* közoktatásügyi miniszter gyönyörü beszédben üdvözölte a congressus tagjait, s megemlékezett egyúttal az orvostudományi *Porro* és *Virchow* elhunytával ért nagy veszteségekről s örömének adott kifejezést a fölött, hogy nemrég oly törvényjavaslatot fogadott el az olasz parlament, a mely hivatva van a nők védelméről a legmodernebb s leghumanusabb módon gondoskodni. „Üdvözlöm Önöket“, igy fejezte be beszédét „a kiknek munkálkodása a családi boldogság megalapitását, egy egészséges, az élet tusáit edzetten megvívó nemzedék teremtését tekinti végczéljának. Elhihetik, hogy nálamnál jobban senki sem tisztelheti, becsülheti, bámulhatja Önöket s senkisem kivánhat Önöknek melegebben dicsőséget a munkálkodásukhoz.“

A város nevében a Rómától távollevő s csak a congressus záró ünnepélyén résztvett *Colonna* herczeg főpolgármester helyett *Palomba* polgármester üdvözölte a congressust. Majd *Pasquali* tanár tette ugyanezt a végrehajtó bizottság nevében. Azután *Pestalozza* tanár főtitkár a congressus előzményeit adta elő röviden, megemlékezve egyúttal az utolsó congressus óta elhalt nagy gynaekologusokról, köztük *Kézmárszky*-ról, „a kinek elhunyta nemcsak Magyarországot érintette fájdalmasan.“ *Baccelli* miniszter üdvözlő sürgönyének felolvasása után a különböző nemzetek képviselői közül a következők üdvözölték a congressust: *Schauta* (Ausztria), *Henrotay* (Belgium), *Pinard* (Francziaország), *Hofmeier* (Németország), *Veit* (Hollandia), *Balanos* (Görögország), *Rein* (Oroszország), *Jonnesco* (Románia), *Castillo de Pineyro* (Spanyolország), *Simpson* (Nagybritannia) és *Engelmann* (Északamerikai Egyesült Államok).

Tiszteletbeli elnökökké választattak; *Pinard*, *Pozzi*, *Doléris*, *Budin* és *Léfour* Francziaország, *Chrobak* és *Schauta* Ausztria, *Tauffer* Magyarország, *Gutierrez*, *Fernandez* és *Fargas* Spanyolország, *Treub*, *Veit* és *Kouwer* Hollandia, *Draghiescu* és *Jonnesco* Románia, *Leopold*, *Zweifel*, *Hofmeier*, *Martin* és *Fehling* Németország, *Rein* és *Ott* Oroszország, *Jacobs* Belgium, *Consolas* Görögország, *Simpson*, *Macnaughton Jones*, *Horrocks*, *Purefoy* és *Sinclair* Nagybritannia, *Mann*, *Engelmann*, *Kelly*, *Jewett*, *Barton Cook Hirst*, *Cullen* és *Wakefield* Amerika, *Alin* Svédország, *Brandt* Norvégia, *Brennan* Canada, *Reverdin* és *Müller* Svájcz részére.

Végül *Mangiagalli* tanár zárta be a díszülést magas szárnyalású beszéddel, a melyben megémlékezvén a régi olasz tudós nagyságokról, mint *Galilei*, *Torricelli*, *Galvani*, *Volta*, a szülészet terén *Celsus*, *Soranus*, *Galenus* majd *Scipione Mercurio* és *Asdrubali*, s újabban *Porro*, büszkeséggel említi, hogy Olaszország ma sem szenved ilyenek hijában, mint ezt *Bizzozero*, *Grassi*, *Golgi*, *Ferraris*, *Marconi* nevei mutatják s sikerdús müködést kiván a congressusnak munkálkodásában, a mely „a szellem, felvilágositás, szeretet és a jóság munkája.“

A congressus tudományos munkálkodását, a melynek ered-

mint ezelőtt hitték és bizonyítja, hogy legtöbbje a természet ereje által fejeztetik be. Medenczevégű fekvéseknél teljesen elveti a fogó alkalmazását, mit Levret ajánlott, mert a hasüri szervek laesiójától tart. Lachapellené nagyon helyesen állítja fel a lábrafordítás indicatióját (elveti a fejrefordítást teljesen) és tanácsai, melyeket e téren osztogat, bizonyítják, hogy mester volt azok kivitelében. Ugyszintén kitünő útmutatásokat ad a méhszájban lévő placenta diagnostizálására. Figyelmeztet, hogy ez esetekben, csak ritkán éri meg a terhesség végét a nő, s mindent a tamponálástól vár. Továbbá óva int a fordítástól, vagy fogó alkalmazásától, ha a méhszáj nincs eléggé kitágulva és ajánlja, hogy fordítás után, ha a far megszületett a szeméremrésben, ne siessünk az extractioval. Eklampsia esetén venesectiót csinál s hideg borogatást tesz a szülőnő fejére. Nem híve a császármetszésnek, mit véres és szomorú operationak tart. Könyve általában nagy befolyást gyakorolt. Siebold igen elismerően nyilatkozik róla.

E hires nő mellé kell soroznunk Mme *Boivin*-t is, ki 1773-ban született Montreuilben. 1797-ben özvegyen maradt kis leányával és ezért a Maternité-be lépett be, hol mint bábatanuló jó barátságban állott Lachapellenével. Diplomáját 1800-ban kapta meg, mikor is Versaillesban telepedett le. Majd leánya halála után visszament a Maternité-be, hol 11 éven át mint főápolónő működött. Közkedveltsége és eredményei azonban ellenséges viszonyba hozták Lachapellenével. Minek következtében a főápolónői tisztséget megvonták tőle. Nehány évig azután a Poissy-kórházat vezette; később pedig igen rossz fizetés mellett egy kórházban a szülészeti osztály főnöknője volt. 1841-ben halt meg. A sok viszontagság, melyen keresztül ment, nem gátolta abban, hogy teljesen a tudománynak éljen. S a mellett, hogy oly nagy tudós, s annyira elfoglalt volt, mégis értett a társalgáshoz, mulatáshoz és szellemes csevegéshez. 1812-ben közölt egy könyvet „Szülészeti müvészet memoriálja" czímen. Két kiadást ért meg e munka; olasz s német nyelvekre is lefordították. 1818-ban a párisi orvosi társulat ama kérdésére, hogy melyek az okai, milyen a természete és kezelési módja a terhesség, szülés előtt és után fellépő méhvérzésnek, Mme Boivin volt az, ki kellően megfelelt. Ezt ugyan nem a saját neve alatt tette és a társulat nem sejtve, hogy nőt tüntet ki, ezüst-érmet szavazott a munka érdemes szerzőjének. Ez az elismerés további munkásságra buzdította Mme Boivin-t.

1827-ben jelent meg tőle: „Új tapasztalatok a hólyagos molának, graviditas hydatidosának eredete, természete és kezeléséről". Igen jártas volt az orvosi literaturában, ismerte a latin, angol, olasz, franczia egykorú szerzők müveit, sőt a XVI., XVII. és XVIII. századbelieket is.

Ez időben a marburgi egyetem méltányolva tudományos érdemeit, megadta neki „honoris causa" a doktori czímet. Egy külön memoirban ismerteti az abortusok által okozott halált, mit az uterus adnex megbetegedéseiből származtat, oly módon, hogy e bántalom sokáig következmények nélkül maradván, a terhesség alatt vesz hatalmas és szomorú kiterjedést. Nagy érdeme Mme Boivin-nak, hogy erre nézve felhivta a practikus orvosok figyelmét. Mme Boivin igen gazdag ismeretekre tett szert a gynaekologia terén. Igazi orvosa volt az újkornak. Bourdon Izidor, egyik kortársa párhuzamot vont közte és Lachapellené között és azt mondja: míg ez utóbbi nagyobb kézügyességgel és lélekjelenléttel birt, addig Boivinné jobb orvos, előbbrelátóbb és lelkiismeretesebb volt az okok keresésében, s alaposabb, szellemesebb volt.

E két híres nő mellett, csak elmosódó annak a három orvosnőnek szerepe, kik a német szülészetben tüntek ki. Mégis szentelnünk kell nekik pár sort. Az első *Siebold Josephina Regina*, darmstadti születésü, ki Würzburgban szerezte meg ismereteit a physiologiából, szülészet- és gyermekbetegségekből. 1819-ben a giesseni egyetem doktori czímet adományozott neki a szülészetből. Leánya *Siebold Mária Sarolta* szintén nyert doktori oklevelet a szülészetből Giessenben. Dissertatiója a méhenkivüli terhességről, főleg pedig a hasüri graviditásról szól, s igen sok ismeretet árul el.

1847-ben született *Frei Teréz*, ki szintén nyert doktori czímet és Darmstadtban gyakorolt.

Befejezzük e sorozatot a lengyel *Colomb Mária* életrajzával. E nőnek köszönhető a hydrotherapia bevezetése az orvosi tudományba. Colomb Mária 1808-ban született Varsóban. Fiatal korában sokat betegeskedett, elannyira, hogy orvosai, baján nem tudva segíteni, halált jósoltak neki. Utolsó kisérletképen utazott Graefenbergbe a híres Priessnitzhez a hydrotherapia megkisértése végett. Itt egy év alatt betegsége sokat javult, s három év mulva teljesen kigyógyult. Ez eredmény Priessnitz munkájának folytatására indította öt és azért hat évig maradt még Graefenbergben, hol utóbb mint Priessnitz segéde, saját felelősségére kezelhetett betegeket.

1850-ben Görbersdorfban hydrotherapiai intézetet nyitott

---

ményeiről más helyen számolok be, még ugyanaz nap délután ugyanott kezdte meg s azután szeptember 16., 17., 18. és 20-án folytatta. Az előkészítő bizottság négy tárgyat tüzött ki megvitatásra, nevezetesen a mesterséges koraszülés megindításának orvosi javalatait; a puerperalis láz sebészi kezelését; a női nemi szervek tuberculosisát és a méhrák sebészeti kezelését. Mindegyik tárgyhoz a legelőkelőbb szakembereket kértek fel referensekül, s pedig követésre méltó szerénységből csakis külföldieket. Az olasz gynaekologusok csak a vitában és külön tárgyú előadásokkal vettek részt, s pedig igen tevékenyen a congressus munkálkodásában. A tárgyalás különösen franczia, olasz és német nyelven folyt, de ezeken kivül az angol és a spanyol nyelv is „congressusképes" volt. Az üléseken való elnöklésben a végrehajtó bizottság elnökein: *Pasquali*, *Mangiagalli* és *Morisani* olasz tanárokon kivül osztozkodtak: *Treub*, *Johnstone*, *Schauta*, *Zweifel*, *Leopold*, *Pozzi*, *Pinard*, *Rein*, *Jacobs*, *Engelmann* s mások. Egyik (délutáni) ülés a vetített képekkel járó előadások számára volt fentartva; ezt *Celli* közegészségtani intézetében tartották meg. Az első három napon majdnem kizárólag a megvitatásra kitüzött tárgyat referáló s az azokkal összefüggő előadások tartattak meg; míg az utolsó nap a különböző tárgyú előadások számára volt fentartva.

Szeptember 18 án *Wertheim* és 19-én *Mackenrodt* végeztek az ülést megelőzőleg egy-egy radikalis méhrákmütétet saját eljárásuk bemutatására az Ospedale di Consolazione nőbetegosztályának egy-egy betegén.

A congressusi tagok és hozzátartozóik tiszteletére a következő ünnepélyeket rendezték:

A megnyitás napján este *Róma* hatóságai fogadták a congressust a capitolium másik palotájának (Palazzo dei Curatori) fényesen kivilágított termeiben, a hol a vendégeknek alkalmuk volt a világ legszebb szobraiban, köztük a hires capitoleumi Venusz remekében gyönyörködni. A Michel Angelo építette lépcsőház előcsarnokában, a háttérben a monumentalis Tiberis-szoborral, gazdagon megrakott buffet volt felállítva. Az ünnepiesen kivilágított téren pedig a fogadás egész tartama alatt a városi zenekar működött s játszotta többek között a különféle nemzeti himnusokat, a melyek sorában azonban a mienket sajnos hiába kerestük; ez, úgy tapasztaltuk különben is, a külföldön egészen ismeretlen, még a legsötétebb afrikai nótáknál is ismeretlenebb valami.

A második estén a *sajtó* vendégei voltunk a Piazza Colonnán lévő Wedekind-féle palotában, a hol a római hirlapiró-egyesület elegáns helyiségei vannak. Frissítők és térzene körülbelül éjfélig tartották együtt a nemzetközi társaságot.

Egy estét a Monte Pincion rendezett sétahangverseny töltött be; az utolsón pedig az ünnepiesen kivilágított Colosseumban rendezett hangverseny szórakoztatta a congressistákat.

A congressus tartama alatt az elnökök estebédeket rendeztek az előkelőbb congressusi tagok, valamint az elnökök és titkárok tiszteletére, a melyekre természetesen a hölgyek is hivatalosak voltak. De ezen fényes estélyek nem voltak képesek kárpótolni azért a mulasztásért, a melyet állítólag helyszüke miatt volt kénytelen a rendező bizottság elkövetni azzal, hogy a congressus egész tartama alatt nem volt közös lakoma, a melyen az összes congressusi tagok résztvehettek volna.

A congressus hatodik napja (szeptember 19.) kirándulásnak volt fentartva a történeti nevezetességü *Tivoliba*; külön vonatok

**

és könyvet irt Priessnitz Vinczéről és ennek graefenbergi vízkúrájáról. Colomb kisasszony szabad idejét a hydrotherapiáról szóló tudományos ismereteinek bővítésére használta. Ez időből való „A vízgyógykúra jogosultsága tudományos szempontból“ czímü brochureje, melyben tapasztalatai alapján bizonyítja, hogy a hydrotherapia jogosan szerepel a gyógyító eljárások között. A röpiratot különbözőképen fogadták; a közönségesebbek elnyomni akarták, míg nagy tudósok bámulták. Müller, századának legnagyobb physiologusa, Colomb Máriához intézett levelében elismeri, hogy a hydrotherapia kielégíti az igényeket, s kijelenti, hogy neki, Colomb Máriának, köszönhető annak tudományos niveaura való emelése. Tehát a hydrotherapia tudományos időszakát Colomb Mária nyitotta meg. E nő, bár igaz érdemeket szerzett a therapia terén, mégis feledve van.

Mielőtt végleg odahagynók e nők sorozatát, ide kell még illesztenünk gróf *Zay Mária* született *Calisch* grófnő nevét, kinek bár rövid a szereplése, mégis érdemesnek tartjuk vele foglalkozni. Zay Mária már zsenge ifjúságában lelkesedett a históriáért és orvosi tudományért, mely utóbbi nem csupán therapeutikus, hanem practikus szempontokból is érdekelte és a szenvedő emberiség iránt érzett részvéte buzdította őt törekvéseiben. Anyjával együtt készítette az orvosságokat, melyekért messziről sereglettek hozzája Magyarország közepébe a betegek. Mária még férjhezmenetele után is megőrizte a gyógyítás iránti hajlamot, s tapasztalatokban egyre gazdagodva, több mint száz betegnek adta vissza egészségét. 1820 körül a magnetismus problemáit tanulmányozta; 1830-ban férjével együtt Magyarországon Ugróczba költözött, hol kertészettel és orvosi botanikával foglalkozott.

Nők a harcztéren.

Ha napjainkban megemlékezünk azon ápolásról, melyet a forradalom és a XIX. század női nyujtottak a betegeknek, ékesenszóló argumentum ez azon nők mellett, kik az orvosi hivatáshoz való hozzábocsáttatásukért folyamodtak. Igy pl. *Nightingale* kisasszony még a sebesült- és betegápolás javításán is fáradozott, miért neve már régóta az orvosi reformatorok között szerepel.

A XVIII. század utolsó éveiben és a XIX. század elején sok apácza szentelte életét sebesültek kezelésének és el kell ismernünk, hogy ők mindenkor hivatásuk magaslatán állottak. A legkiválóbbak egyike *Biget* testvér. A revolutio alatt zárdájából kiüzetve, Besançonban gyakorolt könyörületességet és ápolta a háború foglyait. 1814-ben 66 éves korában Napoleon hadseregével járta be a csatamezőket, egyformán gondozva barátot, ellenséget. Nagy népszerüségre tett szert és a becsületrend lovagja lett. Porosz- és Spanyolország királyai, valamint Ausztria és Oroszország császárjai érdemrendeket küldtek neki. Tetemes összegekkel jutalmozták el, mit ő azonban a szerencsétlenek támogatására fordított, míg maga szegényen halt meg 76 éves korában.

Egy másik apácza, *Massin Klára Johanna*, kinek élete a katonai és szent hit hőskölteménye, sok orvosi tudással biró és nagy megadással élő testvér. 1814-ben hét hónapon át vont meg magától álmot, pihenést, csak hogy számos sebesültjét kezelhesse a compiègnei Hôtel Dieuben.

Ugyanez időben a laikus asszonyok között is akadtak odaadók és könyörületesek. Ilyen *Favoret Margit*, Meyer özvegye, kit a humanismus iránti égő szeretete Belfort város szerencsétleneinek mentő angyalává tett. Vagy *Faber Henriette*, ki szintén a sebesülteknek élt. Ő Lausanneban született, s férje halála után férfiruhát öltve, Faber Henrik néven vizsgát tett a katonai sebészetből és mint sebész a nagy hadseregben müködött egész a spanyol háború kitöréseig, mikor is elfogták. Mint hivatalos spanyol orvos 1818-ban Cuba szigetére utazott. Egy szép napon azonban, mikor kiderült, hogy ő nő, csalás miatt pert indítottak ellene és 10 évi börtönre és számüzésre itélték. 1825-ben Floridába transportálták, hol ismét mint sebész müködött. E példából eléggé kitünik, mennyire igaztalan volt a nők sebészi gyakorlatát ellenezni. Egy nő letehette vizsgáit, gyakorolhatta hivatását eredményesen, de ezért kénytelen volt nemét eltagadni és magát az elitélés veszélyeinek kitenni.

Németországban szintén akadtak kegyes szívü asszonyok. Igy *Klahr Franciska*. Ő ápolta az austerlitzi csata sebesültjeit, miért is II. Ferencz császár 1806-ban arany éremmel tüntette őt ki.

Königsbergben ugyanilyen módon tünt ki Lujza királyné.

Németországban női egyletek alakultak a sebesültek segitségére, mint 1813-ban a „Frauenverein zum Wohle des Vaterlandes“, 1814-ben pedig a „Frauenverein für die im Felde Erkrankten“, és még mások.

1830-ban, mikor Lengyel- és Oroszország között ütött ki a háború, a lengyel nők tüntették ki magukat. *Hoffmann Clementina* alapitotta Varsóban a lengyel nők híres egyletét, mely kiszámít-

---

vitték a congressusi tagokat kora reggel az Acque Albule nevü kénesfürdőbe, a hol reggeli, majd a Villa Adriana-ba, a hol déjeuner várt bennünket és magába Tivoliba, a hol a város hatósága fogadott minket nagy ünnepélyességgel és szivességgel. Körülbelül 500-an vettünk részt e kiránduláson s vittük magunkkal egy minden tekintetben sikerült szép nap emlékét. A congressus utolsó napja (szeptember 20.) olasz és kiválóan római nemzeti ünnep lévén, alkalmat adott a congressistáknak, hogy Rómát ünneplő díszben is láthassák.

A hölgyek fogadására külön hölgybizottság alakult, a mely délutánonkint e czélra szolgáló díszes helyiségekben fogadta a hölgyvendégeket s kedveskedett nekik virággal, édességgel, frissitővel.

A congressusi tagok egyéb figyelemben is részesültek. Igy a rendező bizottság a congressus alkalmából Olaszország szülészeti oktatásának mai állását ismertető 500 lapnyi vaskos könyvet adott ki, a melyet *L'Italia Ostetrica* czim alatt *Guzzoni* tanár szerkesztett, s a melynek tartalmát más alkalommal fogom ismertetni. *La Torre* „Galleria della Clinica Ostetrica“ czim alatt szintén szép munkával ajándékozott meg bennünket, a mely a külföld leghiresebb nőorvosai egy részének életrajzát, arczképét és névaláirását tartalmazza; a müvet szerzője folytatni szándékozik. A „Società Emiliana e Marchigiana di Ginecologia e di Ostetricia“ első évkönyvét szintén a congressusi tagok tiszteletére adta ki és osztotta szét. A rendező bizottság még *Rómát* ismertető szép könyvvel is, a melyet olasz, franczia és német nyelven adott ki, kedveskedett a congressusi tagoknak. Ugyszintén a főkérdések referatumai is, a melyek együtt egy hatalmas kötetet tettek ki, nyomtatásban állottak rendelkezésünkre; ezek a referatumok a végkövetkeztetéseket az összes congressusi nyelvekre lefordítva tartalmazták. A Róma kórházait feltüntető képes levelezőlapok egy-egy gyüjteményét, valamint az izléses tagsági jelvényt (ezüstözött plaque, Lucinával, a szülő nőket védő istennővel, valamint Róma jelképével, a Romulust és Remust szoptató farkassal), úgyszintén a nagy müizlésről tanuskodó szép tagsági jegyeket sem akarom említtetlenül hagyni.

A congressus ideje alatt az összes állami és vatikáni gyüjtemények ingyen voltak megtekinthetők; kár hogy ezen kedvezményt, mint sok más tudnivalót csak kissé elkésve juttatták tudomásunkra. A magyar congressusi tagokat a pápa is egy Rómában élő magyar pap közbenjárására egy általános kihallgatás alkalmából fogadta a sixtinai kápolnában, a hol számunkra külön jó hely, az úgynevezett fejedelmi tribün volt fenntartva. A fogadtatáson résztvettek örökké felejthetetlen, lélekemelő jelenet emlékét vitték magukkal.

Nem zárhatom be jelentésemet a nélkül, hogy hálásan meg ne emlékezzem a congressust rendező bizottság vezetőségének, első sorban *Pasquali*, *Mangiagalli*, *Morisani*, *Pestalozza* tanárok és *Micheli* dr. szinte emberfeletti fáradozásáról, a melylyel a congressust már hónapok óta előkészitették s a melyet annak sikere érdekében kifejtettek.

A következő nemzetközi gynaekologiai congressust 1905-ben Szt.-Pétervárott fogják megtartani; ennek sikerében, tekintve a moszkvai congressus fényes lefolyását, szintén nincs okunk kételkedni. Vajha lehetséges volna az ez után következő congressust Budapesten megtartani; a magyarok iránti hangulatból itélve hiszem és reménylem, hogy, ha intéző köreink és vezető embereink ilyet *akarnának* rendezni, meghivásunk szives fogadtatásra találna.

Temesváry Rezső dr.

hatatlan szolgálatokat tett a nyilvános ügynek. A közreműködők egyikét, *Potocka Claudine*, még ma is mint szentet tisztelik Lengyelországban. Vagyonát a közjónak áldozta és teljesen a sebesültek és betegeknek élt.

1854-ben Nightingale Florence kisasszony vonta magára a figyelmet odaadása által. Ő Florenzben született 1828-ban, magas műveltségű, nagy ismeretekkel biró hölgy volt; művészetekben és literaturában képzett, több modern nyelvet beszélt és sokat utazott és látott. Mindaddig míg Krimiába nem hivták, Angliában kezelte és ápolta bámulatos eredménynyel a betegeket. Majd mikor már itt is lezajlott minden, Scutariba utazott, mindenütt ápolva, gyógyítva a legsúlyosabb betegeket. Sok kórház neki köszönheti tervrajzát. Szerzője nehány könyvnek, melyek annál is inkább figyelemre méltók, mert nagy szerepet játszottak a hygiena történetében; bizonyos fokig az orvosi tudomány új epocháját készítették elő, szó esvén bennük az antisepsisről és az aërotherapiáról.

Nagy örömmel konstatálhatjuk, hogy az asszonyok a therapiában nagyban hozzájárultak a hygiene diadalához.

(Vége következik.)

A IV. nemzetközi gynaekologiai congressus tudományos tárgyalásai.

(Róma, 1902. szeptember 15—21-ig.)

Ismerteti: *Temesváry Rezső* dr.

I. A terhesség mesterséges megszakításának javalatai.

Hofmeier M. (Würzburg): A nephritist mint terhesség megszakitási okot illetőleg különbséget kell tenni az idült veselob, azaz azon betegség között, mely már a terhesség *előtt* fennállott és a nephritis azon alakja között, mely csak a *terhesség alatt*, illetőleg a terhesség *által* keletkezett. Idült veselobnál az anya érdekében mesterségesen megszakitandó a terhesség akkor, ha megfelelő kezelés mellett a megbetegedés másodlagos tünetei nem javulnak, vagy még rosszabbodnak. Az úgynevezett terhességi vese esetében, tekintettel az eklampsia veszélyére, a terhesség megszakítása (itt többnyire mesterséges koraszülés) akkor javalt, ha a megfelelő diaetetikai kezelés daczára a tünetek állandóan rosszabbodnának. Heveny veselobnál, tekintettel egyrészt annak esetleges kedvező kimenetelére, másrészt a fenyegető eklampsiával szemben való hatástalanságára, a terhesség mesterséges megszakítása nem ajánlatos.

Pinard A. (Páris) mindenekelőtt a kérdés történeti részét behatóan tárgyalja, valamint idevonatkozó erkölcsi és jogi fejtegetésekbe bocsátkozik, különösen az orvosnak azt a jogát védve, hogy saját belátása szerint, még ha az anya nem is egyezik bele, végezze a művi koraszülést ott, a hol ez szükséges, mert az anya öntudata nem ritkán a toxikus anyagok behatása alatt zavart.

Az indikatiokat két csoportba osztja a szerint, a mint azok a terhesség által feltételezett betegségektől vagy oly megbetegedésektől függnek, a melyek a terhesség alatt roszszabbodtak.

A első csoportba tartoznának: *méhvérzések*, ha az érverések száma 100-nál több; *hydramnios*, *üszögterhesség*, terhességi toxaemiák, mint *csillapíthatatlan hányás*, *albuminuria*, *eklampsia*, toxikus *nephritis*.

A második csoportba számitandók: a vérkeringési szervek megbetegedései *(szívbetegségek)*, melyek közül azonban minden eset külön elbirálandó, a húgyszervek megbetegedései *(nephritis*, ha a napi vizeletmennyiség 800—1000 gm.-nál kevesebb, *pyelonephritis*, ha az általános tünetek igen súlyosak) és a lélekző szervek megbetegedései és ezek között különösen a *tüdőgümőkór*, melyet azonban egy esetben sem állit oda mint indikatiót; ezen megbetegedésnél a tüdőbaj kezelendő, a terhesség csak figyelemmel kisérendő. Tiz év alatt *P.* összesen 22,708 szülés közül (a szűk medenczés eseteket kivéve) csak 20 esetben szakította meg mesterségesen a terhességet, még pedig 15 esetben sikerrel. A szükséges beavatkozás a terhesség első felében rendesen áldásosabb, mint második felében.

Rein G. (Szt.-Pétervár) e műtétet Kiewben 13 év alatt 2690 terhes nő közül 37 (= 1·3%) esetben végezte és ezen nagy számot azzal indokolja, hogy az ő klinikájára főképen pathologikus szülések kerültek. Azóta még négy esete volt.

„Szülészeti" indikatiók voltak: szűk medencze (25), méhenkivüli terhesség (2), a hüvely heges atresiája (1), a magzatnak habitualis elhalása (1), sepsises endometritis (1).

„Belső" indikatiók voltak: nephritis (6), eklampsia (4) és szivbajok (1). Ezen 11 eset közül csak hétben volt megmenthető a magzat. *R.* következtetései ezek: A terhesség mesterséges megszakítása egyike a legrokonszenvesebb és leghasznosabb szülészi műtéteknek, anyára és magzatra nézve egyaránt kedvező eredményeket nyújt; a leggyakoribb indikatiók közé tartoznak a belső bajok köréből a vese- és szivbajok; a műtétet gyakrabban kellene végezni; eklampsiának a terhesség alatti súlyos eseteiben, különösen primiparáknál a terhesség mesterséges megszakítása helyett mint relativ indikatio a sectio caesarea is szóba jöhet.

Schauta F. (Bécs) 40,000 szülés és az irodalom alapján tárgyalja mindazon belső bajokat, melyeknél a terhesség mesterséges megszakítása indikálva lehet és fejtegetésében az alábbi következtetésekhez jut:

Polyneuritis gravidarum súlyos eseteiben a korai szülés, illetőleg az abortus mesterséges megindítása javalva van az anya életére való tekintettel.

A *choreára*, ámbátor ez a terhességből eredő megbetegedés is, a szülés, különösen a későbbi terhességi hónapokban oly rontó hatással van, hogy igen súlyos esetekben, — midőn a táplálékfelvétel szinte lehetetlenné válik vagy maniakalis tünetek mutatkoznak, — ultimum refugiumként megkisérelhető a koraszülés megindítása. Középsúlyosságú esetekben a terhesség az első nyolcz hóban megszakitandó, később azonban nem, mert akkor az anya élete forog koczkán.

Tetanusnak csak igen súlyos eseteiben, a milyent eddig még nem észleltek, az anyai élet érdekében megszakitandó volna a terhesség.

Agytumorok eseteiben, a melyekben az anya feltétlenül elveszett, az eszméletlenség beálltával a gyermeki élet megmentése érdekében megindítandó a mesterséges koraszülés. Ha a prognosis kétes, akkor attól tartózkodni kell, mert az anya életét fenyegeti.

Hemiplegiánál is csak az eszméletlenség beálltával szabad a gyermeki életre való tekintettel a terhességet megszakitani.

Psychosisoknál csak akkor javalt a terhesség mesterséges megszakitása, ha a beteg erősen lefogyott és öngyilkosságtól lehet tartani.

Gerinczvelő-megbetegedések nem indikálják a terhesség megszakitását.

Epilepsiának igen súlyos eseteiben a koraszülés megindítása javalva lehet.

Hysteriánál a terhesség megszakítása inkább rosszabbodást mint javulást fog eredményezni. Hysteriás elmezavarok a többi elmezavarok módja szerint kezelendők.

Szembajok, kivéve a nephritissel oki összefüggésben álló retinitis albuminuricát, az uraemias amaurosist, csak ritkán adhatnak okot a terhesség mesterséges megszakitására, hasonlóképen a *fülnek* megbetegedései.

A terhesség alatt nagyobb panaszokat előidéző, a szülés lefolyása után gyógyulást vagy javulást igérő és ennélfogva a szülés megindítására esetleg indikatiót képező *bőrbajok* a következők: pityriasis versicolor, pruritus, eczema, pemphigus és különösen a herpesnek azon alakja, melyet *Milton* a terhesség alatt való gyakori fellépése miatt herpes gestationis-nak nevezett el. (*Condio* és *Bossi* esetei.)

Pneumonia és *pleuritis* eseteiben a terhesség mesterséges megszakitása contraindikált.

Tüdőtuberculosis súlyos eseteiben a mesterséges koraszülésből (az anyára nézve) nem háramlik előny, ellenben ajánlatos a terhesség első hónapjaiban a mesterséges abortus, különösen larynxtuberculosis eseteiben. Tuberculosis könnyebb eseteiben, ha a folyamat rohamosan kezd haladni, az anyai és gyermeki élet érdekében egyaránt, még a terhesség későbbi hónapjaiban is indikált annak megszakitása.

Pneumonia és *pleuritis* eseteiben a gyermeki élet érdekében nem szabad a terhességet mersterségesen megszakitani, mert az anyai élet többre becsülendő. A terhesség mesterséges megszakítása tuberculosisnál is csak ritkán fog élő és életképes magzatot eredményezni. Ha tuberculosisnál az anyai élet megmentésére kilátás nincsen, a gyermek élete érdekében, mihelyt az életképessé válik, megindítandó a koraszülés. Közvetetlenül a halál beállta előtt a mesterséges koraszüléstől nem nagy eredmény várható a gyermek életére nézve.

Tuberculosis miliaris esetében a magzat életképességének beálltával megindítandó a koraszülés.

Pneumothorax contraindikálja a terhesség megszakitását.

Bronchitisek, emphysema és *asthma* nem javalják a koraszülés megindítását.

A *szívbajoknak* körülbelül csak 1/7 részét ismerik fel a terhesség alatt. Szivbajoknál a spontán megszakitás az esetek 20·2%-ban, a magzatok elhalása 25·5%-ban áll be. Czélszerű kezelés mellett a betegeknek legnagyobb része minden zavar nélkül túlesik a szülés nehézségein (95%). Tuberculosis és nephritis chronica mint complikatiók rendkivül kedvezőtlen prognosist nyujtanak. A stenosis mitralis veszélyesebbnek látszik, mint a többi szivbaj. A terhességnek a szivbajra való kedvezőtlen hatása csak a legritkább esetekben mutatható ki. A szivre nézve a szülés sokkal veszélyesebb, mint a terhesség. Teljesen compenzált szivbajnál a terhesség megszakitása csak akkor indikált, ha az anya élete a vitium folytán előző szülésnél komoly veszélyben forgott.

Stenosis mitralisnál már csekély compensatio-zavarok is indikálják a terhesség megszakitását. Incompenzált szivbajoknál a terhesség csak az esetben szakitandó meg azonnal, ha a belső szerelés által remélhető javulás csak tulságos későn állhatna be. Egyébként megkisérlendő előbb a belső szerelés és csak beállott javulás után szakitandó meg a terhesség. Complicatiók chronikus veselobbal és tuberculosissal gyorsabb cselekvést igényelnek.

Ha a terhesség második felében a *ptyalismus* a genitalis baj kezelése daczára vagy olyannak hiánya ellenére meg nem szünnek, és a beteg erősen lefogy, az anyai élet megmentése érdekében szóba jöhet a mesterséges koraszülés.

Haematemesis esetében az életveszélyes vérzések a gyermeki élet érdekében indikálhatják a koraszülés megindítását, de az irodalomban eddig ily eset feljegyezve nincsen.

Appendicitisnél, mihelyt geny kimutatható, a fennálló terhességre való tekintet nélkül operálni kell. Súlyos catarrhalis alak is indikálja az appendicitis megoperálását. Csakis catarrhalis gyuladás mellett ajánlatos a koraszülés megindítása, míg ellenben nem javasolandó, ha geny van jelen.

Ha az *icterus gravis* súlyos tünetekkel, mint nagy láz, petechiák, májkisebbedés, különösen pedig ideges jelenségekkel jár, a terhesség azonnal megszakítandó.

Májdaganatok nagyfokú cachexiát idézhetnek elő, úgy hogy az anyai élet érdeke megkívánhatja a koraszülés megindítását.

Nagyfokú *epekőkolika* a cholecystectomiát, nem pedig a terhesség megszakítását teszi javalttá.

Peritonitis-nél, tekintettel az inficiált peritoneumnak közeli szomszédságára és a nagy puerperalis sebfelületre, még magas láz mellett is contraindikált a koraszülés megindítása.

Hyperemesis minden esetére általánosságban alkalmazható elmélet nem létezik. Sok esetben kétségtelen a hysteriával való összefüggés, bár sok esetben annak magyarázatára az intoxicatio (a bél vagy a placenta anyagcsere termékeiből kiindulva) elméletéhez is kell folyamodni. Az agyanaemiának is bizonyos szerepe jut a hányinger kiváltásánál. A hyperemesis kórjóslata sokkal kedvezőbb, mint azt általánosságban hiszik.

Ha *albuminuria* és *nephritis* eseteiben a tej-diaeta mellett nem áll be javulás, a terhesség mesterségesen megszakítandó. Ha az albuminuria a terhesség első felében és a nephritis a 8-dik hó előtt lép fel, (az anya érdekében) szintén megszakítandó a terhesség. Nephritis chronica esetében a terhesség megszakítandó, mihelyt a magzat életképessé lesz vagy általános megbetegedés tünetei lépnek fel. Primiparáknak, szívbajos asszonyoknak, olyanoknak, kiknél neuropathologikus hajlam, tüdőbaj, különösen pedig vitium van, nemkülönben chronikus nephritisben szenvedőknek, energikus therapiára van szükségük. Nephritisnek vagy eklampsiának korábbi szü-léseknél való fennállottsága mellékes.

Kisebb fokú *eklampsiánál* előbb a morphium és tejtherapia kisérlendő meg; csak ha ez nem járna eredménynyel és a rohamok gyarabban ismétlődnének vagy coma fellépne, akkor van javalva a terhesség megszakítása. Amaurosis energikusabb therapiát, retinitis a terhességnek rögtöni megszakítását igényli. Csak a méhszájnak nagyfokú merevségénél választandó a kolpeurysis helyett más eljárás (sectio caesarea vaginalis, Dührssen-féle incisio). A gyermeki élet szempontjából a haldoklónál eszközölt accouchement forcé jobb eredményhez vezet, mint a post mortem alkalmazott sectio caesarea. Veselobnál fellépő haematuria és haemoglobinuria ugyanazon kezelést igényli mint a nephritis; általában nyugalom és tejdiaeta mellett a tünetek vissza szoktak fejlődni. Ha azonban nem, és a vérzés igen erős, a koraszülés megindítandó.

Pyelonephritis hasonlóképen belső szerelést igényel; ha ez sikertelen maradna, a 32-dik hétben megindítandó a koraszülés.

A vérképző szerveknek fokozott működése emeli a *leukaemia lienalisra* való hajlamot. A szülés gyorsítja az exitus letalist.

Anaemia perniciosánál a szülés nem eredményezhet javulást, ellenben siettetheti a halál beálltát.

Haemophilia mellett post partum erős vérzések beállhatnak, eddig azonban életveszélyes vérzést nem észleltek.

Purpura és *morbus maculosus Werlhofii* a terhességben rossz prognosist nyujtanak. Azonkivül beállhat koraszülés és a gyermek halála. A baj jelentékeny, csak a szülés után megszünő vérzésekhez vezethet.

Cachexiás nőknél a *chloranaemiás* állapot a terhesség haladásával fokozódik.

Leukaemia lienalisnál középsúlyosságú esetekben a magzat életképességét be kell várni. Igen súlyos eseteknél a mesterséges abortus indikált. Anaemia perniciosánál legfeljebb a gyermeki élet szempontjából indikált a koraszülés megindítása. Haemophilia nem indikálja a terhesség megszakítását. Erősebb vérzéseknél és progrediáló anaemiánál, melyet purpura vagy morbus maculosus Werlhofii okoz, a terhesség megszakítandó. Erősen cachexiás nőknél a mesterséges abortus, kisebb mértékben cachexiásoknál a mesterséges koraszülés van javalva.

Lehetséges, hogy a terhesség alatt olykor fellép a *morbus Basedowii*. A panaszok a terhesség okozta vérkeringési és légzési zavarok folytán fokozódnak. A morbus Basedowii által feltételezett vérkeringési zavarok az endometriumba irányuló erős vérzésekhez, ennek következtében a lepénynek időelőtti leválásához s igy a peténck elhalásához vezethetnek A morbus Basedowii által feltételezett közérzeti zavarok, valamint metrorrhagiák megkövetelik a terhesség megszakítását.

Diabetes gravidarum rossz prognosist nyujt (az esetek 1/4-e meghal) A magzat többnyire elvész. A szülés maga súlyos zavarokat okoz. A terhesség az első hónapokban megszakítandó; nagyfokú czukortartalom mellett a terhesség második felében is; egyébként pedig a magzat életképességéig várni kell.

Az *osteomalacia* kezelésére Sch. az alábbi pontokat állitja fel:

1. Progrediáló, különösen terhességi osteomalacia recidivánál, feltéve, hogy a medencze életképes magzatnak átmenetelét megengedi, a koraszülés megindítása az osteomalacia gyógyítása szempontjából helyén van.

2. Ha azonban a terhesség alatt exacerbált ovarialis osteomalaciáról van szó, hasonló körülmények között a megindított szülést követő gyermekágy lefolyása után castratio végzendő.

3. Nagyfokú vagy absolut medenczeszűkületnek nem nagyon súlyos eseteiben a normális időben, súlyos esetekben pedig a koraszülés megindítása után sectio caesarea és pedig terhességi osteomalacia esetében rögtöni sterilisatioval, ovarialis osteomalaciánál pedig rögtöni castratioval eszközlendő.

4. A sectio caesarea conservativának tubaresectioval vagy castratióval kapcsolatos műtétének helyére bizonyos körülmények között a Porro-féle műtét vagy az abdominalis totalexstirpatio léphet.

5. Ha már a terhesség elején nagyobbfokú panaszok lépnek fel és súlyos osteomalacia recidiváról van szó, akkor már az első hónapokban az uterus teljes kiirtása vaginalis, vagy ha ez lehetetlen, abdominalis úton szükségessé válhatik.

Typhusnál a terhesség mesterséges megszakítása csak a megbetegedés első napjaiban járhat haszonnal, egyébként contraindikált.

Typhus exanthematicus nem képez terhességmegszakítási okot (*Lucow*).

Morbilli is contraindikálja a terhesség megszakítását.

Variola könnyebb alakjainál a terhesség megszakítása nem szükséges, súlyosabb esetekben az anya életére hatás nélkül való, s ezért s a septikus infectio veszélyénél fogva a gyermeki életre való tekintetből csak az anyára nézve már elveszett esetekben keresztülviendő.

Erysipelas nem koraszülést indikáló betegség.

Dysenteriára ugyanaz áll, mint typhusra.

Diphtheriánál a terhesség megszakítása a gyermekágyban való fertőzés veszélye miatt kerülendő.

Cholera contraindikálja a koraszülés megindítását.

Malariánál nem szükséges a koraszülés megindítása, ellenben nagyfokú cachexiánál az anyai élet érdekében indikált.

Lyssa, *malleus* és *lépfene* nem indikálják.

Az *influenzának* complikatiói indikálhatják a koraszülés megindítását.

Tetanusnál a terhesség mesterséges megszakítása nincsen indikálva.

Recurrens, *parotitis epidemica* és *pertussis* legfeljebb complikatiók által szolgáltathatnak indikatiót a koraszülés megindítására.

Scarlatinánál is contraindikált a terhesség mesterséges megszakítása.

Valamennyi fertőző betegségnél esetleges vérzés miatt tamponálás válhatik szükségessé, mely közvetve a terhesség megszakítását vonhatja maga után.

Az előbbiekből következik, hogy a legtöbb fertőző betegség nem képez terhességmegszakítási javalatot; sőt hogy ez sok esetben egyenesen ellenjavalva van a gyermekágyban könnyen fellépő sepsises infectio miatt (variola, diphtheritis); hogy bizonyos fertőző betegségeknél nem a megbetegedések mint olyanok, hanem azoknak lefolyása alatt esetleg beálló complikatiók javalhatják a szülés megindítását, így például influenza, malaria, recurrens, pertussis, parotitis megbetegedéseknél.

Rheumatismusnál, tekintettel ennek veszélyes voltára a gyermekágyban és relativ veszélytelenségére a terhesség alatt, a terhesség mesterséges megszakítása ellenjavalva van.

Morphium-, *higany-*, *ólom-* és *dohánymérgezéseknél* a szülés mesterséges megindítása annál kevésbbé javalt, miután ezen intoxicatiókra orvosi beavatkozás nélkül is többnyire koraszülés vagy abortus áll be. Csak a phosphormérgezésnél, ha erős metrorrhagiával jár, az utóbbi miatt esetleg alkalmazott tamponálás közvetve szolgáltathat alkalmat a koraszülés mesterséges megindítására.

Myomáknál, *cystáknál* és *dermoidoknál*, hasonlóképpen *carcinoma uterinál* az abortus megindításának nincsen czélja. Operabilis carcinománál a teljes kiirtás tekintet nélkül a fennálló terhességre indikált. Inoperabilis carcinománál, mihelyt a magzat életképessé válik, az anya életének érdekében a sectio caesarea, legjobban Porro szerint, és nem a koraszülés megindítása eszközlendő.

Az alhasi szervek rosszindulatú, a genitaliákhoz nem tartozó daganatainál a terhesség csak akkor szakítandó meg a radikális műtét előtt, ha a terhesség a műtét technikai kivitelét vagy a szülés a gyógyulási folyamatot befolyásolhatná.

Strumánál a strumectomia javalt, ellenben contraindikált a mesterséges koraszülés.

Emlőhypertrophia a terhesség alatt ritka esetekben indikatiót képezhet a terhesség megszakítására.

* * *

Simpson A. R. (Edinburg) a művi koraszülés javalatait két csoportba osztja, a szerint, a mint azok a magzat vagy az anya részéről állnak fenn; az első csoporthoz számitja a magzat habitualis elhalását és annak rendes túlfejlődését, a mely utóbbi lehet arányiagos is, ha a rendesnél szűkebb medenczéről van szó. Az anya részéről oly betegségeket vesz fel, a melyek intercurrensek s a melyek jelentőségét a terhesség befolyásolja s olyanokat, a melyeket maga a terhesség tételez fel, mint a mily enek a hyperemesis, hydramnios, lepényi vérzések, nephritis gravidarum. A tuberculosis szerinte nem teszi javalttá a művi koraszülést.

Henrotay J. (Anvers) hangsúlyozza a kérdés vallásos oldalát, a melyet nem szabad figyelmen kivül hagyni.

Gutierrez E. (Madrid) különösen *Simpson* egyik javalata, a magzat szokványos elhalása ellen fordul, ha azt syphilis vagy lepényi megbetegedések okozzák; ilyenkor ezen okok ellen kell hogy irányuljon a gyógyítás. Némely esetekben azonban ő is javaltnak tartja a műtétet habitualis magzatelhalásnál; egy ily esetet fel is említ gyakorlatából. Csak ezen eseteken kivül állhat fenn a művi koraszülés javalata, a minek támogatására egy esetet említ.

Sinclair W. J. (Manchester) akkor tartja az orvos beavatkozását jogosultnak, ha az anyaélete veszélyben forog. Ő különösen a vesebajokat, kevésbbé a szivbajokat tartja figyelembe veendőknek. Hyperemesisnél nem tartja a beavatkozást jogosultnak, s tüdőtuberculosisnál is csak ennek előhaladt stadiumában. Minden esetnek külön való elbirálását nagyon fontosnak tartja.

La Torre F. (Róma) *Pinard*-dal egyetértésben vérkeringési zava-

roknál, hyperemesisnél és eklampsiánál tartózkodóan viselkedik, s a művi koraszülés megindításánál az esetleges beperlésre való tekintetből mindig még egy orvos véleményadását kivánná meg.

Bossi L. M. (Genua) különösen állatkisérleteknek eredményét közli, a melyek bizonyítják, hogy a terhesség fogékonyabbá teszi a testet fertőző betegségek iránt; egyes esetekben a befecskendett bakteriumok a placenta és a magzat vérében kimutathatók voltak. A művi koraszülés előidézésére a legjobb eljárásnak a nyakcsatornának az ő dilatatorával végzett tágitását tartja, mint a mely eljárás a legbiztosabban, leggyorsabban hat s a sepsis tekintetéből a legveszélytelenebb.

Zweifel P. (Lipcse). Bármennyire is elismeri *Schauta* és *Pinard* előadásainak nagy becsét, mégis egyes általuk hangoztatott pontokra nézve ellentétes nézeten van, miután a gyakorló orvosnak már amúgy is elég nehéz helyzete ily esetekben szerfölött kinosssá válik, ha oly messzemenő korlátozások, a milyeneket szakférfiak itt hangoztattak, a nagy nyilvánosságban elterjednek.

Schauta ama megjegyzése, mely szerint, ha a klinikai anyagából nyert képnek, a melyből azt következtette, hogy a terhességmegszakitásnak lehető korlátozása a legjobb eljárás, valamelyes hibája volna, az csak abban állhatna, hogy az általánosságból, egy egész országból nyert kép még sokkal kedvezőbb, a mennyiben a klinikára sok súlyos eset kerül.

E megjegyzés sok betegségnél helyes. És mégis kérdéses, vajjon ez szívbajokra, vesegyuladásokra, pneumoniára, tuberculosisra és más megbetegedésekre nézve is megállja-e helyét, mert hisz klinikákon fiatalabb egyének vannak nagyobb számmal, a kiket ilynemű megbetegedések egyrészt ritkábban támadnak meg, s a kik másrészt azokat könnyebben kiállják.

Eklampsia és chorea kivételével terhességgel járó súlyos belső bajokat mindig csak idősebb multiparáknál a magángyakorlatban észlelt.

Ilyen esetekben az illető nők rendkivül komoly állapotban vannak, különben az orvost nem is hivják.

Igy áll a dolog csillapithatatlan, vagy miként *Schauta* elvi szempontból mondja, túlságos hányásánál.

Schauta-val szemben, mint a ki a „csillapithatatlan" kifejezésnek elvetését ajánlja, mert a hányás mindig csillapitható, utal egyik esetére, a melyben egy nő a mesterséges koraszülés és az összes ajánlott szerek alkalmazása daczára, a hányás miatt meghalt.

Az előadók az esetek egy kis részében hysteriát állapitottak meg, mint a hányás okát. Ezt ő maga is tapasztalta. Még az utóbbi időben is két csillapithatatlan hányásban szenvedő nőnél a hysteriának egyetlen tünetét sem észlelte.

Az előadásokból, ezek kitünősége mellett hiányzik azonban egy objectiv pontra való utalás, mely veszélyt jelent vagy annak veszélytelen volta mellett szól, t. i. a testsúlynak magatartása. A hol ez szabályos időszakonkint történő ellenőrzés mellett csökken, ott beavatkozásra indikatio forog fenn, mert a testsúly csökkenése a veszélynek biztos jele.

Másrészt viszont a testsúly gyarapodása módot nyújt az orvosnak arra, hogy a terhes nőt és annak környezetét megnyugtathassa.

Hogy a megszakitást ő sem fogja fel könnyelmüen, annak bizonyitására utal arra, hogy összesen 3—4 izben inditotta meg hányás miatt a mesterséges abortust és még oly esetekben is vonakodott ettől, melyekben az illető nők hónapokon át — csaknem minden étkezés után — hánytak.

Tuberculosisnál is a testsúly magatartását tekinti zsinórmértékül, a mely betegség miatt ő ugyan még soha sem inditotta meg a mesterséges koraszülést, de egy a gyermekágyban szomorúan végződött esetből kifolyólag a terhesség megszakitását elvileg el nem vetné.

A terhesség alatt a nő jobban érezte magát mint annak előtte, úgy hogy nemsokára a terhesség fentartását óhajtotta.

Tapasztalatból *choreát* is rendkivül veszélyes, gyorsan rosszabbodó és könnyen halálra vezető komplikationak tartja a terhesség alatt, mely egyenes indikatiót képez annak megszakitására.

A vesemegbetegedésnek az eklampsiához való viszonya tekintetében egyetért *Hofmeier*-rel, t. i. hogy a chronikus Bright-kór aránylag csekély összefüggésben van az eklampsiával, a mely főképen az úgynevezett terhességi nephritisnél lép fel.

Még röviden felemliti a *vérzéseket*, melyek miatt a terhesség utolsó két havában a koraszülés indikálva van mindenütt, hol erős vérzés fellép, mert tapasztalat szerint, ha az első vérzés el is áll, rövid idő mulva egy második vérzés következik be, mely miatt az ekkor kezelés alá kerülő nők nagy számban tönkre mennek, a mennyiben az első vérzés okozta vérveszteség annyira meggyöngitette őket, hogy ezen második vérzést kiállani képtelenek.

Krönig (Lipcse) különösen a socialis viszonyok figyelembe vételét ajánlja; a munkásosztályhoz tartozó nőknél gyakran látni a szülés után a tuberculosis gyors kifejlődését.

Kőhegyi L. (Szeged) kiindulva abból a szempontból, hogy tuberculosus anya gyermeke okvetetlenül szintén tuberculosussá fog lenni, javaltnak tartja ily anyánál a művi abortus megindítását, ha két orvos teljes bizonyossággal megállapitotta a tuberculosist s a köpetben tuberculosis-bacillusok feltalálhatók voltak.

Draghiesco D. (Bukarest) felemliti, hogy Bukarestben kilencz év alatt 18,132 szülő nő közül 17-nél művileg megszakitották a terhességet s pedig 13 esetben eklampsia, három esetben szivbaj és egyben epilepsia miatt.

Pinard ismételten hangsúlyozza (*Schauta* ellenében), hogy miliaris tuberculosisnál negativ állásponton áll. *Henrotay*-val szemben pedig vitatja, hogy *minden* orvosnak, kivétel nélkül, joga van művi koraszülést megindítani.

Rein továbbra is megmarad a műtét jótékony voltának hangoztatásánál; az ő statistikája szerint az összes anyák, valamint a gyermekek 90%-a életben marad.

Schauta ismétli, hogy a belső bajok közül különösen a csillapithatatlan hányás késztette őt a beavatkozásra, mig más bajoknál más eszközök is czélhoz vezettek. A chorea képezne javalatot, ha a szülés veszélyei nem volnának oly nagyok. *Krönigget* ellentétben nem ismeri el a socialis viszonyokat mérvadóknak. A tüdőgümőkórt (*Pinarddal* egyetértve) ő sem tartja feltétlen javalatnak. *Reinnal* ellentétben „antipathikus"-nak mondja az eljárást.

Simpson elismeri, hogy a magzat szokványos elhalásánál tényleg ennek oka ellen kell küzdeni.

II. Hysterektomia a puerperalis infectio kezelésében.

Fehling H. (Strassburg) kérdőivek útján, melyeket nagyobbszámú német, osztrák és svájczi gynaekologushoz küldött, 94 válaszhoz jutott. Ezek közül 41-en sem sepsis, sem méhrepedés esetében nem végeztek műtétet. 53 műtőtől használható jelentéseket kapott. A műtétek eredménye a következő: 61 puerperalis fertőzés miatt eszközölt műtét közül 55·7% volt halálos kimenetelű, és pedig:

19 abdominalis totalexstirpatio	31·5%	halálos	kimenetellel,
33 vaginalis „	69·6%	„	„
4 supravaginalis amputatio	50%	„	„
4 total. exstirpatio abortusnál	75%	„	„

A hysterektomia tehát puerperalis sepsis 61 esetében 55·7% halálozást tüntet fel. Áttekintve a fenti számadatokat, kitűnik, hogy a vaginalis úton végzett műtéteknek mostanában olyannyira dicsért veszélytelen volta daczára az abdominális műtétek eredménye kedvezőbb.

A műtétek eredményeivel szemben a tapasztalt szülész-orvos bizonyára azon nézeten lesz, hogy a műtett esetek közül egy jó rész bizonyára *műtét nélkül is* meggyógyult volna.

A gyermekágyi láz prognosisa gyakran hosszabb ideig kétes és igen súlyos esetekben alig történik műtéti beavatkozás.

Ha másrészt meggondoljuk, hogy az egyik statistika szerint műtét nélkül 18%, egy másik szerint 50% a halálozási arány, méltán felvethető a kérdés, nem pusztultak-e el a műtét folytán oly esetek, melyek a nélkül meggyógyultak volna.

A fő nehézség e szerint mindig a javalat felállítása marad.

F. következőképpen összegezi következtetéseit:

A puerperalis megbetegedéseket legjobban toxikusokra és fertőzőkre felosztani.

Intoxicatio (sapraemia) esetében a megbetegedési gócz csak a méhre szoritkozik, mig infectiónál ritkán korlátozódik a megbetegedés a méhre, hanem többnyire a szervezet súlyos általános infectiójáról van szó.

A puerperalis uterus hysterektomiája eredmény nélküli és elvetendő.

E műtét rationalisan csak akkor ajánlható, ha az intoxicatio vagy fertőzés gócza csak az uterusra szoritkozik, tehát a lepény vagy lepényrészletek szétesésénél, vagy pedig puerperalis myomák gangraenájánál, vagy pedig rothadó petemaradványoknál abortus után, feltéve, hogy azok más úton el nem távolithatók. Ennélfogva ilyen műtétre csak ritka esetben lesz indicatio.

Metrophlebitis puerperalis (pyaemia) egyes eseteiben a hysteroktomia eredménynyel járhat, különösen kapcsolatosan a thrombotizált visszerek a ligamenta lata és spermatica alákötésével vagy kiirtásával, vagy csak az utóbbi műtéttel egyedül.

Leopold G. (Drezda) fejtegetései alapján az alábbi következtetésekhez jut:

Súlyos puerperalis fertőzés eseteiben a hysterektomia csak akkor indokolt, ha valamennyi tünet arra utal, hogy egyedül az uterus székhelye és továbbfejlesztő forrása a fertőzésnek és ha annak leküzdésére irányitott minden más kisérlet sikertelen maradt.

Ide főképen oly esetek tartoznak, melyekben a visszamaradt lepény oszlásnak indult és el nem távolitható.

Ha azonban a fertőzés az uterus területét túllépte, akár peritonitis, akár sepsises thrombosis, akár az uterusnak abscessusa útján vagy pedig egy- vagy kétoldali adnextumorok képeznék a megbetegedés főbb jellegét, akkor a hysterektomia egyedül nem lesz elégséges intézkedés, mert nem számol a beállott anatomiai változásokkal.

Fel nem tartóztatható, előre haladó folyamatoknál a sebészeti kezelésnek figyelme *a genyes góczok felkutatására és kiürítésére irányittassék*. Mennyiben alkalmazandó a streptococcus-serummal való belső kezelés mint olyan vagy mint adjuvans intézkedés, azt majd klinikai tapasztalatok fogják megállapitani.

Mindenesetre a fősúlyt *a genygóczoknak lehetőleg korai és fáradhatatlan felkutatására kell fektetni*. Ilynemű súlyos betegeknek genyes vivőérkötegek felkutatása és eltávolitása által való megmentése újabbkori sikereknek marad fentartva.

Treub H. (Amsterdam) olyképpen állapitja meg a felvetett kérdés mivoltát, hogy az heveny, toxi-infectiosus tünetekkel járó genitalis infectionak kezelése az uterus teljes kiirtásával, a nélkül, hogy a méhen kivül klinikailag kórismézhető megbetegedési góczok volnának, mert az utóbbiak jelenlétében a műtét egészen más kategoriába tartozik. T. azután a klinikáján előfordult 724 súlyos gyermekágyi lázra vonatkozó eseteit, melyből 34 halálos kimenetelű volt, csoportokba osztja, ezen esetek közül 6-nál a megbetegedés csak az uterusra terjedt és ezek közül is 2-nél az autopsia egy esetleges totalexstirpationak czélszerűtlenségét dokumentálhatta; más két esetben a műtét még a műtevés legerősebb

hiveinél sem került volna szóba úgy, hogy összesen 2 esetben lehetett volna talán a beteget teljes méhkiirtással megmenteni.

T. ezek után az irodalomban előforduló, a kérdés fenti megállapitása értelmében annak keretébe tartozó 36 esetet sorol fel, melyek közül 15-ben sikerrel végezték a totalexstirpatiót, a mi a műtét mellett szólna; ha azonban tekintetbe veszszük, hogy elég gyakran már teljesen elveszettnek vélt esetek conservativ kezelés mellett (intrauterin irrigatio, jodtinctura, curette, écouvillonage, jégzacskó, hideg fürdő, terpentininjectio, antistreptococcus-serum-injectio, alkohol) gyógyulnak és hogy mily nehéz, szinte lehetetlen előre biztos kórjóslatot felállitani, előadó azon nézetének ad kifejezést, hogy a radikális kezelési móddal talán néhány, egyébként elveszett életet sikerült ugyan megmenteni, de nagy valószinűséggel több oly élet veszett el, mely műtét nélkül gyógyult volna, eltekintve sok fiatal, conceptióképes nőnek megcsonkitása és meddővé való tételétől.

T. meglehetősen tagadó álláspontját a következőkben formulázza: A méhre localizált puerperalis fertőzésnek rendes kezelési módjai többnyire sikerrel járnak.

Egyes kivételes esetekben a hysterektomia eredménynyel keresztül vihető, azonban az arra való indicatio csak igen pontos klinikai vizsgálat és a műtét mellett és ellene szóló érveknek gondos mérlegelése alapján állitandó fel.

A ki ily esetekben gyakran végez műtétet, bizonyára *kelleténél többet* operál.

Tuffier Th. (Páris) az első volt Francziaországban, a ki egy szerencsés kimenetelü eset kapcsán, 1899-ben e kérdést felvetette. További személyes tapasztalatai, valamint az irodalom szorgos tanulmányozása alapján ma a következő álláspontot van:

Kórboncztani szempontból tényleg vannak, habár ritkán is, oly heveny, puerperalis fertőzéstől feltételezett megbetegedések, melyek a méh teljes kiirtását megkövetelik. Klinikai szempontból azonban nem látszik ilyen indicatio felállitására egyetlen egy pathognomonikus jelenség, és csak az egész kórkép lehet mérvadó. Ha septikaemia esetében post partum vagy post abortum a láznak oka sem a genitaliákban, sem más szervekben meg nem található, ha az általában használatos kezelési módok (intrauterin irrigatio, curettezés, serum) czélhoz nem vezetnek, ha a mellett a méh adnexumai és a peritoneum épek, ha az uterus nagy és petyhüdt, esetleg bűzös kifolyás van jelen és a betegnek közérzete a nagyobb beavatkozást megengedi, akkor T. nézete szerint a méh teljesen eltávolitandó, akár placenta-retentioról, akár evesen szétesett myomáról, akár „metritis dissecans"-ról van szó.

A kérdés legnagyobb nehézsége a műtét ideje, mert „korai műtét bűncselekmény, késői hiábavaló volna". A műtéti eljárást illetőleg friss esetekben az abdominalis, subacut esetekben a vaginalis út választandó, a mennyiben rövid idővel a lebetegedés után a vérzés csillapitása vaginalis úton a genitaliák petyhüdtsége és a vérérhálózat dús volta miatt nehézségekbe ütközik.

Freund W. A. (Berlin) megmarad régebbi, más alkalmakkor elfogadott álláspontján, hogy a totalexstirpato, ha jókor lehetséges, igenis eszközlendő: 1. teljes vagy részleges placenta-retentio eseteiben, midőn a méhnek természetes úton való kitakarítására történt minden kisérlet meghiusult, és 2. oly esetekben, midőn valamely abortusnak asepsis nélkül történt kezelése avagy kriminalis abortus után pyaemiás tünetektől kisért metritis lép fel. Ilyenkor az illető lig. latum és a vena spermatica is eltávolitandó volna. A sepsises gyermekágyi láz későbbi szakában, legyen az akár lymphangitises, akár pyaemiás eredetű, a méh teljes kiirtása mellőzendő.

Pichevin R. (Páris) gyermekágyi láznál a hysterektomiát csak akkor tartja indikáltnak, ha a méhnek súlyos megbetegedéséről (gangraena, abscessus) van szó; ilyen esetek elég ritkák és a kórismézésük nem könnyű feladat. Gyermekágyi láz minden esetében a megbetegedés módja és helye volna első sorban megállapitandó és genyes perimetritiseknél az illető helyen (pl. a hátsó hüvelyboltozaton vagy genyes peritonitisnél az os pubis felett) incisio végzendő.

Faure J. L. (Páris) főképen a műtéti technikát fejtegeti; szerinte veszélyes a streptococcusokkal infiltrált méhet abdominalis úton eltávolitani és azért gyermekágyi láznál a vaginalis exstirpatio feltétlen hívének vallja magát, melyet 13 esetben végzett. Az egyedüli komoly ellenérv csak azon nehézségben rejlik, mely a könnyen szakadó, puha puerperalis uterusnak a vaginán át való kihúzása körül előáll; ezen nehézség azonban az F. által első esete, vagyis 1897 óta gyakorolt műtéti eljárással leküzdhető. Ugyanis a horgos fogók helyett tompa, gyűrűalakú fogókat használ, melyek a méh szövetét széles rétegben és az elszakitás veszélye nélkül megragadják. A méh lágy volta és a hüvely nyujthatósága lényegesen megkönnyitik ezen eszközök alkalmazását. T. hysterektomiáját átlag 8, egy esetben 3 percz alatt végezte.

Hofbauer J. (Bécs) a műtéti beavatkozás indicatiojának nehézségével szemben az általános kezelési módok puerperalis sepsisnél egyre jobban előtérbe lépnek. Előadó a *Schauta* tanár klinikáján nucleinoknak adagolásával megkezdett kisérletsorozatról számol be. A második sorozat 12 esete közül 11 meggyógyult. A hatás e készitményeknek a csontvelőhöz való affinitásában rejlik, mint a mely az immun testecskéknek szék- és eredő helye. (Utal az ide vonatkozó leletekre pneumonia, cholera, stb.-nél.)

A csontvelőreactio a vér képén és a fellépő csontfájdalmakon felismerhető. Az előállott leukocytosis főképpen mint alexinok forrása működik.

Utóbbi időben mérsékelt mennyiségű konyhasó infusioját használják, főképen a végett, hogy a serum konyhasótartalma a megfelelő magasságon megtartassék.

Miután az esetek kiválogatásánál csak súlyos eseteket vetettek alá ezen kezelési módnak és a megbetegedéseknek kedvező befolyása el nem vitatható, a vizsgálatoknak klinikai és theoretikai alapon való folytatását kilátásba helyezte.

Lévai D. (Dunaföldvár) gyakorlatában megfigyelt két gyermekágyi láz esetről számol be, melyeket diphtheria-serum-injectiókkal sikeresen kezelt. Azért felveti a kérdést, nem találhatók-e a puerperalis sepsisnél Löffler-féle bacillusok és ha nem, vajjon a diphtheriaserum nem hat-e pusztitólag más toxinokra is?

Sinclair W. J. (Manchester) sem a serumtherapiával, sem az operativ eljárással puerperalis láz eseteiben nem volt megelégedve; utóbbival ugyan egy beteget megmentett, de négy másik meghalt az infectio következtében. A hiba az, hogy a mai diagnostikus eszközökkel még nem vagyunk képesek a művi beavatkozás idejének javalatát felállitani; néha oly gyorsan kell beavatkozni, hogy már az idő rövidsége sem engedi meg a pontos bakteriologiai és górcsövi vizsgálatot. S. óhajtja, hogy a congressus ép oly elutasitó állást foglaljon el a műtéttel szemben, mint ő maga.

Doléris C. D. (Páris) csak azokra az esetekre kivánja a műtétet korlátozni, a hol a betegség hosszú tartamú s az infectio a méhre van korlátozva, az eddig divó eljárások pedig mind cserben hagytak.

Duret (Lille) két csoportba osztja a sepsises infectio eseteket, az olyanokéba, a hol az infectio a méhre, a periuterin szövetekre vagy az adnexumokra szoritkozik, a midőn méhöblitések, kikaparás, incisio, adnexum- vagy méhkiirtás segithet s az olyanokéba, a hol nem ismerhető fel a localisatio, akár heveny, akár idült (phlebitis, lymphangitis) az illető eset. A második csoport heveny eseteiben, ha placentaris infectio van jelen, a méhkiirtás jó eredményeket adhat, a többi (rendkivül virulens) esetekben rosszak a kilátások, hogy ha a hypodermoklysisek, a melyeket különben a méhöblitések mellett, különösen nagy mennyiségben a legfontosabb gyógyitó eszköznek tart, cserben hagytak.

Jayle F. (Páris) tiszta puerperalis sepsises metritis két esetében operált, s pedig egy esetben sikerrel; ő a laparotomiás eljárás hive a peritoneum gondos elzárásával és a vagina felé való drainezéssel.

Zweifel P. (Lipcse) puerperalis peritonitis eseteiben ismételten laparotomizált, de jó eredmény nélkül; ugyszintén a méhkiirtástól sem látott jó hatást puerperalis infectionál. Ő különösen a *Trendelenburg* által ajánlott elkülönitésétől és lekötésétől a vena ovaricának és a vena hypogastricának, a mivel a phlebitis gyógyitható, vár jó eredményeket; a vena ovarica lekötésével ugyan egy esetben ugyan nem ért czélt, de ezt annak tulajdonitja, hogy nem resecálta a thrombusos venát.

Spinelli P. G. (Nápoly) mindaddig nem hive a műtétnek, a melyet csak sebészeti kisérletnek tart, a mig pontos javalat nem állitható fel, ő oly esetekben, a hol mások bizonyosan operáltak volna, a rendes eljárástól gyógyulást látott.

Mazzucchi T. (Minturno, Olaszország) ugyanazon álláspontot van.

Morisani O (Nápoly) különösen a megfelelő esetek s a megfelelő időpont megválasztásának nehézségét hangsúlyozza; négy nála operált eset közül kettő gyógyult; ő az abdominalis eljárás hive.

Fargas (Barcelona) két esetet észlelt, a melyekben a műtét egyenlően javalt volt; az egyiket megoperálta s úgy ez, mint a másik nem operált, meghalt.

Pinard A. (Páris) úgy látja, hogy a vélemények két csoportba oszthatók; a szülészek a negativ álláspontot állanak, a sebészkedő nőorvosok a positivon. A maga részéről csakis a következő javalatokat ismeri el helyeseknek: szétesö lepényrészletek visszamaradását, szétesö myomákat és méhátfúródást. Hogy miért ajánlják a műtétet intoxicatióknál s nem infectióknál, s hogy mikor mutatnak a tünetek kétségbeejtő helyzetre, azt nem találja eléggé megvilágitottnak, minthogy mindeddig nem rendelkezünk erre vonatkozólag sem pontos klinikai, sem bakteriologiai jelekkel. Ő ezért a kés használatát csakis pontosan kórismézett góczok ellen tartja megengedhetőnek.

Dudley P. (New-York) a műtét ellen nyilatkozik s azt hiszi, hogy ebben vele tart az amerikai szülészek többsége; a legtöbb esetben ugyanis a csirok nem egy helyre korlátozódnak, hanem szét vannak szórva. Az ő műtett esetei mind halállal végződtek; ezért ő csak a jég alkalmazására, fertőtlenitő öblitésekre és a hüvelyboltozat drainezésére szoritkozik.

La Torre F. (Róma) az erélyes méhüregi kikaparások feltétlen hive; szerinte ezeket nem félénken, sőt esetleg ismételten is kell végezni; ő egy esetben 15-ször curettezett a legjobb eredménynyel s négy oly nőt mutatott már be, a kiknél 4—6-szor végezte a méhüreg kikaparását, a mig a láz alászállt s a betegek meggyógyultak.

Leopold ismételten védelmezi a referatumában elfoglalt álláspontját s különösen hangsúlyozza az egyes genygóczok ellen irányuló sebészi eljárások fontosságát.

Treub örül annak, hogy a műtétet csak rendkivül ritka esetekre nézve ismerték el jogosultnak s reményli, hogy ily úton csakhamar el fogunk jutni a pontos javalat-felállitáshoz.

III. A női ivarszervek tuberculosisáról.

Martin A. (Greifswald) előbb 24 saját megfigyelésen alapuló esetre támaszkodva, általános képet nyújt az ivarszervi tuberculosis aetiologiájáról, pathologiájáról, diagnosisáról, prognosisáról, therapiájáról és azután külön tárgyalva a vulva, hüvely, méh, tuba és az ovarium tuberculosisát, a következőkben összegezi álláspontját:

A női genitaliák gyakrabban vannak gümőkóros bacillussal fertőzve, mint azt általában gondolják; az ő számitása szerint a genitalis megbetegedések között 2%-nál valamivel többen.

A tuberculosis-bacillussal való fertőzés a női ivarszervek bármely részében localisalódhatik és fejlődhetik.

A női genitaliáknak elsődleges tuberculosisa előfordul ugyan, de sokkal ritkább mint a másodlagos.

A bacillusnak átvitele olykor a vulvából (ascendaló infectio), gyakrabban azonban a felsőbb részekből (descendaló infectio) történik.

Valószinűleg az infectio leggyakrabban a belekből indul ki, akár közvetlenül, akár közvetve a mirigyek vagy peritoneum útján.

A női genitaliák infektiója haematogen vagy metastasisos úton is fejlődik.

Az átvitel minden neménél a lokalisatio a genitaliákban folytatólagosan vagy kimaradásokkal történhetik. Többnyire több részlet egyszerre betegszik meg, olykor azonban közöttük egészséges részek is vannak.

Előfordul, hogy a tuberculosis eredő helyén meggyógyul, ellenben az ivarszervekben erősen kifejlődik.

Idült lobfolyamatok, puerperalis, gonorrhoeás vagy lueses eredetűek, nemkülönben a dystrophia és hypoplasia az ivarszervekben gümőkórra való hajlamosságot létesítenek.

Pathognomonikus symptomák ez idő szerint még ismeretlenek.

A genitaliáknak lobos megbetegedései, a gümőkórnak más szervekben való evidens jelenlétében a genitaliák tuberculosisát is engedik sejtetni.

A kórisme csak kórboncztani vizsgálat alapján tekintendő kifogástalannak.

A legtöbb esetben a gümőkóros bacillus kimutatása által sikerül biztos kórismét felállítani.

Hiányos bacillus-lelet mellett némely szerzők typusos tuberculumnak kimutatását is elégségesnek tartják.

A prognosis mindig komoly, de csak messzemenő pusztításoknál kilátás nélküli.

Kiterjedt, különösen más szerveket is érintő megbetegedések esetében a therapia az általános kezelésre és egyes tünetek leküzdésére korlátoltassék.

Ha a folyamat csak a genitaliákra szorítkozik vagy ha az ivarszervi megbetegedés életveszélyes módon lép előtérbe, akkor az illető gócznak, illetve az ivarszerveknek teljes eltávolítása sikerrel biztat és azért a műtét indikált.

Faure J. A. (Páris) hét általa kezelt eset alapján részletesen tárgyalja a gümőkóros női genitaliáknak kórképét, főképen annak kórboncztanát. Azután alaposan fejtegeti a tuberculotikus adnex megbetegedéseknek különböző műtéti módozatait és ezek között *az uterus és adnexumok abdominalis úton történő teljes kiirtásának az uterus kettéhasításával (hemisection) adja az elsőbbséget.* Ezen methodust, mely a Terrier és Kelly-féle eljárásnak modificatioja, Franciaországban 5, Amerikában 3 óv óta használják és Németországban — a mint azt Faure szemrehányásként kiemeli — hat hóval ezelőtt mint új műtéti módozat ajánlották.

Amann J. A. (München) részletes monographiában tárgyalja az ivarszervi tuberculosist, melyben minden oldalról alaposan megvilágitja e kérdést és saját nézeteit a különböző, részint általánosan elfogadott, részint még vitás pontokat illetőleg az alábbiakban foglalja össze:

Congenitalis gümőkóros fertőzés az embernél minden bizonynyal előfordul, s valószinűleg a vérutakon át történik. A tuberculosis localisatioja a legkülönbözőbb szervekben, az ivarszervi tractusban is lehetséges. Erre vezetendő vissza némely kisebb gyermeknél előforduló ivarszervi tuberculosis, de itt a csirák a mirigyekben felhalmozódnak és csak innen kerülnek a vérpályákba. Valószinű, hogy a veleszületett gümőkórral fertőzött gyermekek rövidesen tönkre mennek, de azért hosszabb ideig tartó lappangás sincsen kizárva. Ritka esetekben kis gyermekek külső genitaliáin lokális infectio folytán primaer fertőzés is jöhet létre.

Idősebb gyermekeknél és felnőtteknél a testnek gümőkóros fertőzése csaknem kivétel nélkül a lélegző szervekből, sokkal ritkábban a bélből és mesenterialis mirigyekből indul ki. A mirigyek elsajtosodása alatt a tuberculosisos bacillusok erősen megszaporodnak a nyirkmirigyekben, a közelfekvő vérérfalak arrosiója által a vérpályába kerülnek, mely azokat a különböző szervekbe széthordja s igy azután másodlagos tuberculosisos góczok jönnek létre.

Bizonyos, hogy az elsődleges mirigygóczok jelentékenyen visszafejlődni, sőt elmeszesedni képesek, mig ellenben valamelyik különös hajlamossággal biró szervben (például csont, vese, ivarszervek, stb.) létező gümőkóros gócz kiterjedhet, sőt a vérrendszerbe áttörve tuberculosis miliaris-t is előidézni képes.

A női genital-tuberculosis keletkezését illetőleg csak a bronchialmirigyekből kiinduló haematogen út lett határozottsággal bebizonyítva.

Női genital-tuberculosissal csaknem kivétel nélkül a tüdő-, illetve bronchialmirigyek tuberculosisa együtt jár.

A tubáknak alakváltozásai kifogástalanul kimutatott haematogen infectio esetében ugyanazok, mint a női genital-tuberculosisnál általában.

A női ivarszerveknek tuberculosisra való hajlamossága nagyobb mint a férfiaké; a nőknél 20%, a férfiaknál 3% a genitaltuberculosis.

Az ivarszervek hypoplasiája férfiaknál s nőknél egyaránt fokozza a gümőkorra való hajlamosságot, hasonlóképen idült lobos, például gonorrhoeás változások, nemkülönben a puerperalis állapot is fokozzák a dispositiót.

Női genital-tuberculosis a peritoneum vagy bél felőli közvetítéssel a ritkaságok közé tartozik, ép úgy a nyirokutakon át való közvetítés.

Először a tubát támadja meg és ezt rendszerint a legerősebben, innen átterjed a méhre, cervixre, vaginára a lefolyó váladék útján, vagy pedig valamennyi részlet egyenkint vagy csak részletesen haematogen úton van fertőzve.

Közvetlen külső infectio által támadt elsődleges genital-tuberculosisnak nőknél való előfordulása igen kérdéses.

A primaer ivarszervi tuberculosisként feltüntetett esetek többnyire nem kifogástalanok.

Sem klinikai, sem műtéti leletek nem jöhetnek itt tekintetbe, hanem csak azon autopsiák, melyeknél az esetleg elrejtett góczoknak felkutatása tervszerűleg történt.

A gümőkóros változásoknak az ivarszervekben való elterjedtsége az elsődlegesség vagy másodlagosság kérdésére nem bir fontossággal.

A gümőkóros bacillusoknak a tubába való jutását legjobban a spermatozoáknak részvételével lehetne megmagyarázni. Gümőkórosok spermájában, ha ivarszerveikben nincsen is tuberculosis, tuberculosisbacillusok fellelhetők.

Ámde a gümőkórbacillus rendesen a váladék irányában, tehát az uterusban lefelé halad, ellenben a spermatozoák a váladékkal ellenkező irányba tereltetnek. Ennélfogva fel kellene tételezni, hogy az amúgy is gyér számban levő tuberculosis-bacillusok a spermatozoákon ragadnak. A dús uterusváladék folytán a nyákhártya csillószőrmozgása alig lehet befolyással.

Pinner kisérletei beigazolták, hogy corpuscularis elemek a váladékáram által a tubán és uteruson át egész a hüvelyig gyorsan továbbittatnak.

Az úgynevezett cohabitatiós fertőzések a gümőkóros férfiúval való hosszú együttélés által sokkal több másnemű fertőzési veszélyt rejtenek magukban, különösen a nő lélegzési szerveire, mint a cohabitatio.

Gümőkóros primaeraffectusokat a vaginán vagy a külső genitaliákon megfelelő mirigynagyobbodással nem igen észleltek, ilyenek csak az egyes szerzőktől felvett, a paravaginalis szövetekbe történő beoltás által volnának feltételezhetők.

Különös fontosságúaknak látszanak az alábbi kórboncznokok adatai: *Bollinger, von Recklinghausen, Ribbert, Albrecht* (Bécs), *Schmorl, Aschoff, Albrecht* (München), a kik felnőtteknél egyetlen egy kifogástalan primaer ivarszervi gümőkóresetet sem láttak.

Az ivarszervi tuberculosisnak ascendálóra és descendálóra való felosztása czélszerűtlen, mert a primaer, tehát az állítólagos ascendáló esetekben is a tubát támadja meg először a folyamat.

A hüvelynek congenitalis atresiája esetében a külső fertőzés absolut biztossággal kizárható.

Az ivarszervi tuberculosisnak prophylaxisa ugyanaz mint a tüdőgümőkóré, t. i. a szervezet ellenállási képességének emelésében, a fertőzési veszélyek csökkentésében és praedisponaló káros mozzanatoknak (gonorrhoea, puerperium, etc.) elhárításában.

A gümőkór ritkábban támadja meg a nők húgy- mint ivarszervét.

Leggyakrabban a vese, azután a hólyag, azután az ureter és csak igen ritkán támadtatik az urethra.

A húgyszerv gümőkórja az általános tuberculosisnak egyik tünete. (*Casper*).

A húgyutak gümőkórja descendáló folyamatnak tekintendő.

A gümőkórnak a szomszédságból a húgyszervre való átterjedése igen ritkának látszik, nem ismeretesek oly esetek, a melyekben ezt az útat a női genitaltractusból felvenni lehetne.

Igy tehát a húgyszerveknek a női genitaliákból kiindult tuberculosisa nagyon valószinűtlen (legfeljebb tubercul. ivarszervi abscessusok áttörése jöhetne tekintetbe).

A női genitaliáknak tuberculosus húgyrendszer révén történő fertőzése alig lehetséges.

Ép ezért a női urogenital-tuberculosis elnevezése nem czélszerű, a mennyiben két teljesen elkülönített, csak egymás mellett létező rendszernek megbetegedéséről van szó, melyeknek fertőzése talán közös primaer góczból eredve, individualis dispositiojukhoz képest vagy külön-külön, vagy egy időben, azonban csaknem mindig haematogen úton történik.

Veit J. (Leiden) a betegség előfordulási gyakoriságát Hansemann statistikája alapján 4%-ban, az utóbbi 1½ évben 5·4%-ban állapitja meg.

Primaer tuberculosis ugyan ritkább mint a secundaer, de előfordul.

Az ivarszervi tuberculosis többnyire descendáló, ritkábban ascendáló, de beállhat a fertőzés a vérutakon vagy véletlen sérülések folytán a nyirokutakon át is.

Az ivarszervi gümőkór kórismeje lehetőleg a bacillus kimutatására támaszkodjék, esetleg a tuberculumok kimutatása is elegendő.

A genitalis-tuberculosis spontán gyógyulása előfordul. Primaer, illetőleg isolált ivarszervi gümőkór esetében a jókor végzett radikális műtét a legjobb gyógymód. Nem isolált, illetve másodlagos tuberculosisnál első sorban az általános therapia, mindenekelőtt sanatoriumi kezelés jön szóba, egyes esetekben a műtéttel is jó sikerek elérhetők; kivételesen tehát ez is szóba jöhet.

A palliativ helyi kezelésben a jodoformnak alkalmazása az első helyet foglalja el.

V. azután egy külön szakaszban tárgyalja a gümőkóros *peritonitist.* Ez rendszerint másodlagos, megkülönböztetendő ascitises és adhaesiv alakja.

A genitaliák megbetegedése lehet primaer, lehet secundaer és végül csak a genitaliák peritonealhártyájának tuberculosisában is állhat.

Peritonitisek kiterjedt göbképződéssel, melyek sem ovarialis tumorok, sem carcinoma által meg nem magyarázhatók, általában gümőkórosoknak veendők.

A peritonitis tuberculosa spontán is gyógyulhat, bár ez elég ritka eset.

A peritonitis tuberculosa laparotomia által, bár egyes esetek balsikerrel jártak, gyógyul; e balsikereket más szerveknek előrehaladt gümőkórja okozta.

E gyógyulásoknak általánosan elfogadott magyarázata még nincsen, a normális vagy antitoxinossá lett serumnak gyógyító hatása nagyon valószinű.

Therapeutice csak oly friss esetekben végzendő műtét, ha peritonitis folytán panaszok merülnek fel, a műtét megismétlése, ha igen korán operáltatott, szükségessé válhatik.

Idült eseteket észleltek; ha a spontan gyógyulás jelei nem mutatkoznnának, a műtét indokolt.

A műtét a linea alba-ban végzett laparotomiából, a folyadék kiüritéséből és a hasüreg zárásából álljon; csak ha egyidejűleg teljesen isolált genital-tuberculosis merül fel, az abdominalis radikalis műtét is végzendő.

Theilhaber A. (München). A gümőkóros peritonitis gyógyíthatóságát ma már senki sem vitatja és csaknem az összes orvosok azon nézeten vannak, hogy e megbetegedés gyógyítása gyorsabban és gyakrabban történik laparotomia mellett. A mellett még nincsen eléggé plausibilis magyarázat e gyógyulási folyamat számára. Hogy a fény vagy levegő behatolása volna a gyógyulás oka, azt ma már senki sem hiszi. De még *Sippel*, *Gatti* és másoknak elmélete, mely szerint a laparotomia okozta friss exsudatum bacillusellenes hatása okozná a gyógyulást, szintén nagyon valószinűtlen. Előadó szerint a laparotomia csak eszköz arra, hogy az esetleg jelenlevő exsudatum felszivódása elősegíttessék; a tuberculumokra semmi hatása sincsen. Az esetek nagyrészében az exsudatum többnyire az aorta gyökeinek, a venae mesentericae sup., infer., etc. kompressioja folytán áll elő, melyet megdagadt retroperitonealis nyirokmirigyek és a mesenteriumban levő tuberculomok idéznek elő, a melyek ismét a mesenterium zsugorodását vonják maguk után. A venák lumenjeinek ilyformán támadó nagyfokú szükülete a peritoneumba irányított erős transsudatióra vezet. A laparotomia útján ezen transsudatum teljesen kiürül és a mint számos tapasztalat bizonyitja (*Jaffé* s mások), a hasüregben számos kiterjedt adhaesiónak képzésére vezet. Az ezen adhaesiókban támadt új vénák átveszik a collateralis vérkeringést és igy megakadályozzák újabb ascitesnek a képződését. Az ascites gyógyulásával étvágy és emésztés is javul, a test megerősödik és a közérzetnek javulása folytán nem ritkán a tuberculumok is önként gyógyulnak. Ezen felfogás helyes volta mellett szól azon körülmény is, hogy rákos daganatoknál is az ascites a próbalaparotomia után elmúlik és többé vissza nem tér, daczára annak, hogy az alapmegbetegedés még mindig fennáll.

Ha ezen fejtegetések helyesek, akkor a némely oldalról a gümőkóros hashártyalob gyógyítására javasolt vaginalis laparotomia elvetendő és az abdominalis operatióval mindig kisérlet teendő a végett, hogy a hasüregben lehetőleg sok adhaesio támadjon. Ezt, miként *Talma* májcirrhosisnál tette, a parietalis peritoneum mechanikai izgatásával az utóbbinak megsértése avagy a hasfalhoz való odavarrása által lehetne elérni.

Spinelli P. G. (Nápoly) felemlit egy esetet, a melyben egy nő nemi szerveinek tuberculosisa a legnagyobb valószinűség szerint egy heretuberculosisban szenvedő férfival való közösülés folytán keletkezett.

Pozzi S. (Páris). A genitaliák tuberculosisa esetében az abdominalis radikalis műtevés mellett van, minthogy szerinte a betegségnek még korlátolt kiterjedésénél is sokkal czélszerübb a méhet és a függelékeket eltávolitani, mint a veszélyesebb és czélhoz nem vezető partialis műtétet végezni.

Gottschalk (Berlin) főképen *az örökölt primaer genital-tuberculosis kérdését* tárgyalja, a melynek lehetőségére nézve, tekintettel a bebizonyitott lepényfertőzésre, kétség nem állhat fenn. Ily esetekben a genitaliákban való elsődleges lokalisatiót inkább véletlenül haematogen úton létrejöttnek kell tekinteni. Ujabb bakteriologiai és embryologiai kutatások az elsődleges örökölt ivarszervi gümőkórnak más magyarázatát is engedik meg. Igy újabban bebizonyult, hogy gümőkórosoknak — még ha nem is szenvednek specialis genital-tuberculosisban — ondószálacskán gümőkóros bacillusok ragadhatnak. Azután *Boweri* valószinűvé tette, hogy a petesejtek nem a csiraepithel rétegből, hanem közvetlenül a termékenyités után a megtermékenyitett petesejt első oszlásánál az egyik oszlott sejtből támadnak, mely utóbbi valószinűleg mint nemi sejt tovább differenciálódik. Ez által aránylag nagy a veszély arra nézve, hogy a termékenyitő sejtmagon ragadó virulens gümőkóros bacillusok ezen nemi sejtek és ezzel egyszersmind a későbbi csirasejteket, illetőleg csiramirigyet fertőzhetik. A gümőkórnak ezen, a női csiramirigyben való primaer örökölt lokalisatiójának lehetőségére a jövőben tekintettel kell lenni.

Klinikailag ilyen esetnek kifogástalan bebizonyitása roppant nehéz, szinte lehetetlen, ugyanez áll általában a tuberculosisnak az ivarszervi traktusban való primaer lokalisatiójára. Pontos obduktio nélkül, de még azután másnemű korlátolt lokalisatio alig tekinthető primaer bántalomnak. Azonban azon indokolt álláspontra helyezkedve, mely szerint az ivarszervi traktusnak *elsődleges* és *kizárólagos* megtámadhatása klinikailag ki nem mutatható, szükségszerűképen azon következtetéshez jut, hogy a gümőkóros ivarszerveknek mindennemű totalexstirpatioja elvetendő, mert a műtét radikalis voltának bizonyossága hiányzik.

G. azon véleményben van, hogy az exakt klinikai megfigyeléstől, illetőleg klinikai kórtünetektől minden fontosságot elvitatni nem szabad. Igy pl. anamnesis, hosszú és pontos megfigyelésen alapuló klinikai lelet, valamint tartós gyógyulás gümőkóros genitaliák exstirpatioja után minden körülmények között legalább nagy valószinűséggel tanuskodnának az ivarszervi tuberculosis primaer volta mellett. Ennek bizonyitására G. egyik megfigyelt esetéről számol be, melyet joggal vél elsődleges örökölt genital-tuberculosisnak mondani, noha ezen véleményét — szerencsére — nem képes bonczolási lelet alapján igazolni. Az eset 32 éves virgo-ra vonatkozik, kinél atyai ágról második generatioban tuberculosis terheltség állott fenn és kinél G. feltevése a következő valószinű bizonyitékokon alapult:

1. Örökölt terheltség atyai részről.
2. Tartós amenorrhoea.
3. Évek hosszú során át tett pontos megfigyelések daczára más góczot kipuhatolni nem sikerült.
4. Mindkét ovarium és tuba, az uterus meg voltak támadva, a hüvely csak a hátsó boltozatban kis lapos daganat alakjában, alkalmasint egy a portion ülő, papillaris s könnyen szétmáló tumorral való érintkezés folytán, a melynek vizsgálata lehetővé tette a helyes diagnosist.

A vaginalis totalexstirpatio, mely erős összenövések folytán igen nehéz volt, mindkét ovariumnak teljes elsajtosodását, a jobb tubának csomós megvastagodását és mindkét oldalt sactosalpinx-et derített ki. *Mindkét petevezeték teljesen aplasiás, feltünően rövid,* az uterus izomzata között lokalizált sajtos genyes tuberculosus gócz van, melynek kiürítése után az uterus maga is aplastikusnak tetszik. A genitaliák peritoneális fedőhártyája nem gümőkóros. Az egyes szervek gümőkórja állaton végzett kisérlet, bacillus kultura és szövettanilag is bebizonyult.

5. A beteg a műtét, vagyis 2¼ év óta teljesen és tartósan egészséges maradt.

G. az esetet úgy magyarázza, hogy elsődlegesen örökölt petefészektuberculosis állott fenn, a honnan a folyamat a tubákra, az uterusra és végül a hüvelyre terjedt, a genitaliákat fejlődésükben akadályozta és igy okozta a tartós amenorrhoeát. Rendetlen, véres savó, mely az utóbbi években a genitaliákból kifolyt, a portionak papillaris daganatából eredt, melynek gümőkóros voltát G. még a műtét előtt histologice megállapitotta.

G. azután histologiai készitmények bemutatása kapcsán rátér az egyes szervek szövettani elváltozásaira és *Faure*-val szemben bizonyitja, hogy az uterus-izomzat között is fordul elő lokalisált uterus-tuberculosis.

Veit-tal G. egyik 10 éves tuberculosus ascitesre vonatkozó esetére támaszkodva, melynél diffus tuberculosis peritonitis, valamint a belső genitaliák peritonealis rétegén is diffus tuberculosis jelen volt, melynél azonban a műtétnél a genitaliákat nem támadta meg (az esetet *Nassauer* 1898-ban a Münchener med. Wochenschriftben irta le), szintén azt a nézetet vallja, hogy egyes esetekben a tuberculosus peritonitissel társuló genital-tuberculosisnak gyógyitása egyszerű laparotomia útján is lehetséges.

Ha *Faure* a tuberculosus méhnek per laparotomiam való teljes kiirtását ajánlja az uterus median kettéhasításával, akkor G. utalással az uterus-leletre a saját esetében óva int a hemisectio uteri-től, miután a tuberculosus méhben infectiosus abscessus is lehet bezárva, mely az uterus széthasitása által a peritoneumot fertőzheti.

G. esete bizonyitja, hogy még súlyos esetekben is per vaginam veszély nélkül lehet végezni radikalis műtétet.

Leray A. (Páris) főképen a virus behatolási kapuit tárgyalja gümőkóros ivarszerveknél és a különböző lehetőségeket (lélegzési szervek, nemi érintkezés, emésztési szerv, húgy-szerv) felsorolva, azon eredményhez jut, hogy a fertőzés útja eddig ismeretlen és valószinűleg egy sajtosan szétesett vagy skrophulosus mirigy képezi a fertőzési góczot.

Feltünő, hogy gümőkórosokkal érintkező vagy olyanokat kezelő egyének ritkán kapják meg a bajt, mig másrészt a külvilágtól elzárt emberek, pl. rabok igen gyakran lesznek tuberculosusokká.

Ezen, valamint L. által kiemelt más tények, mint pl. hogy a lokalis tuberculosis kezdetén a Koch-féle bacillus ki nem mutatható, hanem csak későbbi jelentékeny szöveti elváltozásoknál, autointoxikatio mellett szólnak. Egy bélsaprophyta, valószinűleg a proteus vulgaris bizonyos körülmények között normalis helyét változtathatja és a szervezetben elterjedhet, pl. alkoholismus (*Wurtz*), megerőltetés, asphyxia, meghűlés (*Bouchard*) folytán. A mikrobium a nyirokerek útján a ductus thoracicusba, innen a subclavián át a jobb szivbe és innen a tüdőkbe juthat.

Normális viszonyok között a mesenteriális mirigyeknek akadályt kellene képezniök, kóros viszonyok között azonban nem akadályozzák a mikroorganismusok elterjedését, melyek ha a tüdőt letelepedés nélkül átjárják, a vérkeringési utakba kerülve ott állanak meg és pusztitanak, a hol fejlődésüknek megfelelő, tehát már előzetesen megbetegedett talajra akadnak. Ezen hypothesis mellett szól pl. tumor albusnak trauma utáni fellépése.

Truzzi H. (Padua) megköszöni *Amann*-nak, hogy előadásában tekintettel volt előadónak klinikájáról eredő és az ivarszervi tuberculosist tárgyaló munkájára. Ő is megerősitheti az uterus hypoplasiájának jelentőségét a tuberculosisának aetiologiájánál, mely klinikai és anatomiai vizsgálatokon alapul és melynek logikus magyarázata az, hogy hyperplasiás uterusban gyakran fordulnak elő praetuberkulosus endometritisek, másrészt az, hogy a hyperplasiás szervek kevésbbé ellenálló képesek, valamint az, hogy ily szervekben a secretum könnyen felhal-

mozódik, a mi ismét praedisponáló momentum tuberculosis fejlődésére, a mint azt az ily tubáknak hiányos fejlődése bizonyítja.

T. egyetért *Veit*-tal abban is, hogy az uterus váladéknak bacillus kultura alapján való megvizsgálása méhtuberculosis eseteiben gyakrabban nyújt positiv eredményt, mint annak vagy a méh nyákhártyájának bakteriologiai vizsgálata, azonban nem szabad figyelmen kivül hagyni, hogy valamely gümőkóros tubából származó váladék egészséges uterus mellett is a tuberculosis képét fogja nyújtani.

A gümőkóros peritonitist illetőleg felemliti ama jó eredményeket, melyeket még súlyos esetekben is, mikor az egyszerű asepsises laparotomia sikertelen volt, formalin-oldattal (forralt vízben) elért.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Albert Döderlein: Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs. Fünfte verbesserte Auflage. Leipzig, Verlag von *Georg Thieme*, 1902.

Döderlein könyve alig tiz év alatt immár 5-dik kiadásban jelent meg, a mi legjobban bizonyitja, hogy szükséget pótló jó könyv. Mint a címe is mutatja, vezérfonal akar lenni a szülészeti műtéttani cursushoz s igy természetes, hogy ugyanazokban a hibákban szenved, mint az ilyen cursus maga, a mely csak a phantomon végezhető gyakorlatokat veheti figyelembe, ellenben a gyakorlatban oly fontos vérzéscsillapító, méhszájtágító eljárásokat, a lepény leválasztását stb. nem.

Ettől, a könyv természetében rejlő hiánytól eltekintve a 190 lapra terjedő, s 149 ábrával ellátott könyvecske mintaszerűnek mondható. Külön fejezetekben tárgyalja a magzat rendes elhelyezését, a szülés mechanismusát a magzat különféle elhelyezéseinél, azután a fordítást, a fogóműtétet, a magzat manualis kihúzását és a feldaraboló műtéteket. Minden műtét minden egyes részletének leirása külön ábrával van élénkítve, a mely ábrák, igen szép és a mellett egyszerű, tiszta kivitelükben, igen értékes részét képezik a könyvnek. A szöveg szerzőjének didaktikus tehetségére mutat; röviden, tömören s mégis világosan mond és magyaráz mindent, a mi a tudomány mai állásánál általánosan elfogadottnak tekinthető. Az újabb kiadásokban folyton figyelemmel van a szülészet ez ágának újabb haladására is.

A könyvecskét ezért a legmelegebben ajánlhatjuk úgy a tanulóknak, mint a gyakorló orvosoknak, a kik alkalomadtán nagyon jó hasznát vehetik az ily könnyű áttekintést nyujtó könyvnek.

Temesváry.

Ludwig Piskaček, Lehrbuch für Schülerinen des Hebammenkurses und Nachschlagebuch für Hebammen. Dritte vermehrte Auflage. Mit 100 Abbildungen. Wien und Leipzig, *Wilhelm Braumüller*, 1902. Ára kötve 7 K 20 f.

A bécsi egyetemi bábaiskola érdemes tanára, a ki bábatankönyvét még mint a linzi bábaiskola igazgató-tanára irta meg, ezt most 3-dik kiadásban bocsátja hallgatói rendelkezésére. A könyv nagyon alapos munkának mondható s bátran helyezhető *Dohrn* és *Credé-Leopold*-nak különösen Németországban általánosan elterjedt tankönyveivel egy sorba. Az általános vélemény ugyan, hogy ily tankönyv irása könnyű dolog, de a ki ezt a könyvet, vagy az új magyar bábatankönyvet figyelemmel elolvassa, az kell hogy belássa, hogy mily nehézségekkel jár a szülészetet oly egyéneknek tanitani, a kik a műveltség oly alacsony fokán állanak, mint a bábatanulók s megtalálni azt a határt, a meddig s a módot, a hogyan ilyenekkel a szülészetet megismertetni kell. Nem bocsátkozhatom itt a könyv egyes részleteinek ismertetésébe s csak mint különös előnyeit óhajtom kiemelni, hogy az emberi test általános anatomiájának, a szűk medenczének, a vérzéseknek a terhesség, szülés és gyermekágy alatt stb. külön fejezeteket szentel, hogy az asepsis és antisepsis lényegének és véghezvitelének leirására különös gondot fordit, hogy a nehezebben érthető dolgokat jó ábrákkal teszi könnyebben érthetőkké s végül hogy függelékben mindazokat a rendeleteket és törvényeket közli, a melyek Ausztriában a bábatanitásra és bábagyakorlatra vonatkoznak, beleértve egy szülési napló mintáját s a kitöltésére vonatkozó útmutatásokat.

A munka oly szépen és gondosan van megirva s a kiadóhivatal annak oly mintaszerű kiállításáról gondoskodott, hogy biztosra vehető, miszerint P. könyve idővel egész Ausztriában a bábatanitás alapjául lesz elfogadva.

Temesváry.

II. Lapszemle.

Szülészet.

Rühl W.: Über einen Fall von vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Nachgeburt; Beendigung der Geburt durch vaginalen Kaiserschnitt. (Centralbl. f. Gynäk. 1901. évi 47. sz.) R. esete egy harmadszor szülő nőre vonatkozik, kinél egy, a hasat előző napon ért gyenge lökés után úgy kifelé, mint különösen a méhűreg felé oly bőséges vérzés indult meg, hogy a nő agyanaemia folytán egy időre eszméletét is veszté. R. a szülés gyors befejezésére a szűken egy ujjnyi nyakcsatornát előbb kolpeurynterrel igyekezett tágitani, majd, minthogy ezalatt a vérzés befelé szemmel láthatólag tovább tartott és egy újabb ájulás is sietségre intett, gyorsan határozva, a typikus Dührssen-féle vaginalis császármetszést végezte, a mely után a már előbb elhalt magzatot könnyen sikerült magas fogóval extrahálnia. A magzat után azonnal távozott a lepény, követve nagy mennyiségű lazán alvadt vér által; mire a vérzés rögtön meg is szünt. Az egész műtét tartama eddig 6 percz volt. Az ejtett seb szabályszerű egyesítése és az acut anaemia kezelése után láztalan gyermekágy. Goodell statistikája szerint a lepény korai leválásának 107 esete közül csak hatban volt a magzat megmenthető, az anyák közül pedig 54 vesztette életét. R. véleménye szerint a vaginalis császármetszés ily esetekben a leggyorsabb mód a szülés befejezésére hüvelyi műtétekben kellő gyakorlattal biró operateur kezében. *Adler Oszkár* dr.

Iványi K.: Ritgen-Olshausen műfogása. (Magyar Orv. Lapja. Melléklet: „Szülészet és nőgyógy." 1902. évi 1. sz.) Négy eset kapcsán leirja az eljárás lényegét és arra az eredményre jut, hogy e műfogás két szempontból becses és pedig: mint gátvédelmi eszköz és mint szülést befejező műtét. *Király Károly* dr.

Häberlin: Akute Sepsis, Pseudoileus, Jodoform-intoxicaton, unstillbares Erbrechen? (Centralbl. f. Gyn. 1902. évi 1. sz.) Szerző egy esetben mesterséges abortust és utána tubaátmetszést végzett sterilisatio czéljából. A beteg majdnem elpusztult a felsorolt diagnosisok tünetei között, midőn $^1/_2$ liter sósvíznek subcután infusioja csodásan hatott, a beteget 15-öd napra gyógyultan bocsátottak el. *Fleischman* dr.

Fischer: Zur Behandlung des unvollständigen Abortus. (Der Frauenarzt, 1901. évi 3. sz.) Beuttnerrel szemben a manualis eljárás híve. Álláspontja mellett érvül hozza fel, hogy nem fájdalmasabb mint az instrumentalis beavatkozás, infectiora sem nagyobbak az esélyek, mert kézzel az edények és a nyirkutak nem nyittatnak annyira meg, mint curette-el. *Pfeifer*

Costa R.: Dell'acetonuria nello stato puerperale. (Annali di Ostetr. e Ginecol. 1901. évi 3. sz.) Szerző vizsgálatainak eredménye: 1. A terhesség alatt az acetonuria nagyobb fokú, mint a nem terhes nőben. 2. Szülés alatt fokozódik, annak tartamával arányosan. 3. A gyermekágyban általában csökken, azonban a 6-dik napig mégis fokozottabb, mint a terhesség alatt. *Pauer.*

Trinondani E.: La conjugata vera in rapporto con l'altezza sacrale. (Annali di Ostetr. e Ginec. 1901. évi 6. sz.) Szerző 300 medenczét vizsgált (praeparatumon, élőn s hullán), kiderítendő, milyen viszony van a keresztcsont magassága (nem hossza!) és a conjugata vera közt s arra az eredményre jutott, hogy a két méret, csak pár millimeternyi különbséggel némely esetben, megegyezőnek vehető. Érdekes, hogy ez a viszony, még a rendellenes medenczéken is fennáll. *Pauer*

Braitenberg J.: Beiträge zur Casuistik der Eklampsie. (Wiener klin. Wochenschrift, 1902. évi 7. sz.) Az innsbrucki klinikán 8048 szülés közül 46 eklampsia, azaz 5·47‰ volt és pedig 40 először és 6 többször szülő nőnél. 15 esetben, azaz 32·6%-ban szűk medencze volt jelen. A mortalitás 8·7%. Therapia a szülés lehetőleg gyors és kiméletes befejezésében állott; rohamok alatt morphium, jégzacskó a fejre, utána klysmák és meleg fürdők. *Király Károly* dr.

Ostrcil A.: Einige interessante geburtshifliche Fälle. (Wiener klin. Rundschau, 1902. évi 6. és 7. sz.) *1. Geburt bei angeborenen beiderseitigen Hüftgelenksluxationsbecken.* 20 éves nullipara veleszületett csípőizületi ficzammal, melyet kacsaszerű járás, lógó has, az ágyékcsigolyák nagyfokú lordosisa is elárul, szült a prágai klinikán. Medenczéjének méretei: D. sp. = 23, D. cr. = 24, C. d. = 10¼, C. v. 8·3. Szeméremív tág. Tiz órai erőteljes concentratiók után a fej még mindig a bemenet felett van, méhszáj két óra előtt eltünt, nagy fejdaganat képződik a jobb falcsonton. Tarnier-fogóval a fej a medenczébe húzatott le, majd később Simpson-fogó fejtette ki a fejet. Ez esetben a szülés az általánosan szűk medencze mechanismusa szerint folyt le, vezérpont a kis kutacs volt.

2. Carcinoma port. vagin.; Thermocauterectomia colli uteri; normaler Schwangerschaftsverlauf. Sänger a portio carcinomájában szenvedő 39 éves nőnél, kinél a méh fixált, a parametriumok infiltráltak voltak, a kóros részeket thermocauterrel eltávolította. Egy hónappal utóbb menstruatio, mely többé nem jelentkezett. Normalis terhesség végén szült. A renyhe contractiók élénkítésére a Müller-féle metreuryntert alkalmazta kielégítő eredménynyel, t. i. öt óra alatt a szülés lefolyt.

Király Károly dr.

Wolff W.: Ein Fall von Neurofibromatose. Wachsthum und Neuauftreten von Tumoren in der Gravidität. (Beitr. zur Geburtsh. und Gynaek. V. I. 1901. 137—144.) Neurofibromatosis alatt tudvalevőleg a veleszületett fibromás diathesist értjük. Ezen tumorok legtöbb esetben veleszülettek, más esetekben a gyermekkor első éveiben jelentkeznek. A tumorok erruptiójának okai különbözők: sérülések, pubertas, börbajok, graviditas. Jellegző rájuk: 1. a bőrben való fellépés, 2. az idegből való származás, 3. a bőr pigmentezettsége. Azon eseteknél, a hol a kitapintható nagyobb idegtörzsek tumormentesek voltak, a börtumorokban csak kivételesen tudtak idegrostokat kimutatni. Szerző egy ilyen esetet ir le. 35 éves I. gravidáról van szó, kinek emlőjén gyermekkora óta gombostűfejnyi papillák voltak, továbbá a jobb alsó szemhéjon egy kis lencsényi szőrrel fedett tumor. Négy hét óta veszi észre, hogy számtalan apró tumor és pigmentfolt keletkezett a testbőr legkülönbözőbb helyein. A tumorok górcsövi vizsgálatánál feltünik, hogy azok *idegrostokot* tartalmaznak, melyek az ideghüvely erős proliferatiója folytán szét vannak tolva. Magától értetődik, hogy a nagyobb, idősebb tumoroknál ezen erős burjánzás folytán az idegrostok agyon nyomatnak és ez lehet az oka, hogy a legtöbb szerző ezen képletekben csak kivételesen talált idegrostokat. Érdekes volt, hogy a pigmentfoltok a szülés után halványodni kezdtek. *Szili Sándor dr.*

Seitz L. Über Blutdruck und Cirkulation in der Placenta, über Nabelschnurgeräusch, insbesondere dessen Aetiologie und klinische Bedeutung. (Samml. klin. Vortr. 320. sz.) Friss lepényeken és köldökzsinórokon végzett rendszeres kisérletezés és a müncheni szülészeti klinika szülőnőinek és terheseinek megfigyelése alapján érte-

kezik S. a köldökzsinórzörejről. Ezen a magzati sziv systolejével összeeső fúvó zörej szerinte mindig a köldökzsinór vérereinek compressio- vagy (ritkán) rendellenes anatomiai fejlődés-okozta stenosisa folytán áll elő; mint hajlamositó momentumok szerepelnek: fokozott vérnyomás a magzati érrendszerben a köldök-ütőerekben néha előfordúló billentyűképződés (a venában billentyűket soha sem talált), a köldökzsinór rendkivüli hossza vagy rövidsége, kanyarúlatai, torsiója, valódi és álcsomói, Wharton-féle kocsonyában való szegénysége és főleg a magzat nyaka vagy végtagjai közé való hurkolódása. Klinikai jelentőség szempontjából 3 csoportra osztja a köldökzsinórzörej eseteit: *a)* a csak rövid ideig fennálló, majd megszünő zörejeknek practikus jelentőségük nincs, *b)* a halk, vagy csak rövid időre erősbbödő zörejek esetében a magzat csak ritkán van veszélyeztetve, *c)* a hangos, a szülés lefolytáig fennálló, sőt erősbbödő zörejek nagyobbfokú köldökzsinórbeli keringési zavarra engednek következtetni; ily eseteinek 90%-ban a magzat élete veszélyeztetésének egyéb jelei is kifejlődtek. E tünet tehát a magzati szivhangok sürű ellenőrzését teszi szükségessé, hogy a magzat életét, esetleg operativ beavatkozással megmenthessük. *Adler Oszkár.*

Resinelli G.: Ricerche comp. fra la pressione osmotica del sangue materno etc. (Annali di ostetr. e ginec. 1901. 11. sz.) Szerző az ismert Korányi-féle módszer szerint vizsgálta a szülőnő és az újszülött vérének, valamint az amnios folyadéknak osmosis nyomását s azt találta, hogy a legtöbb esetben az anyavér osmosis nyomása kisebb mint az újszülött véréé; mind a két vér osmosis nyomása általában kisebb, mint a felnőttek vérénél találni szokták. Az amnios folyadék osmosis nyomása végre kisebb mint akár az anya akár az újszülött véréé. Ikerterhességnél az amnios folyadékok osmosis nyomása különböző lehet. — Középértékben △ az anyavérnél —0·51,595, az újszülött vérénél —0·52,133, az amniosfolyadéknál —0·44,000. — Az anyavér a retroplacentáris vérből, az újszülött vér pedig a köldökzsinór placentáris csonkjából volt véve. *Pauer.*

Dirner G.: A terhesség korai megismerése. (Magyar Orvosok Lapja. Melléklet: „Szülészet és nőgyógy." 1902. 1.) Bizonyossággal megállapítható a terhesség a 4—10. hétben a következő jelekből: a méh assymetriás, az izomtonus kétféle és a pete tapadási helyén tapintható kiszögellés rugalmas tapintatú. Ezen Hegar-, Braun- és Piskaçek-féle jeleket D. is több esetben találta. *Király Károly.*

Schultze B. S.: Über die 10 Schwangerschaftsmonate. (Ctrlbl. f. Gyn. 1902. 2. sz.) Az életben azok, a kiket illet, csak a kalendáriumi hónapok után számítják terhességük tartamát és végét. Hogy sok zavart és félreértést elkerüljünk, szerző kivánja, hogy szakitsunk e ferde tanitással és számitsunk hetek szerint. *Fleischman.*

Merletti C.: Urobilinurie bei Schwangeren und Vermehrung derselben in Fällen endo-uterinen Fruchttodes. (Ctrlbl. f. Gynek. 1902.) Számtalan kisérletei alapján állitja, hogy a terhesség utolsó 1/4 évében egészséges nők vizeletében a spectroskoppal kimutatható bilintartalom 2-szerese sőt 3-szorosa annak, a mit egészséges, nem terhes egyéneknél találni; szerinte a magzat intrauterin elhalásakor a bilintartalom növekedik és a szülés utáni 5—10 napra tér vissza a normalis mennyiség határára. *Fleischman.*

Oliva A.: Gravidanza e anemia perniciosa progr. (Annali di ostetr. e ginec. 1901. 1. sz.) Részletes kórtörténete s bonczolásleletе egy esetnek, melyben anaemia perniciosa progressiva miatt mesterséges koraszülést végeztek, de eredmény nélkül, mert a beteg röviddel a szülés után elhalt *Pauer.*

Gynaekologia

Pincus L.: Castratio mulieris uterina. (Centralblatt für Gyn. 1902 évi 8. sz.). P. oly esetekben, midőn a menstruatio alatti vérveszteség is káros a súlyosan beteg nőre (tuberculosis, Bright-kór stb.), ajánlja a beteg élettartamának meghosszabbitására a méhtest nyálkahártyájának atmokausisát (110°—112° 1/2—1 percznyi tartam; legalább 2 izben). Az igy kezelt uterus egészen atrophicus, az orificium internum felett teljesen obliterált lesz. A szaporodásra képes nőknél eme „castratio" csupán gyógyithatatlan betegség esetében közvetlen indicatio vitalisból történjék, más okból azt végeznünk, azt esetleg a „fakultativ sterilitás", a Malthusianismus szolgálatába állitanunk nem szabad. *Fleischman.*

Ewald L. A.: Kraurosis vulvae. (New-York med. Monatschr. 1901. 5. sz.). Szerző kraurosis vulvae esetet ir le, melynél a szövettani kép a következő volt: A zsír-sejtréteg majdnem teljesen el van tünve; itt-ott kereksejt felhalmozódás, főleg az edények körül; izomrostok majdnem egyáltalán nem találhatók, a kötszövet zsugorodott; rugalmasrostok nem degeneráltak, jól kifejezettek. Feltünő volt a majdnem absolut mirigyhiány. Emlitésre méltó egy erős hyperkeratosis. A kraurosis vulvaenál biztosan atrophiás és hypertrophiás folyamatok játszódnak le, előbbiek a mélyben, utóbbiak a felületen egymás mellett és pedig lobos inger által okozva. Carcinomával való kombinatio is előfordul. A legjobb therapia az excisio, habár Heler egy esetet előrement forró borogatások után formalin-etetéssel és ichthyol vizes oldatával való eseteléssel meggyógyitott és Martin egy esetben uterus dilatatio és méhkikaparás után jelenjékeny javulást észlelt. *Weisz Ferencz.*

Butlin H.: A vulva leukomája vagy leucoplasiája és rákja. (Brit. med. Journal 1901. julius 13-dikán.). Három eset közlése: Az első eset egy 44 éves hajadon hölgyet illetett, kinél a leucoplakia diagnoskálása után 1/4 évre a labium majuson egy epithelioma lépett fel. Az operationak nem akarta magát alávetni és hat hónappal később másnak kezelése alatt halt meg anaemia és általános gyengeség diagnosisával. A második esetegy 73 éves özvegy volt, kinél B. egy teljesen leukomplaquetól környezett epitheliomát, mely a labium majuson ült, sikerrel eltávolitott. A harmadik eset egy 66 éves virgo volt, ki egyszer már a labium majuson ülő rák miatt megoperáltatott és kinél most a kiterjedt rákos, inoperabilis mirigy infiltratio mellett kiterjedt leukomaképződés volt jelen. B. A két affectio összefüggését nagyon valószinűnek tartja. (Referálva a Monatshefte f. pract. Dermatologie után.) *Weisz Ferencz.*

Thomass W.: Ein Fall von echtem Fibrom der Vulva. (Centralblatt für Gyn. 1901. 25. sz.). Egy 17 éves leánynál a vulvában a kis ajkak az orif. urethrae s a hüvelyfal legmellsőbb része között egy kemény tapintatú csonknélküli, az alappal szélesen összefüggő ovalis tyúktojás nagyságú daganat foglalt helyet Az eltávolitott tumor górcső alatt sejtdús fibromának mutatkozott Keletkezéséről bizonyosat nem lehet állitani, mivel úgy az urethra, lamint a mellső hüvelyfal egyenlő mértékben vannak a daganat határába bevonva. *Fleischman.*

Kolischer G.: Traumatische Granulome der weiblichen Blase. (Centralblatt für Gyn. 1902. 10. sz.). K. szerint ez elnevezés alá oly hólyag megbetegedések tartoznak, melyek a már lobosan megbetegedett hólyagban valamely tompa trauma (nehéz szülés, pessarium, leesés a kerékpárról stb.) következtében léptek fel. A subjectiv tüneteken kivül, mint milyen a vizelési inger, congestios érzés a hólyagtájon, főleg a gyakori és profus vérzések és a phosphatnak darabokbani kiürítése felemlítendők, E phosphat-darabok a granulomák felületéről származnak. A cystoscopos kép: egy hegben borsó — cseresznye nagyságú, pirosszinű, málnaszerű növedéket látni, mely széles alappal függ össze a környezetében lobos fallal. A therapiát illetőleg felemlítendő, hogy e növedékek annyira ellenállók mindennemű kezelésnek, hogy csupán eltávolitásuk (metszés, curettage, galvanocauterisatio) vezet eredményhez. Érdekes, hogy csupán tompa trauma után lépnek fel és K. a hólyag szomszédságában végzett műtét útján megsebzett hólyagban képződésüket még nem észlelte. *Fleischman.*

Krönig: Zur Diagnose der Tuberkulose der weiblichen Blase. (Centralblatt für Gyn. 1902. 19. sz.) A hólyagtuberculosis oly csekély subjectiv panaszokkal folyik le, hogy diagnostikai tévedések kikerülése végett hólyagbajoknál a cystoskop gyakoribb alkalmazását követeli. Egy esetében egy évek hosszú során át retroflexio uteriban szenvedő nőnél, ki mások által gyűrűvel lett kezelve, a kezelés eredménytelensége folytán K.-hoz került. A cystoskopos vizsgálatnál a bal ureter szájadzása körül gümős csomók láthatók s az ez oldali ureterből felfogott zavaros vizelet sedimentumában tuberculosis bacillusok voltak kimutathatók. A diagnosis baloldali vesetuberculosis, másodlagos hólyagtuberculosisra tétetett, miért is a vesét exstirpálta. Műtét után a lefogyott beteg két hó alatt hat kilóval hizott. *Fleischman.*

Van de Velde Th. H.: Behandlung der Cystopyelitis mit Methylenblau. (Centralblatt für Gyn. 1902. 23. sz.) 60 esetben alkalmazta a methylenkeket s szerinte e szer gyenge antisepticum, mely az összes nyálkahártyára, de különösen a hólyagéra izgatólag hat, hólyaghurut esetében tehát a bajt csak növeli, miért is Graefe-vel szemben egyáltalán nem ajánlhatja használatát. *Fleischman.*

Lachs J.: Die Gynäkologie des Soranus von Ephesus. (Samml. klin. Vortr. 335. sz.) Soranus orvosi műveinek felsorolása után L. annak főleg a bábák számára irt utasitását ismerteti, mely Soranus egész szülészeti és nőgyógyászati felfogásának képét adja. Soranus a methodikus iskola tagja volt, azonban mint jeles megfigyelő és logikus gondolkozó, más iskolák egyes tanai elől sem zárkózott el. Ránk maradt iratai, valamint kortársának, Moschionnak műve után itélve, Soranus eljárásai sokban lényeges haladást jelentettek. Hyppokrates és Celsus elveivel szemben tanai azonban — sajnos — halála után követőkre alig találtak. *Adler Oszkár.*

Eszközök és gyógyszerek.

Baumm P.: Die Verwendung tierischer Blasen in der Geburtshilfe. (Graefe's Samml. zwangl. Abhandl. IV. Bd. H. 7.) Koraszülés müvi megindítására B. a sublimat-alkoholban sterilizált halhólyag-condomot ajánlja. E hólyag, elastikus katheterre erősitve, üres állapotban könnyen vezethető fel zárt nyakcsatornán át is a méhbe, hol azután 100 cm^3 glycerinnel töltendő meg. A glycerin egy része osmosys útján a condomból kijutva, kifejti a méh izomzatára, illetve idegdúczaira specifikus fájáskeltő hatását; felszivódásra azonban belőle alig jut valami, mert legnagyobb része a katheter mentén kiszivárog. Innen van az, hogy a B. eljárása mellett glycerinmérgezés (albuminuria, haemoglobinuria), a mely a Pelzer által ajánlott glycerin-injectiók csaknem rendes kisérője volt, sohasem észleltetett. A glycerin helyére aránytalanul több viz diffundál a hólyagba, a melynek tartalma 4—5 óra alatt 2—3000 cm^3-re szaporodván, tömegénél fogva is fájdalomkeltő hatást gyakorol.

A drága Braun-féle vagy Champetier-féle kolpeuryntherek helyett B. a pár fillérért megszerezhető és hatásukban még megbizhatóbb sertés- vagy borjúhúgyhólyagokat ajánlja, melyek sublimat-alkoholban szintén sterilizálhatók. *Adler Oszkár* dr.

Gigli L. és Martinetti A.: Dell isto combinato del forcipe all' uncino ottuso etc. (Annali di ostetr. e Ginec. 1901. évi 12. sz.) Két eset kapcsán kiemelik a horog és fogó combinált használatának előnyeit tökéletes farfekvéses szülés befejezésénél. *Pauer.*

Frankl O.: Ein neues trepanförmiges Schädelperforatorium. (Wiener klin. Wochenschrift, 1902. évi 3. sz.) Minden segitség nélkül könnyen alkalmazható, e készülék lényege abban áll, hogy a trepan már az eszköz által rögzitett koponyán működik, hogy belülről kifelé fúr és hogy a fúró az azt körülvevő védőhüvely folytán sérüléseket nem okozhat. Az eszköz könnyen szétszedhető és sterilizálható. *Király Károly* dr.

III. Bibliographia.

Aronsohn B. Über Chorea gravidarum. Diss. Leipzig, 1901. — *Bachmann O.* Über den Wert der sogen. Wehenmittel. Breslau, 1902. — *Baudelac de Pariente A.* Des tares observées chez les rejetous de mères tuberculeuses. Par., 1902. — *Besser M.* Die Erfolge der Lawson-Tait'schen Dammplastik bei completen Dammrupturen. Berl., 1902. — *Betschmann T.* Über ein fibro-epitheliales traubiges Papillom des Ovarium u. seine Beziehungen zu Keimepithelcysten. Zür., 1902. — *Blancard Ch.* Sur le rôle de l'amnios dans les malformations congénitales. Par., 1902. — *Bleuzé P. A.* L'hystérectomie est-elle indiquée dans le traitement de l'infection puerpérale aignë ? Lille, 1902. — *Bouchet E.* Des accidents dus à la constipation pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Par., 1902. — *Braye Ed.* De la tuberculose de l'utérus. Par., 1902. — *Bredier F.* De certaines formes de pyélonephrites au cours de la grossesse. Par., 1902. — *Brieus Ch.* Considérat. sur les causes invoquées pour supprimer l'allaitement au sein. Par. 1902. — *Bronstein A.* Über puerperale Mastitis. Berl. 1902. — *Brunet G.* Die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen extra- und intrauteriner Gravidität bei der Hypertrophia colli uteri supravaginalis. Diss Strassburg, 1901. — *Büllmann G. A.* Ueber abdominale Totalexstirpation bei Uteruscarcinom. Würzburg, 1901. — *Daphnis E.* Étude sur la vulvo-vaginite chez la jeune fille. Montp., 1902. — *Deneffe V.* Le speculum de la matrice à travers les âges. Anv. 1902. — *Dreyfus R.* Kritische Studie der verschiedenen Operationsmethoden bei conservativem Kaiserschnitt, mit besonderer Berücksichtigung des queren Fundalschnittes. Diss. Strassburg, 1900. — *Dumond P.* Des déviations consécutives à l'infection puerpérale. Par., 1902. — *Fuget J.* Les atrésies utéro-vaginales. Toul., 1902. — *Fauverghe L. J.* De la perforation spontanée des pyosalpinx dans la vessie. Lille, 1902. — *Ferreux.* Des troubles respiratoires d'origine menstruelle. Par., 1902. — *Fileux L.* Des tumeurs malignes primitives de la vulve. Par., 1902. — *Finkelstein H.* Die durch Geburtstraumen hervorgerufenen Krankheiten des Säuglings. Berl., 1902. — *Fischer-Dückelmann Anna.* Entstehung, Verhütung u. Heilung der Frauenkrankheiten aller Altersstufen, f. Frauen u. erwachsene Töchter. 3. Aufl. Berl. Bermühler. — *Frick K.* Heilung der tuberkulösen Peritonitis durch Laparotomie. Diss. Leipz., 1901. — *Gabail L.* De l'étiologie infectieuse de certaines hydrocéphalies congénitales. Par., 1902. — *Grosse A.* Des indications de l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse et pendant le travail dans les grossesses compliquées de fibromes. Par., 1902. — *Grosse A.* Les grossesses compliquées de fibromes. Paris. Baillière et fils. — *M. Guès, née Gironce.* Du traitement conservateur dans les annexites. Toul., 1902. — *Guirauden Th.* De la putréfaction foetale in-utero. Montp., 1902. — *Guisoni L.* Étude critique des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne en obstétrique. Lyon., 1902. — *Haberhauffe F.* Ueber Bartholinitis mit besonderer Berücksichtigung zweier Fälle von Lungenembolie nach Exstirpation der Drüse. Diss. Leipzig, 1900. — *Hammer F.* Stieltorsion bei Ovarialtumoren u. deren klinische Bedeutung. Würzb., 1902. — *Hazard H.* Rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement en dehors de celle qui est occasionnée par les tumeurs. Par., 1902. — *Hennig R.* Ueber Chorea gravidarum. Diss. Leipzig, 1901. — *Hoffmann Ad.* Die geburtshilfliche Bedeutung der foetalen Hydrocephalie. Berl., 1902. — *Hoffmann W.* Beitrag zur Lehre von Urethral-Divertikeln beim Weibe. Diss. Leipz., 1901. — *Jeaunin Cyr.* Etiologie et pathogénie des infections puerpérales putrides; recherches cliniques et bactérologiques. Paris, Steinheil. — *Jerochin M.* Zur Therapie der Haematocele retrouterina. Berl., 1902. — *Inglessi H.* L'hystérectomie vaginale sans pinces. Par., 1902. — *Jolly R.* Ueber die Prognose der Steisslage. Berl., 1902. — *Kermarrec I. R.* Des greffes de l'ovaire (greffes péritonéales et intraorganiques). Par., 1902. — *Klein G.* Ueber Appendicitis u. ihre Beziehungen zu den weiblichen Geschlechtsorganen. Diss. Strassb., 1901. — *Kühlmann E.* Die Graviditas interstitialis. Ein Beitrag zur Kasuistik derselben. Diss. Strassb., 1900. — *Lavie R.* De l'embriotomie rachidienne dans les rapports avec l'incarcération foetale. Par., 1902. — *Leclerque F. V.* Des cystotoxines placentaires. Lille, 1902. — *Lecq Th.* De l'hystéropexie vaginale. Par., 1902. — *Lemasson A.* Du traitement palliatif des cancers inopérables du col de l'uterus. Par., 1902. — *Lenhossék M* Das Problem der geschlechtsbestimmenden Ursachen. Jen., 1902. — *Lenneper A.* Ueber das serienweise Auftreten der Eklampsie mit besonderer Berücksichtigung der Infectionstheorie. Diss. Bonn, 1902. — *Loubet L.* Énucleation par voie abdominale des fibromes utérines. Par., 1902. — *Machenhauer.* Ueber 1. Vaporisation, 2. Alexander-Adam'sche Operation, 3. Extrauterinschwangerschaft. (Erfahrungen aus der Privatfrauenklinik v. M. in Darmstadt.) Leipzig, Konegen.

IV. Folyóiratok átnézete.

1. Magyar lapok.

Bába-Kalauz. 7. sz. *Iványi.* A gyermekágy rendellenességeiről. — *Turcsányi.* Lelenczek és lelenczházak. — 8. sz. *Reich.* A terhesek és szülőnők lógó hasáról. — *Doktor.* A bábaügy országos rendezéséről. — 9. sz. *Sick.* Néhány szó az újszülött köldökének kezeléséről. — *Doktor.* A bábaügy országos rendezéséről.

Gyógyászat. 27. sz. *Doktor.* A bábaügy országos rendezéséről. — 30. és 31. sz. *Jellachich.* A rohamos szülésről. — 32. sz. *Székely.* Submucosus myoma okozta inversio uteri. — 33. sz. *Jellachich.* A rohamos szülésről. — 34. sz. *Doktor.* Méhfibroma. — *Jellachich.* A rohamos szülésről. — 41. sz. *Szalárdi.* A lelenczügy külföldön.

Magyar Orvosok Lapja. 25. sz. *Szana.* A csecsemőkórházak ügye. — *Deutsch.* Megjegyzések Szana czikkére. — *Szana.* Zárószó a csecsemőkórházak jelen polemiájához. — 29. sz. *Fleischl.* Koraszülés és syphilis. — 31. sz. *Kirchner.* Polycystikusan elfajult vese, mint szülési akadály. — *Tauffer J.* Ismétlő bábatanfolyam Temesvárott. — 37. sz. *Reisz.* Atresia vaginae esete (Sebészeti melléklet). — 38. sz. *Deutsch.* A bismutose alkalmazása a csecsemők gyomor-bélbántalmainál. — 40. sz. *Lévai.* Adatok a puerperalis sepsis kór- és gyógytanához. — 41. sz. *Neumann.* Öt szülés egy általánosan szük medenczéjű asszonynál.

Orvosi Hetilap. 27., 28., 29., 30. és 31. sz. *Parádi.* A méhgonorrhoea kezelése prostituáltaknál. — 41. sz. *Győry.* Semmelweis, vagy Holmes ?

Szülészet és nőgyógyászat. 3. sz. *Dirner.* Mesterséges koraszülés. — *Fonyó.* Carcinoma vulvae esete.

2. Német lapok.

Allgemeine medicinische Centralzeitung. 53—56. sz. *Libow.* Az intrauterin injectiók tanához. — 62. sz. *Courant.* 10 éven át hordott pessarium és annak eltávolítása Gigli-féle fűrészszel. — *Ponfick:* A placenta praevia totalis therapiája. — 63. sz. *Rothe.* Az osteomalaciáról.

Archiv für Gynäkologie. 66. k. 3. f. *Bergholm.* A terhes nők hüvelyváladékának mikroorganismusai. — *Poten.* A chorionbolyhok elhurczolása. — *Wegscheider.* Amidai Aëtios szülészetéből és nőgyógyászatából. — *Braitenberg.* Heveny hydramnios egy petéből eredő hármas terhességnél. — *Darger.* A kraurosis vulvae ismeretéhez. — *Voigt.* A vese és méh egyidejű bolyhos papillomája. — *Fleck:* A hydrorrhoea gravidarum aetiologiájához. — *Braun-Fernwald.* A méhenkivüli terhesség aetiologiájához, kórismézéhez és gyógyitásához. — 67. k. 1. f. *Vassmer.* A lig. rotundum uteri és a processus vaginalis peritonei kórtanához. — *Stoeckel.* Újabb tapasztalatok az uretersipolyokról és az ureter sérüléseiről. — *Heinricius.* Császármetszés esete; a Finnországban végzett császármetszések ismertetésével. — *Ziegenspeck.* A hymencysták keletkezéséről. — *Strassmann.* Placenta praevia. — *Haberda.* A tüdőpróba bizonyitó értékének kérdése.

Archiv für path. Anatomie. 169. k. 1. f. *Jonkorski.* Hemicephalia két ritkább esete, komplikálva prosoposchisissel és hernia nasofrontalissal. — *Schickele.* Az adnexcysták eredete és az oldalsó tubarészlet adenomyomái. — 2. f. *Schickele.* Az adnexcysták eredete. — *Iwanoff.* A méh rugalmas szövete a terhesség alatt.

Beiträge zur Geburtshilfe u. Gynäkologie. 6. k. 2. f. *Hegar.* Kórboncztani adatok az abortus tanához. — *Lichtenberg.* Az újszülöttek medenczéjének mozgékonyságáról. — *Glockner.* Méhrák és terhesség, különös tekintettel a műtétek által elért végleges eredményekre. — *Endelmann.* A subchorialis haematomák kasuistikája és kórboncztana. — *Seitz.* A terhes méh prolapsusa, különös tekintettel annak therapiájára a szülés alatt. — *Glockner.* A méh teljes kiirtásának eredményei annak rákos megbetegedésénél.

Berliner klin. Wochenschrift. 24., 25. és 26. sz. *Strassmann.* A terhes tuba eltávolítása hüvelyen át. — 26. sz. *Gottschalk.* Folliculoma malignum ovarii. — 33. sz. *Leopold.* Az újszülöttek szemgyuladásának meggátlása a Credé-féle eljárással. — *Senger.* Uterus bicornis puerperalisnál fellépett pyometra műtét által gyógyult esete. — 36. sz. *Bettmann.* Herpes laryngis menstrualis; megjegyzések a herpes menstrualisról. — *Mackenrodt.* Laparotomia hypogastrica extraperitonealis a méh-, hüvely- és végbélrák gyógyitására.

Centralblatt für Gynäkologie. 26. sz. *Döderlein.* A rákos méh abdominalis kiirtása Wertheim szerint. — *Catterina.* A hystero-kataphraxis.

27. sz. *Ungar.* A tüdőúszópróba értékének kérdése a méhűr csirtartalma esetén. — *Kossmann.* Mi az intraabdominalis nyomás? — *Schulze-Vellinghausen.* A méh perforatioja műszerrel.

28. sz. *Rissmann.* A cervix gyors kitágitása a Bossi-féle tágitóval. — *Poten.* A hashártya harántirányban való megnyitása, különösen a méhrák abdominalis eltávolításánál. — *Kurz.* Egy egyszerű varróeszköz.

29. sz. *Peters.* A hüvely primaer chorioepitheliomája; recidiva egy esete a gócz kiirtása után. — *Beuttner.* A Rapin-Küstner-féle suprasymphysaer-ivmetszés. — *Neumann.* A tüdővészes nők amenorrhoeája a természet gyógyító törekvése, vagy az erőhanyatlás következménye-e ?

30. sz. *Beutlner.* A fascia suprasymphysaer-ivalakú megnyitása Pfannenstiel szerint. — *Vertun.* A lysoform mint antisepticum. — *Holowko.* Egyszerű szerkezet a vizelet felfogására és levezetésére húgysipolyok esetén.

31. sz. *Ott.* A hasűr megvilágitása (ventroskopia) a vaginalis koeliotomiáknál. — *Neugebauer.* A cervico-vaginalis sipolyokról. — *Rissmann.* A német bábatanárok egyesülete.

32. sz. *Ahlfeld.* 3. és 8. pótlap a porosz bábakönyvhöz. — *Hermes.* A hüvely sérülése a coitus alatt. — *Endelmann.* Szülészi eljárás végbélrákkal complicált terhesség esetén.

33. sz. *Albert.* A steril élesztő és annak hüvelyi alkalmazása. — *Magnus.* A tiszta gyermekágyi staphylococcus-pyaemia. — *Bachmann.* Konservativ császármetszés ovarialis dermoid miatt; a dermoid kiirtása.

34. sz. *Theilhaber.* Uj speculum. — *Hagen-Torn.* Mi az intraabdominalis nyomás ?

35. sz. *Knapp.* Bossi-féle dilatatio egy esete. — *Ahlfeld.* Bábaügyünk jövője. — *Jahreiss.* Vaginalis császármetszés két esete eclampsiánál. — *Grusdew.* Urethroplastika Subbotin szerint.

36. sz. *Meyer*. Az intraabdominalis nyomás kérdéséhez. — *Pincus*. A higanynyal töltött kolpeurynther alkalmazása. — *Czervenka*. Selyemtartóval ellátott varróeszköz.

37. sz. *Polano*. A forró levegö alkalmazása a nögyógyászatban. — *Gradenwitz*. Gelatina-befecskendés után fellépett tetanus. — *Van de Velde*. A hebotomia. — *Kocks*. A sterilisatio kérdéséhez. — *Langsdorff*. Atresia vaginae.

38. sz. *Bäcker*. Fibromyoma és terhesség 6 esete.

39. sz. *Füth* Adatok a kéz desinfectiojához. — *Füth*. Az emberi terhesség tartamáról. — *Zweifel*. Megjegyzések elöbbi czikkhez. — *Kocks*. A teleologiai felfogás az orvos- és természettudományban.

40. sz. *Kleinertz*. Spontan létrejött komplet méhrepedés esete. — *Schroeder*. A VI. hónapban terhes rákos méh vaginalis totalexstirpatioja.

41. sz. *Temesváry*. A IV. nemzetközi nögyógyász-congressus Rómában. — *Ahlfeld*. A tubák átjárhatóságáról. — *Krönig*. Az art. hypogastrica és ovarica két oldali lekötése a méhrák palliativ gyógykezelésére. — *Peters*. A hüvely primaer chorioepitheliomájáról. — *Kaiser*. A méhszáj gyors tágitása Bossi szerint. — *Queisner*. A szorítócsipök és golyófogók alkalmazása a szülészetben. – *Kaiser*. Egy új varróeszköz.

Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte. 17. sz. *Meyer-Wirz*. A gyermekágyi láz törvényszéki jelentösége. — 19. sz. *Bossart*. A chloraethylnarkosisról.

Deutsche medicin. Wochenschrift. 23. sz. *Clamann*. Ductus omphalo-entericus persistens. — 24. sz. *Leritt*. A protargol alkalmazása az újszülöttek szemgyuladásánál (összefoglaló szemle). — 26. sz. *Winter*. Az anyatej minöségének megitélése gócsövi úton. — 29. sz. *Zanke*. Perforatio, vagy császármetszés? — 30. sz. *Bonnet*. Az embryo táplálásáról. — 31. sz. *Zangemeister* és *Wagner*. A fehér vérsejtek száma a terhesek, szülönök és gyermekágyasok vérében. — 32. sz. *Lehmann*. Dysmenorrhoea és aspirin. — 33. sz. *Elschner*. Perforatio, vagy császármetszés? — 34. sz. *Holz*. Egyszerü készülék a kolpeurynther-massage kiviteléhez. — 35. sz. *Baisch*. A Tavel-féle konyhasó-sodaoldat subcután alkalmazásának veszélyei. — *Weichhardt*. Kisérleti tanulmányok az eclampsiáról. — *Zangemeister* és *Wagner*. A fehér vérsejtek száma a terhesek, szülönök és gyermekágyasok vérében. — 36. sz. *Baisch*. A Tavel-féle oldatról. — *Jungeblodt*. Császármetszés hirtelen elhalt terhesnél; élö magzat. — 37. sz. *Danielsohn* és *Hess*. Alkohol és sublamin a kéz desinfectiojára. — *Färbringer*. Megjegyzések az elöbbi czikkhez. — *Silberschmidt*. Perforatio, vagy császármetszés? — 41. sz. *Wormser*. Börgangraena subcután infusio után. — 42. sz. *Olshausen*. A rák oltási metastasisai.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 16. k. 1. f. *Busse*. A haematocele-képzödésről. — *van der Hoeven*. Fiatal emberi peték. — *Loennberg*. Feltünö kicsiny foctus compressus esete. — *Thiemich*. Az anyatej Storch-féle reactiojáról. — *Zimmermann*. Az intrauterin ballonkezelés a szülészetben. — *Dutzman*. Az izzadmányok kórisméje és kezelése. — *Knautz*. Ovarialis dermoid ritka alakja. *Hübl*. A nö müvi sterilizálása. — *Lecène*. A franczia irodalom 1901. utolsó negyedében. — *Elischer*. Kézmárszky †.

2. f *Wiener*. Adenomyoma papillaris felrakódásokkal. — *Brüning*. A nöi nemi szervek tuberculosisa a gyermekkorban. — *Curschmann*. Nyujt-e elönyöket a Fritsch-féle fundalis metszés sectio caesareánál? — *Kraus*. Gonococcusok kimutatása a tuba falának mély rétegeiben. — *Koch*. Typhus-bacillusok a tukában. — *Krebs*. A méhrepedésről szülés alatt. — *Kermauner*. A fürtös üszög boncztana és aetiologiája. — *Hübl*. A nö müvi sterilizálása. — *Monchy*. A holland nögyógyászati és szülészeti irodalom 1902. I. negyedében.

3. f. *Bondi*. A köldökerek szerkezetéről. — *Semon*. A szülés complicatioja petefészektumorokkal. Ovariotomia abdom. inter partum; szülés per vias naturales. — *Amann*. A rákos méh transperitonealis kiirtása, különös tekintettel az ureterek ellátására és a medencze drainage-ára. — *Ahlefelder*. Kórodai és boncztani adatok a nöi nemi szervek tuberculosisához. — *Krönig*. A tüdöúszópróba értékének kérdése az uterus csírtartalma esetében. — *Hertzka*. A fürdövíz behatolása terhesek és szülönök hüvelyébe és a fürdö czélszerüsége ezeknél. — *Runge*. A bábaügy reformjához. — *Hartz*. A nöi nemi szervek tuberculosisa. — *Hantke*. A terhesség megszakitásának indicátiói. — *Bacon*. Az amerikai szül. és nögyógy. irodalom 1902. I. negyedében. — *Martin*. A IV. nemzetközi nögyógyászati congressus. — *Ascoli*. Porro †.

Münchener med. Wochenschrift. 25. sz. *Lewenfeld*. A narkolepsiáról. — 26. sz. *Hammer*. A retroflexio uteri mobilis klinikai jelentösége. — *Korff*. Morphin-scopolanin-narcosis. 28. sz. *Hennig*. Az ovariumok myxomája. — 30. sz. *Langstein* és *Neubauer*. A puerperalis uterusban lefolyó autolysis. — *Lauenstein*. A kezek fertötlenitése. — 31. sz. *Riech*. A méhen kivüli terhesség kezelése. — *Bamberger*. Cervixrák mint szülési akadály. — 33. sz. *Krönig*. A szülés vezetése szük medenczénél.

Prager med. Wochenschrift. 28. f. *Tieber*. Dicephalus tribrachius esete. — 31. sz. *Luksch*. Baloldali tubaris terhesség; a bal uterus szarv polypus mucosusa. — 33. sz. *Knapp*. Szülés utáni csillapithatatlan vérzések. — 35. sz. *Scheib*. Konservativ császármetszés egyidejü myomektomiával. — *Knapp*. Csillapithatatlan vérzések szülés után. — 36. sz. *Tauber*. Méhenkivüli terhesség és haemoglobinuria. — *Knapp*. Csillapithatatlan szülés utáni vérzések. — 37. sz. *Knapp*. U. az. — *Scheib*. Konservativ császármetszés egyidejü myomektomiával. — 38. sz. *Fellner*. A dysmenorrhoea balneotherapiája. — *Tauber*. Szülészet és nögyógyászat. — 39. sz. *Knapp*. Szülés utáni csillapithatatlan vérzések. — *Scheib*. Konservativ császármetszés egyidejü myomektomiával. — 42. sz. A hólyag curettezése cystitis dolorosánál.

Therapeutische Monatshefte. 6. f. *Frankl*. A dionin a nőgyógyászati gyakorlatban. — 9. f. *Hollweg*. Az intrauterin pessariumokról. — 10. f. *Keller*. Az abortus kezelése, különös tekintettel a narkosisra.

Wiener klin. Rundschau. 32. sz. *Neugebauer*. Hermaphroditismus érdekes esete. 39. sz. *Scheftel*. — Fistula vestibulo-rectalis sub coitu primae noctis.

Wiener klin. Wochenschrift. 31. sz. *Paschkis*. Az élesztő, mint gyógyszer. — 32. sz. *Scheib*. Müvi koraszülés 6 esete a Knapp-féle rugalmas fémbougiek alkalmazásával. — 37. sz. *Schüller*. Szülési felkarhüdés 3 esete és ezen hüdések összefüggése a veleszületett caput obstipummal. — 38. sz. *Chrobak*. A puerperalis méh tamponálása. — 41. sz. *Goldner*. A veleszületett lágyéksérvek kórisméje és gyakorisága.

Wiener med. Presse. 25. és 26. sz. *Korczynski*. Az osteomalaciások anyagcseréjének ismertetéséhez. — 28. sz. *Bogdanik*. A méhenkivüli terhességről. — 29. és 30. sz. *Kurz*. Haematokele retrouterina 3 esete. — 31. sz. *Woyer*. Adat a nöi nemi szervek sérüléseinek oktanához. — *Reichelt*. A gyermeklisztek alkalmazása a csecsemö táplálására. — 33. sz. *Wormser*. A retroflexio uteri mobilis klinikai jelentösége. — *Trautenroth*. A csecsemök pylorusszükülete. — 35. sz. *Bayer*. A rohamos szülések és következményei a gyermekágyban. — 39. sz. *Hochsinger*. Öröklött korai lues exanthema nélkül. — 42. sz. *Winternitz*. A gyógymód megválasztása retroflexio uterinél, különös tekintettel a subjectiv panaszokra.

Wiener med. Wochenschrift. 25. sz. *Herz*. A hüvely és méh durványos fejlödésének egy esete (uterus unicornis sin.) — 27. és 28. sz. *Herzfeld*. A méhmyomák mütéti kezelése. — 36—41. sz. *Kornfeld*. Gonorrhoea és házasság. 38—42. sz. *Frankl*. A kraniotomia és annak technikája a magángyakorlatban. — 42. sz. *Neumann*. A medenczekimenet tágulása a szülés alatt.

Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie. 47. k. 3. f. *Stauder*. Az ovarium sarkomáiról. — *Meyer*. A bal ureter beszájadzása a Wolff-féle vezeték egy cystájába. — *Stratz*. Uterustorsio myoma és acut haematosalpinx esetén. — *Zangemeister*. Klinikai adatok a gyermekágyi morbiditás kérdéséhez. — *Fett*. Újabb górcsövi adatok a börnek forró vízzel és alkohollal való fertötlenitéséhez.

Zeitschrift für Heilkunde. 7. f. *Kluge*. Vizsgálatok a hydranencephaliáról.

3. Franczia lapok.

Annales de gynécologie et d'obstétrique. 5. sz. *Hoche*. Infectiós eredetü utero-ovarialis thrombosis. — *Daniel*. Az érlökés és a hömérsék a gyermekágy alatt. — *Chiaventone*. A cystopexiáról. (Folytatás) — *Mikhine*. Ismételt méhrepedés. — 6. sz. *Bresset*. A csecsemök és az anyától való szoptatás. — *Frauta*. A medencze és a hasüreg cysta hydotidoxái.

58. k. 1. sz. *Herrgott*. Myxoedema, szülés és eklampsia. — *Gache*. Császármetszés 5 esete rachitises nönél. — 2. sz. *Varnier*. Állitólag méhkutatóval elöidézett vetélési esett bonczolása. — *Herrgott*. Achondroplasiás nönél ismételten végzett császármetszés esete. — *Cristianu*. Symphyseotomia 2 esete. — 3. sz. *Pinard*. A müvi koraszülés megindításának orvosi javalatai. — *Varnier*. Levret halála és végrendelete. — *Hartmann*. A nö hügyszerveinek klinikai vizsgálata. *Keitler* et *Pernitza*. Adalék a müvi koraszülés kérdéséhez.

Annales de la Policlinique de Paris. 4. sz. *Olivier*. Hosszú ideig tartó terhesség; halott magzat; accouchement forcé.

Archives Provinciales de Chirurgie. 5. sz. *Délageniève*. A tubouterinalis vagy interstitialis terhességről. — *Temoin*. Adalék a linea albában fellépö sérvek tanához. — 7. sz. *Lafourcade*. Fistula vesico-cervico-vaginalis.

Bulletin de la Société Belge de Gynécologie. 1. sz. *Lauwers*. Hasfali emphysema egy laparotomia után. — *Ugyanaz*. Az ureter megsértése hüvelyi punctiónál. — *Jacobs*. Hysterektomia méhrák miatt. — *Henrotay*. A mütét utáni hömérsékről anaemiásoknál. — *Ugyanaz*. Pseudokystás kocsányos fibroma serosus elfajulása. — *Dorff*. Méhmyoma és terhesség.

Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris. Márcz. *Chavanne*. A magzatburkok kórtana. — *Chron* et *Gossin*. Bélelzáródás és átfúródás a terhesség 3. hónapjában. — *Mercier*. Szük medenczék, bemutatásokkal. — *Blondel*. Személyes tapasztalatok 100 abortusnál. — *Piqué*. A hasi hysterectomiáról puerperalis infectio ellen. — *Bar*. Pete a méhszarvban. — *Boissard*. Lepényi időszak és fibroma. — Máj. Vita a méhinversióról. — Vita a szülészeti unuenclaturáról.

Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Paediatrie de Paris. Ápr. *Varnier*. Javítások az ollószerü embryotomon (embryotome-cisaille). — Máj. *Potocki*. Extrauterin terhesség ritka alakja. — *Lepage* et *Le Lorier*. Placenta marginata. — *Vasnier*. A terhes méh nyaki részének acut oedemája.

Gazette de gynécologie. 9. sz. *Gallaud-Gleine*. A fájdalmas vándorveséről. — 10. sz. *Glénard*. A vándorvese enteroptosisos elméletének története. — 11. sz. *Platon* et *Troin*. Ovaricumcysta és terhesség. — 12. sz. *Lambotte*. A hepatopexia totalisról. — 13—14. sz. *Archambault*. A nö nemi szerveinek elsödleges tuberculosisa. — 15. sz. *Galhausen* A méhenkivüli terhességről.

La Gynécologie. 3. sz. *Bouilly*. Fiatal leányok és fiatal asszonyok dysmenorrhoeája. — *Doléris*. A terhes méh retroversiója s ennek mütét útján való gyógyitása. — *Pluyette*. A méhmyomák gyógyitása. — *Inglessi*. A hysterektomia vaginalis pince-ek nélkül.

4. sz. *Blondel*. Paroxysmás hyperaesthesia vulvo-vaginalis. — *Dennecé*. Az izomelégtelenség szerepe az eventratiók pathogenesisében.

L'Obstétrique. 4. sz. *Maygrier*. A kriminalis vetélés kórjóslata és gyógyitása. — *Perret*. A puerperalis láz a Tarnier-féle klinika el-

különítő osztályán. — *Quillier.* A tejelválasztás fokozódása a fokozott igények szerint. — *Pierra.* Az újszülöttek galactophaitise s ennek gyógyítása.

5. sz. *Valency.* A rachitises medenczével biró nők műtéteinek statistikája és prognosisa. — *Perret* czikkének folytatása.

La Policlinique. 14. sz. *Hendrix.* Az eklampsia különös alakjáról.

Le Presse médicale. 41. sz. *Thoyer* et *Rozat.* A szülészet és a keresztény erkölcs. — 47. sz. *Chaput.* A különféle érzéstelenítési eljárásokról (aether, chloroform, chlorophyl, cocain). — 51. sz. *Tayle.* A rézsutos fektetés. — 53. sz. *Thoyer* et *Rozat.* Accouchement forcé és accouchement chirurgical.

Le Progrès Médical. 27. sz. *Budin.* A táplálkozás a korai gyermekkorban. — 30. 32. és 34. sz. *Narich.* A hydrocephalus felismerése utoljára jövő fejnél. — 35. és 36. sz. *Andistère.* A női nemi szervek fertőzése a férfi chronikus, nem gonorrhoeás urethritise által. — 40. sz. A magzati élet feláldozásának kérdése.

Revue de chirurgie. 7. f. *Boureau.* Chloroformnarkosis alatt létrejött agyvérzés egy esete. — 8. f. *Thévenot.* Ano-rectalis actinomycosis. — 9. f. *Delore.* A vese veleszületett ectopiája. — 10. f. *Girard.* Az aethylchloridnarkosisról.

Revue de gynécologie. 3. sz. *Mendes de Leon* et *Kolleman.* A petefészek-terhességről. — *Brouha.* Adalék az alhas teratoid daganatainak ismeretéhez. — *Carrière* et *Legrand.* Tubafibromyoma egy esete. — 4. sz. *Bouilly* és *Loewy.* A nagyfokú genitalprolapsusok műtéti gyógyítása. — *Ott.* A hasűr megvilágítása (ventroscopia) vaginalis koeliotomiánál. — *Brouha.* A cervicalis csatorna elsődleges tuberculosisa. — *Forgue.* A hólyagectopium műtéte Maydl módszere szerint.

Revue mensuelle de gynécologie, obstétrique et paediatrie. 3. sz. *Chavannaz* czikkének folytatása. — *Boucaud.* Kéthónapos terhes tuba megrepedése. — 4. sz. *Lannelongue.* Méhtestrák egy esete. — *Chavannaz* czikkének folytatása.

Revue pratique d'Obstétrique et de paediatrie. Ápr. *Thomin.* Az ophthalmia neonatorumról. (Folytatás.) — *Perrossier.* A köldökzsinór előesése és előfekvése. — Máj.-jun. *Daniel.* A bélelzáródásokról a gyermekágy alatt. — Jul. *Raoult.* A syphilis viszonya a családhoz. — *Couréménos.* A himlő befolyása a terhességre és a magzatra.

La Semaine Gynécologique. 20. k. *Récamier* et *Ethier.* Két hónaposnál fiatalabb tubaterhesség; repedés; nagy vérzés stb. — 21. sz. *Pichevin.* A peritonisatioról. — *Cresnet.* Az anaphrodisia. — 22. sz. *Condamin.* Ovariumcysta és terhesség. — 23. sz. *Pichevin.* A peritonisatioról. (Folytatás.) — 24. sz. *Pichevin.* Ovariotomia után fellépő parotitis. — *Ugyanaz.* Tüdőembolia hysterektomia után. — 25. sz. *Ugyanaz.* Az adnextumorokról. — 26. sz. *Ugyanaz.* A méhfibromák gangraenája. — 27. sz. *Ugyanaz.* Puerperalis infectio és hysterektomia. — 29. sz. *Benilly.* A dysmenorrhoeáról leányoknál és fiatal asszonyoknál. — 32. sz. *Pichevin.* A méhrák gyógyitása. — 33. sz. *Ugyanaz.* A suprapubises gynaekologiai műtétek utáni haemostasisról. — 34. sz. *Ugyanaz.* A méhrák gyógyítása.

4. Angol lapok.

American Journal of Medical Science. Junius. *Rosenow.* Kő és tumor a húgyhólyagban. — *Nicholson.* Az ureterek ellátása a hasi műtéteknél. — *Given.* Exencephalus. — *Boyd* and *Mc Farland.* A vese hypernephromájának esete a terhesség alatt. — Julius. *Vineberg.* A női urethra elsődleges rákja.

The American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children. 5. sz. *Bandler.* A méhenkivüli terhesség aetiologiája, szövettana és rendellenes lefolyása. — *Zinke.* Méhenkivüli és belüli terhesség egy esete. — *Janvrin.* A hüvelyi hysterektomia miként je a méhrák kezdeti időszakában. — *Baldy.* Új műtét a méh hátrahajlása ellen. — *Beyea.* Szerzett inkomplet és komplet méhelőesések nem szült nőknél. — *Mc. Cone.* Accouchement forcéval gyógyított súlyos toxaemia 4 esete. — *Girvin.* Hysterektomia 2 esete fibroma miatt anaemiával. — *Bonifield.* A hiányosan fejlődött méh. — *Weir.* A gynaekologiai kórtanról. — *Carmalt.* Vulvalipma.

6. sz. *Murray.* Második közlemény a vulva fekélyes bántalmairól, az úgynevezett lupusról vagy esthioméneről. — *Bacon.* Az emlők massage-ja a szoptatási idő alatt. — *Hiost.* Cystocelemütét. — *Girvin.* Uterus bicornis és vagina duplex. — *Baldy* and *Longcope.* Adenomyomata uteri. — *Peterson.* Inficiált petefészektömlők. — *Bandler.* A méhenkivüli terhességről. (Folytatás.) — *Johnson.* A méh hátrahajlását gyógyító műtétekről. — *Winter.* Masturbatio a gyermekkorban. — *Harrison.* Az eklampsia pathogenesise és gyógyítása. — *Bovée.* Tubaabortus.

46. k. 1. sz. *Ross.* Méhenkivüli terhesség. — *Bandler.* Méhenkivüli terhesség. (Folytatás.) — *Stinson.* Thyroid-kivonat dysmenorrhoea ellen. — *Kelly.* Újabb megjegyzések a viaszkos (wax-tipped) katheter alkalmazására vese- és ureterkő diagnosisánál s a retrograd katheterezés fontosságáról. — *Jenks.* A belgyógyászati gynaekologiáról. — *Gallaut.* Anencephalus. — *Smith.* Álterhesség.

2. sz. *Bandler.* A trophoblast- és chorionepithelium és ennek viszonya a chorion epitheliumához. — *Smith.* A méh- és emlőrák gyógyításáról. — *Russell.* Petefészek-sarkoma, a mely a Graaf-féle tüsző theca externájából indult ki. — *Noble.* Clitorisepithelioma. — *Reich.* Szülészeti esetek és vörheny. — *Brown.* Ventrosuspensio folytán szükséges császármetszés. — *Aldrich.* A gátműtétek technikájáról.

3. sz. *Noble.* Deciduoma malignum két esete. — *Weber.* Gerinczvelőérzéstelenítés. — *Crouse.* Mammakivonat méhfibromák ellen. — *Boyd.* Szülést akadályozó bicephalus. — *Aldrich.* Terhességi és gyermekágyi hűdések. — *Goldspohn.* A petefészek follicularis cystás degeneratiojáról. — *Gilman.* Magzathalálozás művi koraszülésnél.

Annals of Gynaecology and Pediatry. Április. *Hon.* Anencephalus esete. — *Smith.* Hysterektomia rák miatt. — *Hammond.* Egy nőnél két izben előállott vállfekvés. — Május. *Studdiford.* A levator ani anatomiája. — *Gallant.* A medencze anatomiája — Julius. *Robinson.* Az art. utero-ovarica ovarialis része. — *Reed.* A fej mély haránfekvése, mint a fogómütét egyik javalata. — Aug. *Fitch.* A leányok fanosodási kora. — *Pennell.* Előkészületek a szülés első időszakára. — *Stoemmel.* A hüvelyi hysterektomia nem sebészi szempontjai. — *Davenport.* A méh hátrahajlásának nem véres úton való gyógyítása. — *Robb.* A méh felfüggesztésének előnyei, hátrányai és eredményei. — *Montgomery.* A teljes és részleges hysterektomia relativ előnyei.

Bristol Medico-Chirurgical Journal. Márcz. *Swain.* A hasműtétek egy újabb sorozatának birálata.

British Gynaecological Journal. Május. *Williams.* Korai nemi kifejlődés 100 eset kapcsán.

British Medical Journal. 2170. sz. *Thome.* Rendkivüli nagyságú pyosalpinx. — *Sinclair.* A rákos megbetegedés nőnél, különösen klinikai szempontból.

Dublin Journal of the Medical Sciences. *Mac Ardle.* A méh és petefészek bajainak befolyása a bélelzáródás előidézésére.

The Glasgow Medical Journal. *Keor.* A császármetszésről 9 eset kapcsán. — *Mondy.* A gátrepedés okai, aetiologiája és gyógyítása.

Interstate Medical Journal. Jul. *Pearse.* A vérzés ellenőrzése medenczebeli tumorok eltávolításánál.

The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire. II. k. 1. sz. *Doran.* Cystás daganat miatt végzett kétoldali petefészekkiirtás után fellépett terhesség. — *Robson.* Elsődleges petefészekterhesség. — *Fothergill.* Tojásalakú sejtek fellépése szolid petefészekdaganatokban. — *Kerr.* Fritsch méhfenékmetszése conservativ császármetszésnél. — *Buist.* A symphyseotomia a magán- és a kórházi gyakorlatban. — *Nicholson.* A thyreoid-kivonat használata eklampsiánál és az eklampsia előtti állapotban. — *Stevens.* A mai császármetszés. (Összefoglaló szemle.)

2. sz. *Maule-Smith.* Szokatlan alkatú s petefészek- és széles szálagdaganatnak látszó tumor három esete. — *Fairbairn.* A petefészekfibromáról 7 eset kapcsán. — *Jardine.* A medencze sarkomás enchondromájának egy esete terhesség alatt. — *Colclough.* Az accidentalis haemorrhagia kezelése. — *Lockyer.* A méhenkivüli terhesség conservativ vagy exspectativ gyógyítása.

3. sz. *Sinclair.* Császármetszés cocain-érzéstelenités alatt. — *Herman.* Medencze-dermoid 2 esete. — *Taylor.* Petefészektumor mint szülési akadály; ovariotomia per vaginam a szülés alatt; gyógyulás. — *Helme.* A méh abdominalis exstirpatiojának 2 esete a szülést akadályozó fibromyoma miatt. — *Maclean.* Fibromyoma és terhesség. — *Doran.* 13 font súlyú retroperitonealis lipoma. — *Hart.* Petefészek és medenczekötőszövet, actinomycosis egy esete. — *Herman.* Az Emmet-mütét mint vetélési prophylacticum. — *Tate.* Méhsarcoma és fibromyoma glycosuriában szenvedő nőnél. — *Maclean.* Méhenkivüli terhesség egy esete. — *Bell.* Puerperalis eklampsia egy esete bonczolási lelettel. — *Daniel* and *Schneider-Sievers.* A cervix tágítása a Schatz-féle metranoikter segitségével. — *Lyle.* Terhesség és szülés esete tabes dorsalisnál. — *Hann.* Terhesség egy esete a menopausa után.

Lancet. Jul. 26. *Sinclair.* Aphasia puerperalis.

The New-York Medical Journal. Jul. 12. *Davis.* Polyhydramnios. — Jul. 19. *Polak.* A méhrák korai diagnosisa. — Aug. 2. *Macphater.* Gyuladásos folyamatok a női medenczében.

New-York Medical News. Máj. 3. *Bierhoff.* A női cystoskopia technikájáról. — *Coile.* Konyhasós oldat intravenosus befecskendése. — Máj. 17. *Griffith.* A nehezékes hüvelytükör alkalmazásának hátrányai. — Máj. 24. *Parke.* Az eklampsia gyógyítása. — *Abrahams.* Érvágás és beöntés eklampsia esetében. — *Seymour.* Puerperalis vérzés. — *Henry.* Az abortus és szülés utáni sepsis miként gyógyitandó? — *Gallaut.* A puerperalis toxaemia aetiologiája. — Jul. 12. *Bristow.* A petefészek és a tuba incarcerált herniájának egy esete.

Occidental Medical Times. Jul. *Briggot.* Méhenkivüli terhesség az általános orvosi gyakorlatban. — *Lindley.* A petefészekkiirtás hatása az agyra és az idegrendszerre.

Philadelphia Medical Journal. Ápr. *Wilson.* Ophthalmia neonatorum. — *Doughtie.* Terhesség egy uterus bipartitusban. — Jun. *Gleason.* Hasi hystero-kolpektomia, mint a méhnyak rákjának új műtéti eljárása.

The Practitioner. *Lewers.* A méhrákról. — *Roberts.* A méh rosszindulatú megbetegedéseinek aetiologiája és kórtana. — *Haultain.* A méh rosszindulatú bajainak diagnosisa. — Jul. *Sinclair.* A méhrák műtéteiről. — *Tate.* A méh rosszindulatú bajainak műtéti kezelése.

The Quarterly Medical Journal. X. k. 4. r. *Hellier.* A haematoceléről 16 eset kapcsán.

The Scottish Medical and Surgical Journal. Ápr. *Renton.* A hasmetszés értékéről. — Aug. *Bruce.* Vérzés a gerinczagyba a terhesség alatt.

Transactions of the Obstetrical Society of London. Jan. és febr. *Wilson.* Eklampsiához hasonló tünetekkel járó elsődleges pneumococcus-meningitis. — *Routh.* A terhesség 8½ hónapjában végzett hasi hysterektomia szülést akadályozó fibroma miatt. — *Bland-Sutton.* Tubaterhesség és abortus. — *Sturmer.* A vulva parasitarius tömlőjének egy esete. — *Lowers.* Hasi pan-hysterektomia két esete méhtestráknál. — *Lockyer.* Chorion epithelioma esete metastasisokkal a tüdőben. — *Routh.* A petefészek dermoidcystája colpotomia post. útján eltávolitva.

XLIV. k. *Staunus.* A magzatfej teratomája. — *Tate.* 16 évig visszamaradt lithopedion. — *Mc Kerron.* Vizeletrekedés a szülés után. — *Routh.* Kettős tubarepedés a fimbrialis végen. — *Mc. Cann.* Tubamola kolpotomia útján való eltávolitása. — *Williamson.* Rendellenes köldök-

zsinór. — *Bonney*. Superfoetatio esete. — *Berkeley*. Egy petefészektályog repedése 12 órával a műtét után. — *Bonney*. A bal petefészek szolid daganata. — *Horrocks*. Petefészeksarkoma. — *Ugyanaz*. Méhtuberculosis. — *Fairbairn*. Unilocularis petefészekcysta. — *Kerr*. Kis méhfibroma sarkomás elváltozással. — *Ugyanaz*. Hüvelyfibromyoma. — *Mc Cann*. A méhnyak lemezes rákja. — *Andrews*. Világrahozott prolopsus. — *Croft*. Cervixtuberculosis. — *Lewers*. Rákhoz hasonló cervixtuberculosis. — *Ralph*. Lymphangitis mammae. — *Tate*. Méhsarkoma. — *Doran*. Petefészekmyoma. — *Boyd*. Petefészekfibroma.

5. Olasz lapok.

Annali di Ostetricia e Ginecologia. 5. sz. *Tridondani*. Az anyai vér fajsúlya s ennek befolyása a magzat fejlődésére és nemére. — *Bertino*. Méhenkivüli terhesség vagy elhalt magzat visszamaradása a méhüregben? — 6. sz. *D'Erchia*. Kritikai tanulmány a kephalothripsiáról, canioklasiáról és az embryotomiáról. — *Roncaglia*. A női külső nemi szervek gonococcusos furunculosisa. — *Feoroni*. A magzati méhre vonatkozó embryologiai és anatomiai észleletek. — 7. sz. *Giglio*. Fejlődési rendellenességből eredő néhány súlyos anyai distokia. — *Raineri*. I. A vér bakteriumölő és antitoxikus hatásáról a terhesség alatt. II. Az anya és a magzat vérének ugyanily hatásáról. — 8. sz. *Ferroni*. A magzati méhről. (Folytatás.) — *D'Erchia*. Kritikai tanulmányok. (Folytatás.) — *Latis*. Peritonealis vérömlés (inundatio peritonealis).

Archivio Italiano di Ginecologia. Jun. *Merletti*. Urobilinuria a terhesség alatt s annak fokozódása a magzat elhalása esetében. — *Catterina*. A hysterokataphraxiáról. — *Catmani*. A belső nemi szervek daganatainak contractiojáról. — *Bossi*. A rák contagiositására vonatkozó kérdőív. — *Gatti*. A ventro-hysteropexia a méh anteflexiói esetében. — *Ajevoli*. Adat az emlő kétes eredetű daganatainak tanához. — *Ugyanaz*. Klinikai és anatomiai adatok a lipomák tanához. — *Spinelli*. A fibromák úgynevezett rosszindulatú átalakulásáról.

Archivio di Ostetricia e Ginecologia. 5. sz. *Burgio*. Angioma capillare vulvae. — *Gristalli J*. Adat a corpus luteum histogenesisához. — *Patellani-Rosa*. A gerinczesek és különösen az emlős állatok csontos medenczéje. Anatomiai tanulmány. — 6. sz. *Regnoli*. A Chrobak-féle eljárás a fibromyoma miatt végzett hasi hysterektomiánál. — *Campione*. Méh-hüvelyelőesés egy esete szűznél. — *Patellani-Rosa*. A csontos medenczéről. (Folytatás.) — 7. sz. *Trotta*. A szülést és gyermekágyat complikáló méhfibroma. — *De Arcangelis*. Fogóműtét által okozott symphysisrepedés. — *D'Erchia*. Haematokolpos és haematometra egy esete. — *Caterina*. A balneotherapia és hydrotherapia női bajok ellen. — *Patellani-Rosa*. A csontos medenczéről. (Folytatás.) — 8. sz. *Trotta*. Méhrák a terhesség, szülés és gyermekágy alatt. — *De Arcangelis*. Symphysisrepedés. (Folytatás.) — *Pattellani-Rosa*. A csontos medenczéről. (Folytatás.)

Arte Ostetrica. Ápr. *Terzaghi*. Bradicardia a gyermekágyban. — *Villa*. A méh alsó szakaszának fibromája által okozott nehéz szülés. — *Cioja*. Az ágyéki fájdalmakról. — Máj. *Amadei*. A szülés elhuzódása. — *Ferri*. Valóságos hármas csomó a köldökzsinóron. — *Amadei*. Vese-elégtelenség ritka alakja mint műtét utáni halálok. — Jun. *Ghezzi*. Hydramnios és magzati ascites. — *Vecchi*. Óriás magzatfejlődés egyéb kóros elváltozások nélkül. — Jul. *Bertino*. A magzat szívveréséről.

Bollettino della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. Máj. *Angelini*. Az ichthyol egy helyettesítőjéről a gynaekologiában. — *Scarlini*. Császármetszés egy előrement szülésnél szerzett méhrepedés miatt. — *Pinzani*. Spontán méhrepedés a szülés első időszakában. — *Coen*. Terhesség egy uterus didelphys bal felében; eklampsia; császármetszés. — *Gigli*. Az os pubis oldalsó átmetszése.

Bollettino della Società Toscana di Ostetricia e Ginecologia. Ápr. *Pestalozza*. A szülészeti nomenclatura tárgyában. — *Gigli*. A medenczemérésről. — *Poster*. A nemaspenni életéről és életképességéről. — *Santi*. Adeno-carcinoma ovarii. — *Pestalozza*. A nemi szervek prolopsusának műtéti kezeléséről.

La Clinica Moderna. 23. sz. *Volterrani*. Colpoperineoplastica. — 24. sz. *Pestalozza*. Adat a nemi szervek prolopszisának sebészi kezeléséhez. — 26. sz. *Gigli*. Symphyseotomia és az os pubis oldalsó átmetszése.

Clinica Ostetrica. Ápr. *Maggi*. A chinin malariás terheseknél. — *Federici*. A chinin magzathajtó hatásáról. — *Bisso*. A chinin hatása terhes nőkre. — *Biasotti*. Különböző rendes és kóros állapotok befolyása a tej összetételére. — *Melchiorre*. A nő idegrendszerének összefüggése a nemi szervek bajaival. — Máj. *Parlavecchio*. Infectios angio-colitis befolyása egy méhfibroma visszafejlődésére. — *Taruffi*. A méh kikaparása gyermekágyi fertőzésnél. — *Malatesta*. Mikromelia rendellenes szüléssel. — Jun. *Betti*. A chinin alkalmazása terhes nőknél.

Gazzetta Medica Italiana. 30. sz. *Bechi*. Adatok a császármetszéshez és a hysterektomiához a méh infectioja ellen.

Gazzetta degli Ospedali. 39. sz. *Bossi*. A rák contagiositása gynaekologiai szempontból. — 54. sz. *Ragazzi*. A képzelt terhességről. — *Mazzarotto*. Valódi superfoetatio esete.

Giornale di Ginecologia e di Pediatria. Máj. *Borgna*. A méhkutató a gynaekologiában. — Jul. *Bergesio*. Az álterhességről.

Lucina. Ápr. és máj. *Patellani*. A szülés befolyása a magzat életére. — Jul. *Calderini*. A rendes lepényi időszakról.

Il Policlinico. 4—5. sz. *Fiori*. Adat a kisérleti hydrosalpinxhoz s a tuba és petefészek physio-pathologiájához. — *De Gaetano*. Nephrektomia lumbalis, laparotomia és a máj varrása lőtt seb miatt.

Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia. Ápr. *Noto*. Császármetszés négy esete osteomalacia miatt. — *De Maldè*. Adat a hydramnios keletkezésének tanához. — *Cordaro*. A hüvelyi hysterektomia méhmyomáknál és kétoldali adnex-megbetegedésnél. — Máj. *Greco*. A placenta praevia aetiologiája és gyógyitása. — *Masciotta*. Klinikai adalék a nemi szervek prolapsusának sebészeti gyógyitásához. — Jun. *Pettazzi*. A vomitus uterinus aetiologiája és pathogenesise. — *Cordaro*. A hüvelyi hysterektomia méhmyomák és kétoldali adnextumorok ellen. — *Mauna*. A villamos gyógyitás a szülészetben és gynaekologiában. — Jul. *Ferroni*. Összehasonlító vizsgálatok az anya és a magzat vérsavójának toxikus hatását illetőleg. — *De Maldè* czikkének folytatása. — *Greco* czikkének folytatása. — *Pettazzi* czikkének folytatása. — *Boero*. A méhüregi öblitésekről.

Congressus.

A XIV. nemzetközi orvosi congressust Madridban fogják megtartani 1903. április 23—30-dikáig. A XIV. (szülészeti és gynaekologiai) szakosztályban a következő tárgyakat tüzték ki megvitatásra:

1. *A méhkiürtás javalatai puerperalis infectio eseteiben*. Előadók: *Cortiguera* (Santander) és *Pinard* (Páris).
2. *A placenta praevia gyógyitása*. Előadók: *Candela* (Valencia), *Pestalozza* (Firenze) és *Leopold* (Drezda).
3. *Az idült pelveocellulitis és peritonitis aetiologiája és gyógyitása*. Előadók: *Gil* (Malaga) és *Doléris* (Páris).
4. *Az opotherapia javalatai és értéke a gynaekologiában*. Előadó: *Jayle* (Páris).
5. *Az adnexmegbetegedések konservativ sebészete*. Előadók: *Fargas* (Barcelona), *Treub* (Amsterdam), *Dudley Palmer* (New-York) és *Mangiagalli* (Pavia-Milano).

Előadónak be van jelentve: *Salcedo y Gimstal*: A művi vetélés és koraszülés a természeti törvények, vallás, orvosi tudomány és büntető jog szempontjából.

VEGYESEK.

— *A szülészet és gynaekologiából magántanárokká* lettek: *Capaldi Achille* a nápolyi egyetemen, *Gardini Pier Luigi* a bolognai egyetemen, *Rocchi F. S.* a római egyetemen, *Vladimirov V.* a kazáni egyetemen.

— *A dublini Mater Misercordiae-Hospital* nőorvosává Madden More helyére *Farnan Róbert*-et nevezték ki.

— *Cincinnatiban* a Miami Medical College-en a szülészet és gynaekologia tanárai lettek *Wenning W. H.* és *Withrow J. M.*

— *Angersben Tessou*-t hivták meg a szokásos 9 évre a pathologia, sebészet és szülészet tanszékére.

— *Meghaltak: Switalski L.* a szülészet és gynaekologia magántanára Varsóban; *Beaudron Emile* kórházi szülész 38 éves korában Párisban; *Laroyenne* az egyetemi nőbeteg-klinika segédtanára Lyonban.

— *A bostoni egyetemen* három nő, a ki ugyanott nyerte el oklevelét, tanári állást foglal el s pedig *Swee Sarah* a szemészetből, *Buchmann-Cahil* a gynaekologiából és *Coon Marta* az állati morphologiából adnak elő.

— *Bécsben Chrobak* tanárnak a közegészségügyi tanácsban tett javaslata értelmében elhatározták, hogy mindazokon a kórházokon, a hol még ilyen nincs, *gynaekologiai osztályokat* létesitenek; az első ily oszályt a wiedeni kórház kapja.

— *Zimmermann*-t a greifswaldi egyetem női klinika első assistensét a *duisburgi* kórház gynaekologiai osztályának főorvosává választották.

— *Egy női orvosi iskola bezárása*. Bamba Dhuleep Singh herczegnő és 70 társnője, a kik eddig a chicagoi Nortwestern University orvosi egyetem hallgatói voltak, kénytelenek más egyetemekre beiratkozni, mivel a nevezett egyetemet igazgatói beszüntetik s pedig azért, mert 32 évi kisérletezés után belátták, hogy a nők mint orvosok nem prosperálnak, hogy nincs kereslet női orvosokban s hogy a nők együttes orvosi kiképzése a férfiakkal is csődöt mondott. Évenkint 125,000 frankot adtak ki e czélra, mondja *Raymund* igazgató, de a nők sem a laboratoriumi chemiai munkákat megérteni, sem a sebészet nehézségeivel megküzdeni nem képesek. Öt év előtt az intézet férfi- és női hallgatói közös kérvényt intéztek az igazgatósághoz, a melyben az együttes orvosi kiképzés megszüntetését kérték; ennek folytán az intézetet ezentúl csakis nők számára tartották fenn; ennek az eredményei azonban még rosszabbak lettek.

— *Anyaságot védő intézményt* (Oeuvre de Maternité) létesitett *Hergott* tanár 1890-ben Nancyban az óriási csecsemőhalandóság leküzdésére. A szülőintézetet elhagyó nők kötelezetnek négy hét mulva egy bizonyos napon újból jelentkezni; ekkor a csecsemőt megmérik, a súlyt a négy hét előttivel összehasonlitják s az anyát a súlygyarapodás, a csecsemő gondozottsága és az előbbi gyermekek száma szerint megjutalmazzák.

Oly nő, a kinek férje keresetképes s a kinek csak egy gyermeke van, kevesebbet kap, mint olyan, a kit a gyermek atyja elhagyott; több apró gyermekkel biró nő többet kap, mint az, a kinek csak egy gyermeke vagy több nagyobb, keresetképes gyermeke van.

Tiz év alatt (1890—1900) igy 25,382 frankot osztottak szét 2052 anya között. A 2052 gyermek 1909 kilogrammal gyarapodott, a jutalom tehát körülbelül 13 frankot tett ki kilogrammonkint.

A további eredmény, hogy most több nő szül a szülőintézetben s hogy a gyermekeiket maguk szoptató nők száma jelentékenyen emelkedett.

Budapest, 1902. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Kózol Antal J.) Dorottya-utcza 14. sz.

Tudományos melléklet az „Orvosi Hetilap“ 45. számához. 3. SZ. Budapest, 1902. november 9.

DOLGOZATOK AZ EGYETEMI BŐRKÓRTANI INTÉZETBŐL.

Szerkeszti: NÉKÁM LAJOS dr. m.-tanár.

TARTALOM. *Nékám Lajos* dr.: A Darier-féle bőrbaj helyzetéről a pathologiában. 17. l. — *Nékám Lajos* dr.: Kalium hypermanganicum borogatások használáról a dermatologiában. 25. l.

A Darier-féle bőrbaj helyzetéről a pathologiában.[1]

Irta: *Nékám Lajos* dr.

A XIV., XV. és XVI. számú táblákkal és 4. szövegközti ábrával.

A *psorospermose folliculaire végétante*-ot, a mai *Darier-féle betegséget* tárgyalva, *Besnier* 1891-ben azt jósolja tankönyvében, hogy ez a ritka folyamat „cessera d'être rare, quand on saura le reconnaitre“. Tíz év telt el azóta, és csakugyan, e folyamatról különböző nevek alatt, és más folyamatokról e nevek alatt annyi közlemény jelent meg, hogy feleslegesnek látszik az irodalomnak e téren való gyarapítása.

A közlemények áttekintésénél azonban rögtön kitünik, hogy e folyamat megismerésétől távolabb vagyunk, mint valaha. Azok a kutatások, melyeket az aetiologia kiderítésére *Darier*, *Boeck*, *Buzzi* és *Miethke*, *Petersen*, *Mourek* és mások végeztek, e folyamatnak se aetiologiáját, se pathologiai természetét és helyzetét nem derítették ki, sőt a közölt sok dolgozat, a számos congressuson elhangzott sok vita még arra sem volt alkalmas, hogy a kórképet klinikailag definiálja. A szerzők egy része független betegségnek tekinti; mások rokonságba hozzák azt egyéb betegségekkel — igy *Bidenkap* a lichent, *Lailler*, *Guibout* és *Olivier* az acnét, *Boeck*, *Hallopeau* a seborrhoeát, *Hallopeau* és *Leredde* fejlődési rendellenességeket, *Kaposi*, *White* keratosist, *Doctor* ichthyosist, *Kuznitzky*, *Neumann*, *Rille* az akanthosis nigricanst, *Pavloff* trophoneurosist, *Ravogli* és *Mansuroff* a Paget-féle betegséget hozzák vele közeli kapcsolatba. *Jarisch*, *Neumann*, *Doctor*, *Caspary* pedig egy sajátságos, lapszerű elszarúsodásokkal járó, kellőleg még nem ismert folyamatot identificálnak vele.

Dolgozataikban a szerzők egy része nem támaszkodhatott eredeti esetre; viszont az esetek egy részét többen is közölték, és nem mindig egybehangzó következtetésekkel. A legtöbb szerző kritikát gyakorol az előtte közölt irodalmon, és kizár onnan egyes eseteket; de rendszerint a nélkül, hogy harmoniában lenne e betegség definitiója tekintetében elődeivel.

Ily viszonyok között látható, hogy a folyamat se klinikai, se pathologiai, se aetiologiai tekintetben tisztázva még nincsen. Az alábbiakban ennélfogva 1. két eredeti esetet ismertetünk, 2. foglalkozunk az elemi laesiókkal, illetve a kiindulással, 3. a *corps rond*-ok sorsával állatkisérleteknél, 4. a nyálkahártyák szerepével, 5. a basalis réteg viselkedésével s ezzel 6. a kérdés pathologiai conceptiójával, 7. végre rendezzük az eddigi irodalomban közölt idevágó és innen kiküszöbölendő eseteket.

I.

Az első betegemet 1899. október 19-én láttam először klinikai ambulantiámon. Később az osztályomon feküdt: 1900. julius 4-től augusztus 28-ig, majd 1901. márczius 8-tól junius 7-ig és junius 11-től augusztus 4-ig. Utoljára láttam 1901. november 13-án, s legújabban levélbeli értesitést kaptam állapotáról, összesen tehát mintegy három évig volt megfigyelésemben.

O. F., mészároslegény, szül. 1883-ban. Erőteljes, zömök, sovány fiú. Anamnesis kevéssé deríthető ki és érdektelen. Hasonló beteget környezetében nem látott. A baj kezdetét 1894-re, kiindulási pontját halántékára viszi vissza.

Messziről olyan, mintha száraz habarcsréteget kent volna néhol testére. Ez a réteg közelebbről nézve sok ezernyi szürkés barna szarú tömegecskéből áll.

1899. október 19-dikén a halántékain, a nyakon a scalenusok fölött nagyon *sok*, a homlokon, állon, az orr és fülek körül *sürűn* elszórva, az inguinális tájon *ritkán*, a tarkón, a gége fölött, a hónaljban, hason *elvétve* nehány tűgombnyi, barnás-szürke, szarus göbökből álló felrakodás látszott, mely tapintásra a bőrt többé-kevésbbé érdessé, zsiros-ráspolyszerűvé, „borjúnyelvszerűvé“ tette. A göbök itt-ott follicularisan feküdtek, de rendszerint függetlenek voltak attól. Aggregált jellegüket még ott is megtartották, a hol számuk miatt confluáltak; többnyire kisebb csoportokban, plaqueokba rendeződve feküdtek. Erős kaparásra beszáradt comedora emlékeztető anyag vált le egyenetlen, deprimált, parányi ulcerosus felszinekről, mely itt-ott vérzett. Nem nedvezett; különösebb szagot nem terjesztett. A tenyereken a bőr kissé, de egyenletesen vastagabb, különben alig elváltozott; némileg fokozottan izzadt. Körmök, látható nyákhártyák épek. Mirigyek alig tapinthatók ki. Viszketés, fájdalom nem mutatkozott. Főleg a törzsön számos kisebb-nagyobb barnás pigment folt.

1900. julius 4-dikén újra jelentkezett. A folyamat időközben lényegesen terjedt. A göbök sokkal nagyobb számúak; néhol nagyságuk is emelkedett, és addig ép területeket is elfoglaltak. A nyak oldalai egészen el lőnek boritva; a két regio supraclavicularisban kölesnyi, lencsényi halmazok vannak, kemény sajtkéreg vagy kiszáradt celloidin tapintattal. A hason, főleg az övön terjedtek; a hónaljakban is szaporodtak s itt kender-, sőt almamagnyira is megnőttek; luxuriálók.

Nagy számmal mutatkoztak a hajas fejbőrön is, zsiros, korpás, hámló tömegecskékben, a nélkül, hogy a hajzat dús voltát alterálnák. A halánték bőre rigid, alig mozgatható, sötétbarna, ránczba nem szedhető a confluáló szarus masszák miatt, melyek a halántékot és a mastoidealis tájékot is teljesen elborítják. Erős izzadás, avas szag. Thyreoidea tabletták, salicyl-kenőcsök, sapolan-kötesek hatástalanok. (L. XIV. táblát.)

1901. márczius 8 dikán. A folyamat minden tekintetben terjedt. A mell, hát, karok és lábak kivételével az egész bőrön láthatók göbök. Az egész fej, nyak, hónaljak, öv, linea alba, inguen, genitaliák el vannak boritva göbökkel, melyek az intertrigós helyeken kendermagnyiak, vegetálnak, kissé rózsaszinűbbek; tenyerek elszarusodottak, repedezők, s sekély, mintegy kikarczolt horpadásokkal és jól kifejezett veritékporusokkal. Körmök épek. Az ajkak *nyálkahártyája* ép, a kemény szájpadláson azonban sok száz, tűszúrásnyi, áttünő, alig kitapintható izolált göböcske lépett fel. A buccalis nyákhártya ép. A nyak egyes részein, s az arczon itt-ott állitólag spontán gyógyult göbök után felületes, halvány vagy pigmentált, sima hegek tünnek elő oly pontokon, melyeken azelőtt kétségtelenül voltak göbök jelen. E hegekben néhol megint új, parányi áttünő göböcskék keletkeztek.

1901. junius 25-dikén. A kemény szájpadon a göböcskék jól kifejezettek, de mind különállók, érdesek. Nehány, alig kiemelkedő göb, és pontszerű fehéres, heges foltocska az ajkakon. A göböcskék egy része félgombostűfejnyire kiemelkedik, centralis depressióval bir, s belőle itt-ott némi nyál folyik, tehát nyálmirigyecske szájadékának felel meg. Idegen érzés nincs. A garatot, gégét, orrüreget felkérésemre Pollatschek dr. kartárs úr megvizsgálta, és egészségesnek találta. Egyéb, látható nyálkahártyák is épek.

Fájdalmak nincsenek; a beteg panaszai csak kozmetikus

[1] Bemutattatott a budapesti kir. orvosegyesület 1901. május 11-diki ülésén.

természetűek és csak fejének „tisztátlanságára“ irányulnak; kellemetlen a fej mozgatásánál a nyak bőrének rigiditása is.

Számos egyéb kezelés mellett, melyeket a test különböző részein parallel végeztünk (sublimat-párakötés, methylenkékborogatás, resorcinos, salicylos és arzénes paszták), még a legtöbb eredményt láttam a paquelintől, 10% kaliumhydrooxydatum energikus bedörzsölésétől és sapo kalinus kötésektől, s ily módon a hámnak és a papillaris rétegnek elroncsolásától. Ez úton rendszerint sikerült felületes, puha, világos hegeket létrehozni, noha néha ideiglenesen fissurák, ulceratiók mutatkoztak. A hegek azonban nem voltak mindig tartósak, némelyikben csakhamar új göböcskék fejlődését, tehát recidivákat lehetett észlelni.

Spontán gyógyulás, mint említettem, szórványosan mutatkozott; nagyobb ulceratiók, vegetatiók hiányoztak; a szarútömegecskék eltávolítása után azonban mindig rejtőző, itt ott vérző, kicsiny fekélyszerű depressiók mutatkoztak.

A száj nyákhártyájának kezelése valamivel több eredményt adott. Naponkint tömény tejsavval, néha jodtr.-val dörzsöltem be, s kétségtelen, hogy a göbök kisebbek, ritkábbak voltak a beteg távozásakor, mint annak előtte.

1901. november 13-dikán újra jelentkezett; az állapota nagyjában változatlan. A szájban a göbök nem szaporodtak; szájpad alig érdes; ajkakon számos fehéres, hegszerű folt, itt-ott tűszúrásnyi göbbel.

1902. május 20 dikán levélben panaszkodott, hogy a göbök megint nagyon ellepték a szájat, a kiütés azonban nem haladt a testen és annyira halványult az arczon, oly kevéssé feltünő jelenleg, hogy egy hôtelben szolgai állást tölthet be.

Ez esetben tehát a folyamat egy 11 éves, egészséges fiúnál kezdődött, és 8 év óta folyton súlyosbodott, átterjedt a szájra is, a közérzületet azonban eddigelé lényegesen nem zavarta.

A másik eset a következő:

N. F. hivatalnok gyermektelen neje, szül. 1865-ben. Erőteljes, kövér, alacsony, barna nő. Anamnesisében semmi adat. 1882-ben halántékán kezdődött a folyamat, és lassan elterjedt a hajjal ma is dúsan benőtt fejbőrre, melyen, egyes pontokat épen hagyva, seborrhoeás pörkökre emlékeztető, vastag, majdnem általános kiterjedésű tömegeket termelt, s innen lassan tovább terjedt.

1900. junius 21-dikén jelentkezett magánrendelésemen. Ekkor a végtagok, az oldalak még teljesen épek voltak, sima, puha, egészséges, pigment-foltokkal tarkázott bőrrel borítva. Meg volt támadva a hajas bőr, fül, halánték, orrkörnyék, az emlők alatti, sternum, nyak fölötti, hónalj előtti bőr, az öv, a crena ani és a két inguinalis hajlás, a localisatio tehát majdnem pontosan ugyanaz volt, mint a mit Louise Amiel esetében *Darier* az Int. Atlas VIII. füzetében lerajzolt.

E pontokon megint, mintha apró habarcsgöböcskék lettek volna félig bemélyesztve a bőrbe. Szürkésbarna, érdes, göbös tűgombnyi vagy kendermagnyi szarútömegek, melyek a fülek mögött száraz, rigid, érdes felszint, a hajas fejbőrön zsíros, hámló, korpás érdességet, az emlők alatt vegetáló, nedvező, vörös, intertrigós, infiltrált fájdalmas területeket, a linea alba fölött izolált göb-sorokat, az inguenben és a crena aniban burjánzó borsónyi, babnyi tömegeket képeztek. Erős pityriasis versicolor a mellen és háton függetlenül a másik elváltozástól. Férj egészséges. Hasonló bajban semmiféle rokona vagy környezője sem szenvedett; carcinoma családjában nem fordult elő.

Kérésemre Hofbauer Miklós dr. kartárs úr szíves közbenjárásával 1901. május 2-dikán osztályomra került, hol hat hetet töltött. Belsőleg thyrojodint kapott, localisan, az első esetemnél elért némi siker alapján kaparás, azután 10—25%-os salicyltapasz, tejsav-ecsetelés, sapo kalinus felkenés, sőt paquelin alkalmazása útján törekedtem a hámot elroncsolni és felületes hegesedést létrehozni. Különösen a fülek mögött, hol a folyamat barna, tapadó, zsíros, érdes kérgével nagyon szembeötlött, továbbá az emlők alatt és a lágyékban, hol a göbök luxuriáltak, és a járásnál némi nehézséget okoztak, alkalmaztam ily eljárásokat.

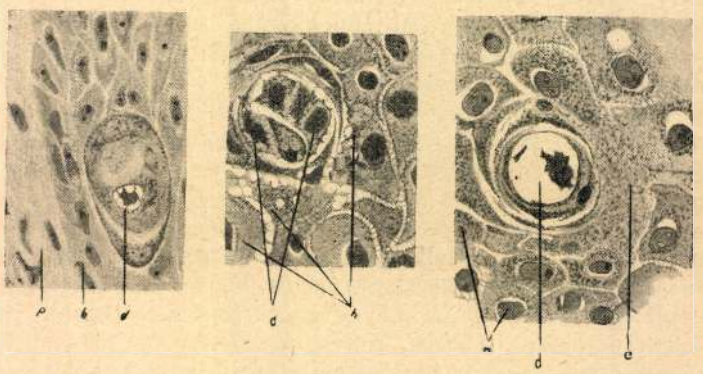
Az eredmény csak kevésse kielégítő volt; egyes helyek ugyan simán, mások kissé elevált heggel begyógyultak ugyan, de recidivák mutatkoztak, s a beteg gyógyulatlanul távozott.

A legújabb időben Hofbauer dr. kartárs szíves értesítése szerint a beteg állapotában csak annyiban állott változás elő, hogy a folyamat az övön és lágyékban kissé terjedt. A nyákhártyák most is épek; a talpak, körmök, genitáliák is immunok, a bal tenyéren azonban néha jelentkeznek lehámló göbök s ott valószínűleg hasonló folyamat fog megindulni.

II.

Hogy a folyamat lényegét megismerjük, azt kiindulásától kezdve kell követnünk. A kiindulást azonban nem a makroskopikus laesiók megjelenésétől kell számítanunk, mert a tűszúrásnyi, szabad szemmel alig észrevehető göbök a górcső alatt már előrehaladott elváltozásokat mutatnak. Ez okból nem egyezhetem *Thibault*-tal, ki szerint a primaer jelenség „une petite papule, surmontée d'une croute d'un brun noirâtre ou grisâtre ...“ vagy *White*-tel, ki szerint az egészen a keratosis pilarishoz hasonlit, *Lustgarten*-nel, ki szintén follicularis kiindulást hangsúlyoz, vagy *Bowen*-nel, hogy a folyamot „primarly et essentially a keratosis of the mouths of the follicles“. A viszonyok tanulmányozására olyankor, a mikor a betegség erősebben terjedt a betegnél, és olyan helyekből, a melyek a kóros határán, a látszólag még épek voltak, exscindáltam

1. ábra. 2. ábra. 3. ábra.



1. ábra. Fejlődő corps rond, a Malpighi-réteg alsó részén. Egy degenerált sejt *d* felduzzadt, szivacsos lesz és két másik sejtet félhold alakúra nyom. *b* basalis réteg; *p* papilla.

2. ábra. Több sejtű corps rond. Öt degenerált sejt erős elszarusodásban, csipkés szélekkel, körülöttük félhold alakú sejtek, a szomszédságban pedig hydropikus degeneratio *h*.

3. ábra. Kifejlődött corps rond. *d* 2—3 degenerált sejt maradványa a koncentrikus összelapított sejtekkel. *n* normalis sejtek, melyek még fogazottságukat is megtartották; *c* conflualt, nekrotikus, szarus törmelékek.

darabokat, és ezeket vetettem vizsgálat alá. És csakugyan, már az ilyen helyeken is egész sorozat elváltozást láttam, melyek fokozatos sorrendben a következők:

A Malpighi-rétegben, a papillától 2—3 sejtrétegnyire a hámsejtek valamelyike minden látható ok nélkül megduzzad eredeti nagyságának 2—3 szorosára, structuráját elveszti, magja oldalt nyomul, és a festett környezettel szemben világos hályog benyomását kelti. Néha falain keratohyalin szemcsék rakodnak le, melyek gömb alakban körülvehetik, míg bensejében csak a magnak elszarusodott roncsai: szemcsék, tövisek, szálak láthatók. Ez a *corps rond* keletkezése. Máskor a folyamat nem szorítkozik egy sejtre. Duzzadásában a szomszédságban 1—2 sejtet sarló alakúvá szorít, úgy hogy ezekkel együtt egy világos gömböt (a metszeten gyűrűt) képez, melyben a magok egy ideig jól láthatók maradnak, később azonban a protoplasma mind jobban szétesik szemcsékre, a felduzzadt sejtek határai eltünnek, a sejtek peripheriáján keratohyalin szemcsék gyülnek meg, a mag összetöpörödik, vonalas, tövises szarúképletek keletkeznek belőle, úgy hogy végre egy structura nélküli tömeget találunk, mely kisebb-nagyobb szemcsékkel van tele, s ezek között nehány orsó vagy buzogány alakú, kihegyezett, szarus csomó rejtőzik: a sejtek magjainak maradványai. Ez a több sejtből származott óriási *corps rond*-ok

eredete. (Lásd 2. ábra.) Egy ideig teljesen ép maradhat még a környezet, s a legközelebbi hámsejtek is megtarthatják rostozatukat és töviseiket, a sejtközötti csatornák normalis tágasságukat. A szarúszemcsék lerakodása a megtámadott sejtekre szoritkozik, az aránylag közeli papillában pedig semmi nyomát sem lehet lobnak látni.

A folyamat később azonban tovább terjed, a mikor egy egyetlen interpapillaris hámléczben egy metszeten 3—4 olyan gyűrüt látni, a melyet a tönkremenő, duzzadó sejtek sarló-alakú szomszédaikkal csinálnak. Az ilyen sarló mindig keskenyebb, végre csaknem éles vonal alakú lesz, és többed magával concentrikus köröket képez egy világos űr körül, melyet a tönkre ment sejt vagy sejtek detritusa, a magból képezett szarútövisek és a sok keratohyalin szemcse tölt ki. (Lásd 3. ábra *d.*)

Ebben a stadiumban már a környező hámban is nagymérvű elváltozások szoktak fellépni. A sejtközök itt-ott irregularisan kiöblösödnek. A környékbeli Malpighi-sejtek elvesztik fogazottságukat; halványabbak, duzzadnak, finom keratohyalin szemcsék lepik el felületüket, s főleg széleiken számos vacuola keletkezik, mely a sejtnek először csak csipkézett szélt, később szivacsos külemet ad. A magok eleinte alig változnak, nucleolusaik szabályos kerek pontok alakjában kitünően látszanak. Később a magok irregularisok lesznek, udvarukból visszahúzódnak, néha vonal alakú elszarusodások lépnek fel bennük. Végre szarus szemcsékké és tömegekké esnek szét. E közben a sejtkontur a sok vacuola miatt eltünik, és lassankint a str. spinosum alsó rétegeinek helyén egy űr támad, melyet savó, detritus, keratohyalin törmelék és léczek, koncentrikus sejtekből keletkezett corps rond-ok töltenek ki; (Lásd XV. tábla, 9. és 10. ábra *s*) ez a *Darier-Boeck*-féle „fissura“, mely tehát nem annyira fissurálás, mint degeneratio útján keletkezik, melyet alul az intact basalis réteg, felül a str. spinosumnak néhány sejtsora határol, s a mely fissurának azért látszik, mert a szélek felől oly intact sejtek lógnak nyúlványaikkal bele, hogy a néző csakugyan önkéntelen mechanikai szétrepedésre gondol. (Lásd XV. ábra 9.) Ez indithatta *Bowen*-t arra a felfogásra, hogy ez üreget *hámfracturának* tekintse a kemény felső és lágy alsó rétegek között. *Petersen* nézete is téves, ki az anyag keményitésénél létrehozott artefactumnak gondolta.

Az eltávolodás a *„fissura“* felső szélétől eleinte nem nagy, s az űr közöttük csakugyan *fissura* alakú, a mint *Darier* (vesiculette) és *Boeck* (fissura, lacuna) leirták.

Innen kezdve az elváltozások különböző részeken különbözően fejlődnek.

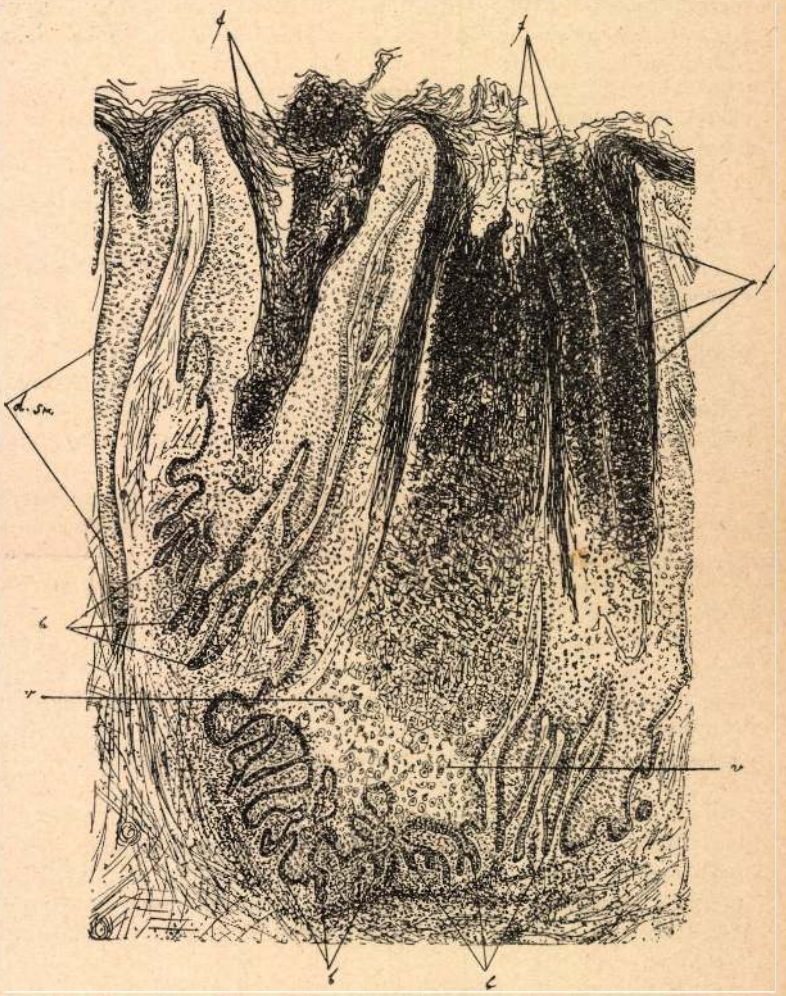
A *basalis réteg* a fentebbi elváltozásokat *soha sem szenvedi át.* Miközben a str. spinosumban a sejtek szarus gyűrűket képez nek vagy szétesnek, és a fentebb emlitett üregek keletkeznek; addig a localis réteg sejtjei, melyekről tehát ez az üreg a megmaradó felső rétegeket leválasztja, mint valódi palissad egymás mellett maradnak sorakozva, kissé megnyúlnak, a papilla felőli felszinük nem változik, a felső ellenben kipraeparáltatik, fogazott, nyúlványos lesz, és minden egyes sejtnek felső felszinét szabadon engedi látni, mint valami villosus papillománál a strómán csüngő sejteket. (XV. tábla 9. ábra *str. b'.*)

A papillán tehát már csak az egysejtű basalis réteg tapad, melyből később a burjánzás kiindul; e fölött egy fissura alakú űr van, melyet még beboltoznak a *hám felső, megmaradt rétegei.* Ezek táplálkozása ily viszonyok között természetszerűen megakad, s talán ezért az elváltozott részek a str.corneum felé szarusodni kezdenek, tömérdek finom keratohyalin szemcse supracellularis felrakodása által. Ezek a szemcsék lassankint valóságos köpenyt képeznek a sejtek körül, a melyben a sejt összetöpörödik, protoplasmája homogen, világos lesz, magja összezsugorodik és köralakú vagy hosszúkás, éles konturú világos képletet képez, szóval sok egysejtű corps rond keletkezik. (Lásd XV. tábla 9. ábra G.) A szarus köpeny rajtuk mind vastagabb lesz; egyesül a szomszédokkal; ezekkel lamellákat, hálózatot képez. (Lásd XV. tábla, 9. ábra.)

Ezekben a sejtmaradványok egy ideig még nagy számban láthatók; a str. granulosumban már ritkulnak, a str. corneumban pedig csak itt-ott mutathatók ki, és kolosszális, szolid szarus tömegeknek adnak helyet. (Lásd XV. tábla, 10. ábra.) Mindez megtörténik a nélkül, hogy a coriumban említésre méltó lobos reactio mutatkoznék.

A górcsövi képet ebben a stadiumban egy vesiculához lehet hasonlitani, melynek alsó falát a basalis réteg, bennékét a detritus, felső falát pedig, mint egy híd, a „fissura“ által leemelt, szarus tömeg képezi. Ha a detritus felszivódik vagy kifolyik, a szarus tömeg besüpped, s ilyenkor a folliculus nyilására emlékeztethet. Számos olyan képet látni, mely egy folliculus infundibulumának látszik lenni (XV. t. 9. ábra F.), pedig csak behúzódott szarus tömeg, mely alatt már csak különvált basalis réteg van, folliculus vagy faggyúmirigy azonban nincs.

A viszonyok tehát emlékeztetnek arra, a mit az epithelioma contagiosumnál találhatni, a hol a sajátságos szövettani kép tudvalevőleg sok autort birt arra, hogy a kiindulást a



4. ábra. Részlet második esetemnek fül mögötti bőréből. *f* lanugofolliculusok, melyek basalis hámrétege erős, epitheliomaszerű burjánzásnak indult (*b*), és benyomul a coriumba; *v* leválasztott, szabaddá lett Malpighi-sejtek a „fissurában“, mely a felső, elszarusodott sejteket elválasztja az alsó, burjánzóktól. *d su.* ductus sudoriparus.

faggyúmirigyekbe helyezzék, holott a Malpighi-réteg burjánzása az, mely itt faggyúmirigyekre emlékeztető képet hoz létre. A Darier-féle betegségnél ez a körülmény azt okozta, hogy az elváltozásokat az első observálók follicularisoknak tekintették.

Ha a szarus híd, mely a „vesiculát“ bezárja, leszakad, vagy magától leválik, úgy egy *górcsövi ulceratiót* kapunk (XVI. tábla 12. ábra II.), melynek alapját a megmaradt basalis réteg képezi csupán, s melyet a kiszivárgó savó és a környezet pörkkel és detritussal tölt meg. Az ilyen ulceratiók e folyamatnál igen gyakoriak, azonban parányiak, csakhamar kitöltődnek, behegesednek s igy a klinikai kórképben alig vesznek részt.

Ugyancsak sejteni sem engedik a klinikai tünetek a másik fő elváltozást, melyet a górcső feltüntet, s ez a *basalis réteg burjánzása.* (L. 4. ábra.)

Csakhamar azután, hogy a „*fissura*“ ketté osztotta a hámot és a basalis réteg különvált, megindul ebben a mélybe való proliferatio szarus csapok alakjában, melyek eleinte bunkószerűek, elgörbültek, később hosszú nyúlványokat képez nek, melyek rendszerint egyrétegű köröket, csapokat, fészkeket alkotnak, elágazhatnak, visszahajlanak, szóval egész gracilis rajzolatokat produkálnak (XVI. tábla 11. ábra *str. b'*), melyek egészen arra a képre emlékeztetnek, a mit egy korábbi dolgozatban a basaliománál leirtam. Még cystosus degeneratiót is látni itt-amott (11. ábra cy.), azonkivül azonban typusos globe epidermiqueokat, a milyent kicsiny területen néha 4—5-öt is találni (11. ábra g. e.).

Ott, a hol a betegség elhatalmasodott, például a 2. esetemben, a fülek körül, a coriumban csaknem folytonos rétegek képezték e mirigyszerű, nagy kiterjedésű, basalis burjánzásokat. Ezek igen mélyre terjedhetnek; mélyen a subpapillaris vasculosus réteg alá, be a coriumba, kútszerű üreget képezve, melyet teljesen kitölt a környező hám elszarúsodásából származó corps ronds-tömeg, s mely alkalmas helyeken, a hónaljban, a lágyékon stb., mint láttuk, borsónyi, a bőr felszine fölé burjánzó tömegeket képezhet; Lutz, White, Darier stb. eseteiben plane mogyorónyi, sőt diónyi ulcerosus újképletekre is vezethetett.

A phasisok tehát a következők:

1. A Malpighi-réteg második vagy harmadik sejtsorában a corium felől egyes sejtekben elváltozások lépnek fel.

2. E sejtek részben megduzzadnak és szétesnek, részben összelapulnak és elszarúsodnak.

3. Ily módon egy a corium felszinével parallel rés képződik, mely leválasztja a basalis rétegről a hám felső részét.

4. Ez utóbbinak sejtjei elszarúsodnak, összetöpörödnek, rajtuk egy szarus hálózat képződik, mely a st. granulosummal összefügg, a st. corneumban pedig nagy szarus tömegeket képez.

5. Ennek leválása mikroskopikus ulceratiók képződésére vezet, melyek azonban rövid életűek és igy klinikailag nem igen jutnak érvényre.

6. A basalis réteg mélyen a coriumban burjánzik és ott a basaliomára emlékeztető structurát kap.

7. Az igy képződött parányi álképletben cystosus degeneratiók és globe epidermiquekek léphetnek fel. Klinikailag ez elváltozásokat rendkivüli chronicitás, jóindulat, adenopathia és carcinomás áttételek hiánya, sőt spontan, heges gyógyulási képesség, de ebben megint recidivák fellépése jellemzi.

III.

Mint az előbbi pontban láttuk, a folyamat primaer jelenségét egy intracellularis elváltozás képezi, mely a Malpighi-rétegnek valamely epibasalis sejtjét támadja meg s először ebben az egy sejtben, később környezetében is elváltozásokat hoz létre.

Minthogy alig képzelhető el, hogy úgy valamely ideg-, táplálkozási, szóval szervezetbeli, akár külső, traumás vagy vegyi befolyás, vagy valamely hereditaer dispositio csak egy egyetlen sejtet, isoláltan támadjon meg s abban súlyos laesiokat okozzon, a közvetlen környezet ellenben sokáig legcsekélyebb elváltozást se indítson, a legközelebb fekvő és az autorok között legpopularisabb felvétel az volt, hogy a bántalmazott sejtbe valamely, előttünk ismeretlen progrediáló agens jutott, a melynek szaporodása és elterjedése az elváltozások terjedését okozza.

Már *Darier*, *Boeck*, *Buzzi* és *Miethke*, *Petersen*, *Mourek* és mások megkisérelték e supponált parasitákat kitenyészteni. Kisérleteikből meg volt állapitható, hogy az experimentáláshoz használt közönséges állatfajokra e betegség nem inoculálható és hogy semmiféle bacteriologiai eljárással komolyan számbavehető parasitát felismerni és kitenyészteni nem lehet. Még mindig lehetséges volt azonban, hogy e folyamatnál az emberre nézve parasiták, az állatokra pedig saprophyták vannak jelen, melyek átmenetileg esetleg némi szaporodást is mutathatnak; másrészt kétséges maradt még az ily állatokba transplantált bőrdarabba zárt *corps rond*-ok sorsa, hogy tehát azok a többi hámsejttel együtt vagy máskor egyszerűen felszivatnak-e, feloldódnak vagy szétesnek, avagy valami specialis resistentiát tüntetnek-e fel s esetleg festődési különbségek vagy biologiai jelenségek lesznek-e rajtuk észlelhetők, mialatt egy élő állat élő szöveteiben a felszivódás rajtuk végbemegy.

Ez okból kölesnyi, lencsényi, sőt fillérnyi, sűrűn afficiált bőrdarabokat öt nyúlnak és öt tengerimalacznak peritonealis űrébe rögzitettem akkori kórházi alorvosaim Szatmáry és Holczer urak segitségével s azután 3, 5, 7, 9 és 14 nap mulva kivettem és megvizsgáltam azokat. Az inoculatio némely esetben szándékosan úgy történt, hogy az állat szöveteit megszúrtam, a mint azt a phagocytákra való tekintettel, például a serczegő üszöknél tenni szokás. A bevarrás úgy történt, hogy az anyag a peritoneum sebében fixáltatott; a kivétel a 3—5 napos állatoknál azok életbentartása mellett, laparotomia útján volt lehetséges; később már oly caseosus tömegek borították az anyagot és oly összenövések és összetapadások mutatkoztak s ezekben az anyag megkeresése oly nehéz volt, hogy az állatokat fel kellett áldozni.

A lelet, röviden összefoglalva, nyulaknál és tengeri malaczoknál egyformán az volt, hogy a harmadik nap mulva az anyag körül igen hyperaemiás, fibrinosus savós volt a peritoneum s az anyag egy ½—2 cm. vastag, succulens, tapadó fibrinosus tömegben ült. A bevitt darab meg volt duzzadva; metszési élei le voltak gömbölyödve; puha, mállékony volt. Coriuma át meg át volt hatva ezernyi állati vándorsejttel, az epidermisben a Malpighi-sejtek összefolytak, a pigmentált basalis réteg hullámos burjánzó lefutása azonban még kitünően látszott, s az összes elszarusodott részek — a str. corneum, str. granulosum, a corps ronds-ok és a környékükön lévő szarus tömegek és hálók halványabban ugyan, de még distincte voltak festhetők s ezeken egyaránt alig volt elváltozás. A szarus anyagnak szétporlása, beivódása, vándorsejtekben való megjelenése nem mutatkozott; a contourok azonban távolról sem voltak oly élesek, mint a fixirozott készitménynél. Semmiféle oszlási jelenség, vagy szaporodás nem mutatkozott, az anyag tehát egészen úgy viselkedett, mint más felszivódásra kerülő, élettelen idegen bőrdarab.

A későbbi napokban, mint említettem, mind erősebb colliquálódó nekrosis lépett fel az anyag körül. Az elváltozások fokozatosan emelkedtek s pl. a tizennégy napos nyúlnál a körülbelül mogyorónyi, betokolt tömegben már nem lehetett az anyag nyomát megtalálni, a malacznál pedig egy, részben nekrotikus, részben sarjazó szövetbe ágyazva, roppant vándorsejt-tömegek foglalták el a corium helyét, melynek határát a hám felé a még kivehető pigmentes hullámvonal jelezte. A hám helyén structura nem mutatkozott; az elszarusodási különbségek megszüntek, corps-ok nyomát sem lehetett találni s a hám helyét is csak onnan lehetett megállapitani, hogy a malacz vándorló sejtjei a hám helyét még nem foglalták el s igy ez a roppantul infiltrált sarjazó szövetek között homogen, structura nélküli, nem festődő, szintelen maradt.

Mint ez eredményből látható, daczára annak, hogy nyomós okok szólnak oly felvétel mellett, hogy a Darier-féle betegségnél a kiindulást valami intracellularis parasita okozza, nemcsak tenyészteni nem sikerült ezt eddig, de különbséget sem lehet találni az inficiáltaknak vélt és a normalisan elszarusodott sejtek magaviselete között élő állati szöveteknek felszivó erejével szemben.

IV.

E betegség megismeréséhez hozzátartozik annak bőrön kivüli localisatióit is méltatni.

A bőr függelékeire nézve, a hajnál a legtöbb autor kiemeli, hogy e folyamat a haj életét alig befolyásolja; a körömre vonatkozólag (Boeck) ugyan több esetben észleltek dystrophiákat, ezekre azonban nem terjeszkedem ki, mert eseteimben a körmök mind épek voltak. Másként áll a dolog a *nyákhártyák* szerepére nézve, melyekre vonatkozólag a következő fontosabb feljegyzések vannak:

A legelső észlelet *Prince Morrow* dolgozatában foglaltatik, kinek betegénél a lágy szájpadon és torokban szám-

talan alig kiemelkedő, puha, barnás folt volt; a nyelv laza, érdes felszinét fehéres, pasztás felrakodás boritotta s 2—5 mm. mély, elágazó fissurák redőzték. A pofán a nyákhártyát opálos, vastag plaqueok boritották, melyek felülete fissurás s a melyek különösen a fogsorközöknek megfelelőleg és a száj szögleteiben kifejezettek. A beteg szerint azonban e helyek már egészséges korában is ilyenek voltak.

A betegnél azonkivül némi conjunctivitis és enyhe kerato-iritis is volt. Luest nem lehetett kimutatni, noha két évvel az észlelés előtt valami következmények nélkül lefolyt fekélye volt jelen.

P. *Morrow* szerint a nyákhártyajelenségek és a bőrelváltozások között nem lehet causalis összefüggést keresni s e felfogását előadásának czimében is kifejezi (kerastosis follicularis, associated with fissuring of the Tongue and Leukoplakia buccalis).

A következő eset (alábbi sorozatunkban a második), *Besnier-Darieré*, melyben a nyelvet egy ezüstfehér hálószerű lepedék boritotta, a nélkül, hogy egyidejűleg ott papilláris túltengés, vagy a buccális részen bármely más elváltozás lett volna.

Ugyanakkor *White* (4. sz.*) esetében a kemény szájpadláson néhány kicsiny tömött göbcse (papular projections) mutatkozott. Az óvatos *Besnier* jelezi őket — „stomatites epitheliales — plaques blanches — a nélkül, hogy már jelenleg képesek volnánk meghatározni a jelentőségüket vagy értéküket. Ez a későbbi vizsgálatok számára marad fenntartva, de már most is felemlitendő.“

Ez időben az autorok még nagyon óvatos álláspontot foglaltak el a nyákhártya laesiók klinikai dignitása tekintetében. Prince Morrow, mint láttuk, egyenesen véletlen coincidentiának tekinti őket és tagadja a bőrbeli és nyákhártya laesiók összefüggését.

Egy negyedik észlelet *Euthyboule-é* (10. sz.), kinek esetében a nyelven és pofa nyákhártyán a lichen ruberre emlékeztető jelenségek voltak: fehér, érdes nyelv, mélyen ülő, megnagyobbodott, hosszú papillákkal, pár vörös, tűfejnyi ponttal elől; s a jobb pofán fehér plaque pár papulával.

Schwimmer (12. sz.) esetében a szájban és garatban izolált göbök voltak; a nyákhártya homályos, vastag és duzzadt lett. A bélbeli jelenségekről l. később.

A hatodik észlelet *Fabryé* (19. sz.), kinek esetében „einzelne Erhebungen an der Schleimhaut des Mundes (Ober- und Unterlippe, sowie Wangenschleimhaut) und zahlreichere oben auf der Zunge“ konstatáltatott, melyek a bőr göbjeinél némileg laposabbak voltak.

Valamennyi beteg között a legfejlettebb elváltozások *Hallopeau* esetében (22. sz.) voltak, egy hatvanegy éves szekeresnél, kinek duzzadt alsó ajka némileg prognath állával egészen anthropoid jelleget adott és hypertrophiás syphilomára emlékeztetett; ez a beteg szerint egész életében igy volt.

Az ajkak nyákhártyáján számos erythemás csik vonult keresztül-kasul, decolorált, kemény foltokkal közöttük; számos göböcske volt ezenkivül szétszórva rajtuk, különösen az ajkak commissuráin s itt-ott a pofán; ezek némelyikén centrális depressio s nyálszivárgás volt észlelhető, jeléül annak, hogy a göbök nyálmirigyek szájadékain is ülnek. A nyelv közepe táját hosszú, villosus papillák tették bolyhossá.

E jelenségekre vonatkozólag *Darier*, ki tüzetesen megvizsgálta a beteget, még mindig lehetségesnek tartja, hogy, miután tizenöt évvel megelőzték a bőrbeli folyamatot, azzal nem is függnek össze.

Itt emlithetném fel *Jarisch* esetét is, kinél mindkét pofán „Leukoplakie mässigen Grades, in der gewöhnlichen Form eines, mit seiner Spitze gegen den Kieferwinkel gerichteten Dreieckes“ mutatkozott, mely minden kezelés nélkül lényegesen megjavult. Azonban, mint alább kimutatom, Jarisch esete nem tartozik ehhez a folyamathoz s igy attól eltekintünk.

A sorozatban nyolczadik és utolsó eset ama suhanczé, kit fentebb leirtam és a kinél, mint láttuk, kiterjedt laesiók voltak, főleg a szájpadon és az ajkakon, néha nyálmirigyek szájadékain, máskor azoktól függetlenül. Egy ilyen kis göböcskét az alsó ajakról excindáltam. A folyamat lényegében teljesen ugyanaz, mint a bőrön; a szájadék körül erős, lamelláris hámszaporulat ül, ebben számos felduzzadt corps ronds, míg a nyákhártya alsó részén kifejezett „fissurák“ alatt egészen a bőréhez hasonló karélyos, csapos, basalis burjánzás.

A mikroscopiai kép tehát teljesen azonos a bőrbeli laesiókéval és igy fel kell vennünk, hogy e folyamatnál a nyákhártyaelváltozások beletartoznak a kórképbe, követhetik, kisérhetik, sőt talán meg is előzhetik a bőrbeli jelenségeket.

* A 22. lapon közölt táblázatban.

V.

Hogy e folyamatot jobban áttekinthessük, még néhány klinikai adatot kell a litteraturából kiemelnünk.

Hereditás. Az ide vonatkozó adatok a következők:

White (az alábbi sorozatban 4. sz.) 49 éves apa,
„ „ „ „ (8. sz.) 21 „ leánya.
Boeck (5. sz.) 37 éves apa,
(6. sz.) 18 „ fia,
(7. sz.) 14 „ fia.
Pawloff (18. sz.) 28 éves leány és anyja.
Bowen (23. sz.) 33 éves leány és anyja.
Jacobi (24. sz.) 30 éves férfi és anyja.
Marianelli 19 éves leány, és
9 „ és
7 „ öcscse.

Összesen tehát tizennégy egyénen jeleztetik hereditás.

Tuberculosis coincidentiája:

White (8. sz.) 21 éves leánynál csontlob, mely miatt amputatio végeztetett.

Bowen (22. sz.) 29 éves leány, testvére † phthisisben.

Említést tesz még *Doctor* 33 éves nőről és *Buzzi* 20 éves férfiról, mely két utóbbi esetet azonban, mint alább látni fogjuk, ki kell rekesztenünk sorozatunkból, tuberculosis tehát csak két genuin esetben mutatható ki.

Fejlődési rendellenességek.

Bettmann (24. sz.): abnormalis koponya, hiányos fülkagyló féloldali szőrözés, sacralis trichosis, defectus pector. major., serrat. antic. dexter.

Traumák behatását kiemelték:

White (4. sz.) katonánál a borjú szijjánál dörzsölése miatt lépett fel.

Bulkley—Lustgarten (11.): Hideg és meleg behatásokra rosszabbodott.

Javulás észleltetett:

White (8. sz.) Koronkint gyenge, temporaer, partialis spontán javulás.

Lustgarten (11.) Lassú involutio; fehér atrophiás területek korábbi efflorescentiák helyén; ezekben később recidivák.

Bowen (23.) Tetemes javulás.

Jacobi (24.) Thyreoideára tetemesen javult.

(Továbbá *Payne*: 3—4 hét alatt gyógyult, *Jarisch* betegénél salicyles-kénes kezelésre, *Glavcsé*-nál arzénra, *Melle*-nél abortus után gyógyult. Ez utóbbi esetek, mint látni fogjuk, mind kirekesztendők.)

Eseteim közül a fiúnál kétségtelen spontán, heges gyógyulások mutatkoztak koronkint recidivákkal; úgy a bőrön, mint a nyákhártyán. Therapiás javulás, mint *Mansuroff*-nál is csak paquelinre, maró szerekre, szóval totális roncsolások után, azonban ilyenkor is recidivák következtek.

Carcinoma a betegnél vagy családjában:

Schwimmer (12. sz.) Három hónapi betegség után test $^5/_6$ része ellepve; további öt hó alatt marasmus és halál bélrák tünetei között.

Buzzi és *Miethke* (13. sz.) Anyja tizenhárom év előtt carcinomában †.

Zeleneff (14. sz.) Hatvan éves apja glabella carcinomában szenvedett.

Mourek (16. sz) Sectionál carc. mesenter. ilei et. meso-col. transv., carc. hepati.

Fabry (19. sz.) Sectionál carc. circulare pylori. Ugyanő, noha nem lát összefüggést a rák és a Darier-féle folyamat között, citál egy epithelioma traumaticum esetet, melynél „in der nächsten Nähe des Epithelioma fanden sich in der gesunden Haut mehrere Hornwarzen“ — melyek szövettani lelete a Darier-féle folyamatéval analog volt.

Egyéb coincidens leletek:

Darier (2. sz.) verrucákat.

Thibault (3. sz.) és

Euthyboule (10. sz.) az emlők igen erős pigmentáltságét,

De Amicis (10. sz.) pigmentatiót,

Mansuroff (9. sz.) vegetatiókat, melyeket le kellett kanalazni.

Pawloff (18. sz.) úgy a betegnél, mint bátyjánál tömérdek ephelist látott.

Eseteimben mindkettőnél számos kavébarna, lencsényi, forintnyi diffus pigmentfolt volt szétszórva az egész testen.

Ulcerátiók:

Lutz: Immense tömegek a háton; degenerált, hypertrophisált masszák repedésekkel; a lábak között ulceratiók; szederszerű növedékek (les mamelons, particulièrement le mamelon droit étaient le siège de tumeurs énormes, flasques, pendantes, à surface profondément fendillée, comme muriforme Cit. per Euthyboule.)

Darier (2. sz.): bűzös ulceratiók, melyek miatt alig bir járni a beteg (l'épiderme étant presque partout érodé a leur surface). *Thibault* szerint pedig ugyane betegnél vörös, genyedő tumorok voltak, „partout à leur sommet un pertuis crateriforme“ — és „véritables tumeurs muriformes. Sur le bord de plusieurs de ces orifices l'épiderme n'existait plus...“

White (4. sz.) eseténél nagy, borzasztó bűzös ulceratiók alszárakon „on the lower legs they form thick plates, completely encircling the limb, broken by deep fissures and shallow ulcerations...“

Elliot esetében sekély anyaghiányok (shallow pits) pörkökkel boritva, szemölcsös alappal, fekélyekkel, melyek hegesen gyógyultak.

De Amicis (20. sz.) szerint luxuriáló tömegek villosus felülettel.

Bowen (22. sz.) szerint a fej vastag, zsíros concretiókkal volt boritva, melyek eltávolitása után kissé kiemelkedő szélekkel környezett lapos, kráterszerű depressiók, pustulák és excoriatiók mutatkoztak.

Eseteimben nagyobb ulceratiók nem léptek fel. De egy tekintet a XVI. 12. sz. ábrára mutatja, hogy a folyamat tulajdonképen szabályszerűen górcsövi, miliaris ulceratiókba fejlődik, mert a mikor a hám felső része tönkre megy, a basalis réteg pedig mélyen beburjánzik a coriumba, górcsövi kicsinységű, de szövettanilag valódi epitheliomás fekélyek keletkeznek. *A fekélyképződést tehát e folyamatnál törvényszerűnek* kell tekintenünk *s a fentebbi, összegyüjtött észleletek rendkivüliségе csak a fekélyek nagyságában, nem pedig fellépésükben rejlik.*

Tulajdonképen érthetetlen, hogy e pontot az autorok nem emelték eddig ki, pedig már *Darier* 1889-ben hangsúlyozta az epitheliomaszerű burjánzást s ugyanakkor *White* és *Bowen* is megemlitik a basalis réteg proliferatióját. És mégis még 1896-ban *Bowen* felfogása az maradt, hogy ez a proliferatio „kétségtelenül csak másodlagos jelenség a keratosis mellett. A nagyon kicsiny, primaer follicularis laesióban még hiányzik.“

Ez a tévedés, mint fentebb kimutattam, onnan ered, hogy Bowen és White a már szabad szemmel látható papulákat tekintették kezdetnek és innen *White*-nek határozatlansága, ki a kiindulást „minden fázisban keratosisnak vagy a hám hypertrophiájának vagy megváltozott elszarusodásának“ tekintette, mely „evidensen a folliculus szájában vagy a körül ered“.

VI.

Miként fogjuk már most ezt a folyamatot fel? A bevezetésben emlitettem, mennyire divergálnak az autorok nézetei: csatlakozhatunk-e azok egyikéhez is?

Kétségtelen, hogy az ott felsorolt folyamatokat — a lichent, az acanthosis nigricanst, az ichthyosist stb. élesen megkülönböztetik ettől a betegségtől úgy a klinikai lefolyás, mint még inkább a szövettani kép, mely unicum és semmi más betegségéhez nem hasonlitható. A proliferatio hasonlithat ugyan a basaliomáéhoz, — de ennél nincs meg a hám felső rétegeinek sajátságos elszarusodása. Ez viszont emlékeztet némely keratosisra — melyeknél megint a basalis burjánzás hiányzik. E folyamat megitélésénél tehát a fő tünetek összességét kell alapul vennünk s e fő momentumok a következők:

1. Az elváltozás az epidermisben székel, melynek felső rétegei elszarusodnak és *tönkre mennek*, a legalsó pedig atypusosan, az epitheliomának egy fajára emlékeztetve burjánzik, degenerál; *tumorokat, hám-gyöngyöket képez, kifekélyesedik,* hegesen gyógyulhat és recidivál, mialatt a corium passive viselkedik.

2. Az elváltozás az egész testfelszint elboríthatja sok ezernyi, de mindig parányi, izolálva maradt jelenségeivel, a képződő tumorok és fekélyek tehát *miliarisok.*

3. A folyamat *eminenter chronikus és benignus*, mert se mirigyinfiltratiókat, se áttételeket nem képez, mert spontán javulások és gyógyulások váltják a rosszabbodásokat fel, melyek végeredményben még évtizedek alatt sem veszélyeztetik az életet.

4. A folyamat nem contagiosus, de talán hereditaer; traumák, insultusok elősegitik fellépését; pigmentatiók, szemölcsök és más hámzavarok kisérhetik; sokkal több esetben *coincidál carcinomával*, sokkal gyakoribbak a burjánzó, *benignus epitheliomaszerű fekélyek*, mint a hogy az a köztudatban él.

5. A therapiával szemben refractaer; csak az *epithelioma kezelése*, a kauter, a maró szerek hoznak heges gyógyulást.

Mindezek a tények kétségtelenné teszik, hogy egy oly folyamattal állunk szemközt, mely *multiplex, miliaris, jóindulatú epitheliomák* egy nemét producálja, objective tehát e betegségnek az *epitheliomatosis miliaris benigna* név felel meg.

VII.

Hátra van még, hogy a rengeteg irodalomból kiválaszszuk azokat az eseteket, melyek ide tartoznak és kirekeszszük amazokat, melyek a paradigmának nem felelnek meg, hogy a folyamat későbbi tanulmányozása meg legyen könnyitve.

a) Az irodalom áttekintésénél kétségtelenül genuin esetet még 24-et találtam, az enyimekkel együtt tehát eddigelé 26 eset közöltetett. Ha valaki ezeket a közleményeket eredetiben elolvassa, meg lesz lepetve az esetek stereotyp, a localisatio egységes, a laesiók identikus, a szövettani leletek sok tekintetben egybehangzó voltától. Az esetek, kicsiny detailoktól eltekintve, mind egybevágók és fentebb leirt két betegemmel a főbb pontokban egyezők, minélfogva ismertetésükbe nem is bocsátkozom. Ezek az esetek a következők:

Eset száma	Észlelés éve	Beteg neme	Kora a baj fellépésekor	Kora az észlelés-kor	Észlelő neve	Publicatiók
1.	1883. 1888—89.	♂	10	27	Bidenkap Boeck (I. e.)	(Boeck).[1] Forhandl. Norsk. Med. Selskab. Christ. 1883. 256—258. Arch. für Dermat. 1891. 23. 857., Arch. für Dermat. 1892. 24. 1000. Congr. Wien 1892.
2.	1883.	♂	34	36	Olivier	Besnier, Annal. 1889. XX. 22.
	1886.				Lailler	Darier, Soc. biolog. 1889. III. 25.
	1888.				Besnier	Annales 1889. 597. Annales 1890. 277.
	1889.		—	—	Darier	Congr. Paris 1889. Intern. Atlas 1892. 8.
	1889.			42	Thibault (II. e.)	Thibault, Obs. cliniques d. psorosp. foll. vég. de Darier. Thèse, Paris 1889. V. 8.

Eset száma	Észlelés éve	Beteg neme	Kora a baj fellépésekor	Kora az észlelésekor	Észlelő neve	Publicatiók
3.	1888. 1889.	♀	26	29	Hallopeau Fournier Darier Thibault (I. e.)	Hallopeau, Annales 1889. XX. 20. Darier ll. cc. Thibault l. c.
4.	1889.	♂	22	49	White (I.) (Bowen)	Journ. of cut. & gen. 1889. VI. 201. Annales 1890. 83.
5.	1889.	♂	16	47	Boeck (2.)	Christian. Soc. 1889. IX. 11.
6.	1889.	♂	11—12	18	„ (3.)	Mon. f. p. Dermat. 1889. 11. 132.
7.	1889.	♂	8	14	„ (4.)	Congr. Paris 1889. ref. Arch. 1891. 23. 857.
8.	1890.	♀	5	21	White (2.) (Bowen)	Journ. cut.-gen. Dis. 1890. I. 13. Annales 1890. 248.
9.	1890.	♂	9	27	Manssuroff	Pirogoff Cong. Moskova, 1891. Klinische Sammlung Derm. & Syph. 1891. Mon. 1891. 12. 328. „ 1892. 14. 239.
10.	1890.	♀	19	20	Euthyboule	Revue médicopharmac. 1890. Constantinople.
11.	1890. 1890. 1891.	♂	22	49	Bulkley Piffard Fordyce Lustgarten Robinson	Med. news. 1890., Monatsh. 1891. XIII. 169. Journ. cut. gen. 1891. I. 7. Congr. X. Int. Berlin. Journ. cut. gen. 1891. 14.
12.	1890.	♀	40	40	Schwimmer	Bpesti Orv. Egylet 1890. X. 18. Évkönyv 1890. 163. Congr. deutsch. dermat. Ges. 1891. IX. 17—19. Leipzig. Congr. Wien 1892. Archiv. 1892. Erg. 76. Bibl. med. 1894. D^{II}. H. I. (Wolff, Congr. Strassburg 1898).
13.	1891.	♂	9	16	Buzzi & Miethke	Mon. 1891. 12. 59.
14.	1891.	♂	16	22	Zeleneff	Kievi katonaorvos-egylet 1891. British Journ. 1891. VIII. 267. Wratch 1891. 318.
15.	1892—93.	♀	61	46	Schweninger & Buzzi	Int. Atlas 1893. 8.
16.	1892. 1894.	♂	51	54	Janovski & Mourek	Congr. Wien 1892. Arch. 1892. 24. 1003. „ 1894. 27. 361.
17.	1893.	♀	14	16	Pawloff	Arch. Erg. 1893. 195.
18.	1893.	♀	1	28		
19.	1894.	♂	41	71	Fabry	Arch. 1894. 26. 373.
20.	1892.	♂	16	19	de Amicis	Congr. Wien 1892. Bibl. med. D^{II}. H. 3. Arch. 24. 1002. „ 38. 142. Mon. 25. 194.
21.	1896.	♂	61	61	Hallopeau Darier	Annales 1896. 27. 737. „ 1896. 27. 742.
22.	1896.	♀	16	29	Bowen	Journ. cut. gen. 1896. VI. 209.
23.	1896.	♀	30	33	„	Arch. 45. 269. Annal. 1898. 29. 6.
	1898.		10		Jacobi	Congr. Strassburg 1898. Münch. med. Woch. 1898. 36.
25.	1899.	♂	10	30	Bettmann	Naturhist. med. Ver. Heidelberg 1899. V. 2. Münch. med. Woch.
	1902.				Schwab	1899. 46. 907. Mon. 30. 252. Diss. 1902. Freiburg.

b) Talán ide tartoznak a következő esetek is, a melyek detailai ismeretlenek maradtak előttem.

1. *Besnier* említette, hogy magánpraxisában észlelt egy esetet.[1]

2. *Bidenkap*,[2] 1890., felemlitve *Boeck* dolgozatában, mint *Bidenkap* ezentúl közlendő második esete.

3. *Marianelli*,[3] 1892., három testvérről irt, egy 19 éves leányról és 7 és 9 éves öcscseiről, a kiknél a referens (Müller) szerint kétségtelen volt a diagnosis helyessége, de a kiknél egyszerű resorcin-kenőcs alkalmazására végleges gyógyulás volt elérhető, a mi nagyon problematikussá teszi a fenti véleményt. A szerző halála miatt *Pellizzari* tanár szives fáradozásai daczára nem szerezhettem meg az eredeti közleményt.

4. *Petersen*[4] egy 30 éves férfinál az egész testen szétterjedt, de *fluctuáló, gyógyítható* és *visszatérő* folyamatot emlit, alig ad detailokat s maga is irja „bei genauerer mikroskopischer Untersuchung sich nicht als völlig identisch erwies . . .“ És minthogy nála a górcső alatt épen a basalis réteg volt a legépebb, epitheliomaszerű képek hiányoztak, elszarúsodások alig jelentkeztek, kétséges és eldönthetetlen, hogy az esetet ide sorolhatjuk-e.

5. Végre *Wolff*[5] (1899) emliett egy esetet, psorosp. foll. veget. név alatt, melyre vonatkozólag közelebbi adatokat nem tudtam találni.

c) Más nevek alatt közölt, de valószinűleg ide tartozó esetek:

1. *Lutz*[6] esete egy férfit illetett, kinél nyolcz év óta tartott a baj; az arczról kiindulva, a tarkót, hátat, emlőket, lágyékot ellepte, a hónaljakat, karokat, homlokot, hajas bőrt megkimélte. A nyákhártyák épek voltak. Többnyire kölesnyi barna, szarus göbök keletkeztek, melyek a háton egyetlen óriási, barázdált, mozaikszerű plaqueá folytak össze, a jobb emlőn hatalmas burjánzásba mentek át, mély árkokkal, szederszerű masszákkal, enorm, lógó tumorokkal, mintha faggyúmirigytömegek agglomerálódtak volna. A beteg nagy fájdalmakat érzett, járni alig tudott az inguinalis vegetatiók miatt; roppant bűzös volt az ulcerált, erodált vegetatiók váladéka következtében.

2. *Guibout*[7] acné sébacée cornée név alatt emlit eseteket, melyekben talán ez a folyamat szerepelhetett s a melyekben a testet ezernyi ponton egy „matière dure, piquante, cornée“ borította.

Itt említhetem fel *Erasmus Wilson*-t,[8] ki ichthyosis sebacea cornea és Saurodermia nevek alatt, *Behrend*-et,[9] ki ichthyosis follicularis, *T. Fox*-ot,[10] ki Cacotrophia follicularis, *Lessert*,[11] ki ichthyosis follicularis nevek alatt, végre némely franczia autort, kik Ichth. noire cornée kifejezéssel legalább részben bizonyára ide vonatkozó eseteket jelöltek. *Manssuroff*[12] végre emliti, hogy egy régi képen kitünő illustratióját látta egy, e bajban szenvedő betegnek.

Bizonyosan ide sorolandó *Prince A. Morrow*[13] esete, egy 1865-ben született matróz, kinél 1881-ben kézhátán kezdődött feketés, kiemelkedő pontokból álló kiütés, melyeket néha kinyomott, de a melyek különösen a tengeren tartózkodása alkalmával mind sürűbben jöttek, végre 1886-ban a hasat, deltoideusokat, czombokat érdessé, borjúnyelvtapintatúvá tették. A testnek, az arcz, tenyér és talp kivételével, egyéb részein sötét comedoszerű, tövises, nyúlványos, száraz, a papiroson,

[1] Annales, 1889. XX. 22.
[2] Cit. p. Boeck, Arch. 1891. XXIII. 857.
[3] Clinica dermo-sifilopatica (Florenz) 1893. I. 1., Ref. Mon. 1894. 19., 40., Arch. 1899. 48. 268.
[4] Centralbl. f. Bact. 1893. XIV. 477.
[5] Unterelsäss. Ärzteverein 1899. VII. 29. per Münch. med. Woch. 1899. 46. 1102.
[6] Hypertrophie gèn. du systh. sébacée. Thèse. Paris, 1860.
[7] Mal. de la peau. I. 186.
[8] Diseases of the skin, 1887. 348. és 1867. 358—362. l.
[9] Lehrbuch d. H. II. 337.
[10] Clinic. Soc. transaction. Vol. XI.
[11] Ziemssen's Hdb. I. 477.
[12] Monatshefte, 1891. 12. 328.
[13] Americ. dermatol. Associat. 1886., Journ. cut. ven. dis. 1886. IV. 257., ref. Brocq, Annales 1887. XVIII. 285.

mint száraz borsó zörgő, kinyomva puha, nyúló (stringy) anyagba fokozódó szarus massák ültek. Kinyomva vagy lekaparva, a bőr tátongó kis nyilásokat mutat, mint a dió héja. Nyákhártya laesiók.

Az esetet, a későbbi amerikai autorok, *Robinson*, *Piffard* stb. nem identificálják annak a Löwenstein nevű embernek bajával, ki táblázatomban a 11. szám alatt szerepel.

4. Talán ide sorolható *Brocq*[1] két esete is, melyeket egy referatum kapcsán felemlít és acné cornée névvel illet. Itt a nyakon és közelében a törzsön, de főleg a tarkón voltak több milliméter hosszú szarútömegecskék.

5. Végre megemlékezhetünk *Elliot*[2] betegéről, egy 14 éves orosz fiúról, ki $4^1/_2$ év óta volt beteg. Először hátán, majd egész testén tűfejnyi, sőt nagyobb, aggregált vagy szétszórt, esetleg lapokat kitöltő, kissé elevált *vörös* göbök jelentkeztek. Közepükön tapadó, kemény tövis volt, melyet kiszakítva kissé vérző gödröcske mutatkozott, kezek infiltratióval. A kezek hátán borsónyi, húsos, sötétvörös papulák voltak, centrumukban barnás-zöldes pörkökkel, melyek sekély, egyenetlen árkokat födnek. Ezeken kivül kisebb-nagyobb szabálytalan és kerek hegek mutatkoztak, *melyek régibb*, $1^1/_2$ *év előtti spontan fekélyek* (sores) *gyógyult nyomai*. Subjectiv panaszok alig.

d) Fontos és értékes adatok és nézetek foglaltatnak e betegségekre vonatkozólag az alábbi szerzők dolgozataiban is, kik azonban nem észleltek eredeti eseteket:

Hutchinson[3] jun., *Unna*,[4] *Ravogli*,[5] *Jarisch*,[6] *Leredde*[7] (Hallopeau).

e) Azok az esetek, melyeket nézetem szerint szerzőik tévesen hoztak vonatkozásba a *Darier*-féle betegséggel, a következők:

1. *Krösing*,[8] (1892) 25 éves lueses kereskedőt irt le, kinél 1880-ban tumorok léptek fel a bal lábon, melyek pár év alatt kifekélyesedtek és kenőcsre begyógyultak. 1885-ben a jobb alszáron 5, a lichen corneusra emlékeztető rigid, barna, érdes, fehér pontokkal teleszórt, $^1/_2$ cm. magas, $6^1/_2 \times 3$ cm. nagyságú és kisebb göb keletkezett apró pontokból, nagy viszketés közben és miután 3 évig fejlődött, megállapodott és további 4 év alatt változatlan maradt.

Már ez a klinikai kép is absolute különböző a Darier-féle folyamatáról; a szövettani leirásban is lelapított papillákról, erős sejtes infiltratioról a cutisban, a hám szétválásának hiányáról beszél, szóval histologiai tekintetben is mereven különböző jelenségeket talált.

2. *Jarisch*,[9] (1895) esetében egy 31 éves czipésznél a tenyereken tylositas, majd a könyökökön, hónaljakban, lágyékban, köldöktájon először hyperaemiás udvarú halvány foltok, majd nagy terjedelmű tylositas és hyperkeratosis lépett fel, mely pl. a tenyér kitárását lehetetlenné tette. Pár nap mulva erős hámlás, barnás-ibolyás elszinesedés, leváló vékony lamellák s ezek alatt tűhegynyi hámgöbök mutatkoztak. A bőr egyébütt sima, finom volt; izolált szarus folliculusok hiányzottak. Szájban leukoplasia; anus körül condyloma latumszerű képletek. Öt heti kénes kezelés után a beteg jó formán még leukoplasiájából is gyógyulva távozott.

A klinikai kórkép tehát absolute nem is emlékeztet eseteinkre. A dolgozatokhoz adott táblák ugyanezt bizonyitják a szövettani szerkezetre vonatkozólag.

3. *Neumann*,[10] (1896) 17 éves cselédleányt mutatott be, ki 1893 óta volt beteg s a kinek nyaka körül, füle mögött, emlője alatt, hónaljában, köldökén, lágyékán szarús felrakodások, pseudocondylomák és pseudomolluscumok léptek fel és folytak szarús, száraz, piszkos plaqueokká össze, melyeken a bőr ránczai és redői erősen ki voltak fejezve. Szerző az esetet később maga is az ichthyosishoz közeliti.

4. *Rille*,[1] (1896) előadását csak az Arch. 1896. 37., 278. megjelent ref. alapján ismerem, melyben az eset nem iratik le. Nagyon feltünőnek találom azonban azt, hogy a Boeck-féle „Lückenbildung"-ot, melyet valódi Darier-féle esetekben kitünően látni, mint hosszú repedést, mely 10—50 basalissejtet leválaszt a többitől, szerző a corps rondok előstadiumának veszi, a mi oly gyakorlott észlelőnél, mint Rille, lehetetlenség lenne, ha genuin Darier-féle eset állott volna rendelkezésére. E betegségnek általa proponált négyes felosztása mutatja, mily szigorúan ki kell zárnunk az ide nem tartozó eseteket, mert különben az egységes kórkép is typusokra forgácsolódnék.

Glavcse[2] esetében (1898) egy 36 éves hysteriás férfi szerepel, mint 1895 óta Darier-féle betegségben szenvedő beteg. De az a körülmény, hogy $1—1^1/_2\,^0/_0$-os natr. arsenicos. injectiókra hamar meggyógyult, már magában valószinűtlenné teszi a diagnosis helyességét. Részletek hiányoznak.

Melle[3] esete 29 éves nőre vonatkozott, ki háromszor szült; emlőin, majd hajlító árkaiban, nyakán stb. tömérdek *vesicula* mutatkozott; azután bűzös váladék, papulák, papillomás vegetatiók képződtek, különösen az inguin. tájakon. A hónaljban vörös, nedvező, burjánzó, az emlőkön és köldökön tapadó fekete pörkkel borított, erosiv, kissé nedvező lett a bőr. A 4. graviditása az ötödik hónapban abortussal végződött, mire csakhamar spontan gyógyulás állott be. (Herpes gestationis?)

7. *Doctor*[4] két esete kiválóan érdekes, de nehezen magyarázható folyamatokkal birt; mindkettő emlékeztet Jarisch és Neumann kiküszöbölt eseteire. Egy 33 éves tuberculosus és egy 17 éves nőről irt, kik közül az elsőnél a sulc. nasolabialisban, hónalj előtt, könyök és térd árokon és az alhason vonalas vagy lapos elszarusodások mutatkoznak, melyek szarus hámját lemezekben, csikokban könnyen le lehetett emelni. A hónaljakban és hason tömérdek göböcske nőtt, melyet összefolyva eczemára emlékeztetnek. Hat évvel később e jelenségek viszketők, felkapartak, lichen ruberra emlékeztetők voltak. A jobb radiuson hálókban, vonalakban elrendezett fényes göböcskék.

Górcső alatt a hajtüszőkről és veriték vezetőkből kiinduló hyperkeratosis látszott a környékbeli hám erős burjánzásánál; oly jelenségek, mint a *corps rond*-ok nem mutatkoztak.

Másik esete egy 17 éves leányra vonatkozik, ki féléves kora óta szenved keratosis palmaris et plantarisban, mely végre a kézhát és balkar belevonásával oly mérvet öltött, hogy lehetetlenné vált az ujjak extensiója, s a bőr vörös, repedezett, hámló lett. Könyökökben hosszanti, hámló, göbökből confluált vonalak, nyakoldalakon, térdeken, háton nehány piszkos és barnás göböcske. Mirigydaganatok.

Thyrojodin, arzén; külsőleg pyrogallus, fürdők és salicyl négy hét alatt lényeges javulást hoztak létre.

Szövettani kép szintén teljesen elütő. Hám csaknem normalis; corps rond, hámszétválás, basalis proliferatio hiányzik; eltekintve a két eset nyakának fényképétől, mely rátekintésnél kétségtelenül nagyon emlékeztet eseteinkre, s pl. a közölt XIV. számú táblámra, közös vonás a Doctor-féle és a Darier-féle esetek között alig található.[5]

8. Ide kell végre sorolnunk *Caspary*[6] esetét, egy 21 éves leányt, ki 16 éves kora óta birt elváltozásokkal. Ezek erős, kemény elszarusodásokból állottak, melyek a lábháton, kézen,

[1] Annales, 18., 1887. 286. l.
[2] Case of kerat. follic. contagiosa of Brooke?, Acne cornée of the French, New York dermat. Soc. 232. Meet. 1894. febr. Ref. Journ. of cut. & gen. 1894. XII. 362. és Annales 1894. 25. 1423. l.
[3] Mon. 1892, 14 63
[4] Histopatologie, 1898.
[5] Congr. Roma, 1894.
[6] Lehrbuch, 1900, 719.
[7] Traité, 1900.
[8] Mon. f. d. 15, 1892. 488.
[9] Arch. 31, 1895., 163. Congr. Graz, 1896. (Neisser, Herxheimer, Schwimmer).
[10] Ges. d. Aerzte, Wien 1896, I. 10. (Kaposi).
Arch. 1896, 34, 145 és 280.
Wien. klin. Wochenschrift 1896. 47.

[1] Congr. Frankfurt. 1896.
[2] Soc. syph. & vénér. Moscou, 1898. IV. 24. Annales 1899. XXX. 166.
[3] Giorn. ital. 1898. 365. Annal. 1899. 30. 506.
[4] Arch. 46. 1898. 323.
[5] Ges. f. Wissensch. Heilkunde, Königsberg 1900. I. 22.
[6] Archiv, Festschrift Kaposi 1900. 199.

homlokon (10×2 cm.) léptek fel, reszelő tapintatú, tűfejnyi, vörös, alig kiemelkedő, sárgás pörkkel borított papulák csoportjából állottak. Hasonló, éles szarus vonalak húzódtak az orr gerinczén végig, a bal sulcus infraorbitalison, a karokon, s itt egész rácsokat, rajzolatokat képeztek a közbeeső bőr teljes épségével. A lábfejeket 2 cm. vastag, repedezett, diffus szarus tömeg borította, itt-ott isolált, kefeszerű szarutövisekkel a környéken. A bőr sok helyütt felkapart; gyulladt, vérző; máskor minden elváltozás megszünik és eltünik. Körmök épek.

Górcső alatt vastag szarús csap látszik a coriumba hatolni. Alatta *vékonyult* a Malpighi-réteg, *lelaputtak* a papillák s alattuk *erős* sejtes infiltratio; a *környéken* ellenben *megnyúlt, elágazó, túltengett* papillák. Szerző a diagnosist csak faute de mieux állítja fel Darier-féle betegségre.

f) Vannak azután olyan dolgozatok, melyek, noha más folyamatokat tárgyalnak, későbbi citatumoknál kerültek a Darier-féle betegség irodalmába. Ezek fontosabbjai a következők:

1. *Neely* [1] esete egy 1872-ben született néger idiotára vonatkozik, kinek 1875-ben mindkét talpán tylositas lépett fel, mely 1888-ban már 12 mm. vastaggá lett; a térdekig terjedt, mély fissurákkal árkolódott, s 1885 óta a tenyereket is ellepte. A Darier-féle betegség gyanuját az olvasókban ez az eset azzal keltette fel, hogy a nagy csizmaszerű plaque szomszédságában mintegy 7 cm. kerületben számos csoportosított és szétszórtan fekvő elszarúsodott folliculus, komedoszerű dugó (plug) jelentkezett, mely egy általános keratoris pilarisba ment át. Az eset nyilván egy excessiv fejlődésű keratoris pilaris, kombinálva keratosis plantaris és palmarisszal, mint Brocq megjegyzi, valószinűleg pit. rubr. pilaris.

2. *Blaschko* [2] esetét is egészen indokolatlanul vonszolták e térre némelyek. Egy 53 éves fémcsiszoló alkarján, kézhátán mutatkozó, professionális elváltozások szerepeltek, melyek semmi possibilis összefüggésben a Darier-féle folyamattal nem állottak.

3. *Payne* [3] esetében egy 29 éves nő kezein és alkarjain voltak szarus csomók, melyek némi kezelésre 3—4 hét alatt meggyógyultak, ez esettől is eltekinthetünk tehát.

4. *Allen* [4] torticollisos legényt mutatott be, kinek hátán sok kis, szétszórt, follicularis lobos laesio látszott $1^1/_2$ mm. hosszú szarútövisekkel. Egész teste enyhe keratosis pilarissal birt.

5. *Buri* [5] esete egy 20 éves tuberkulotikus technikus volt, kinek 6 éves testvére identikus bajban pusztul el, s a kinél a tbc. haladásával parallel a test legnagyobb részét egy rengeteg, szarus szemcsézett plaque foglalta el sok ezernyi tűfejnyi szarugöböcskével. Az eset kétségtelenül sok tekintetben meglepően hasonlított a Darier-féle betegséghez. Kár, hogy szövettani vizsgálat nem volt végezhető. Maga a szerző az akanthosis nigricansot vagy az ichthyosis hystrixot helyezi előtérbe.

g) Ide sorozhatjuk végre *Campana* [6] esetét, melyben egy 12 éves sovány fiú tarkóján és hátán pontszerű vagy lencsényi szarus vegetatiók, papulák keletkeztek, melyeket gömbölyű vagy hegyes pánczélszerű pikkely borított. Néha köldökócske; egyesek kétségtelenül molluscum contagiosumok és nyomásra turószerű anyagot üritenek. A szövettani vizsgálat erősen burjánzó papillák miatt módot adott a szerzőnek, hogy esetét megkülönböztesse a Darier-féle folyamattól.

Az egész irodalomban tehát Lutz, P. Morrow és Elliot eseteinek ideszámításával összesen 29 eset közöltetett, a többit kénytelenek vagyunk innen kizárni.

[1] Journal of cut. gen. Dis. 1888. VI. 128 és Annales 19. 490.
[2] Ref. Mon. 1890. 11. 140. l.
[3] Mon. 1891. 13. 417.
[4] New-York derm. Soc. 230 Meet.
Journal of cut. gen. Dis. 1894. XX. 164.
Annales 25. 851.
[5] Mon. 1900. 30. 557.
[6] Ittiosi cornea e prorospermosi. Atti della A. Univ. di Genova 1892 per Annales 1893. 24. 999.

Tábla-magyarázat.

XIV. tábla. Első esetem, O. F. fényképe.

XV. 9. ábra. Typusos, közepes fejlettségű elváltozások a nyak bőréből.

10. ábra. Részlet a nyak bőréből, a folyamat súlyosbodását illustrálva. Négy göböcske, melyek közül jobbra már a fisszurát (*S*) is látni, a két középsőnél csak nagy szarútömegek vannak tömérdek corps rond-dal, a basalis réteg burjánzása nélkül, baloldalt végre az elszarúsodás is kicsiny mértékű, a corps rond-ok száma azonban már itt is jelentékeny.

XVI. tábla 11. ábra. Részlet a 2. eset hasbőréből. Epitheliomaszerű burjánzások, melyek folliculusokból és interpapillaris hámléczekből indulnak ki. Cystosus degeneratiók és globe épidermique képződmények.

12. ábra. Górcsövi ulceratio, mely az elszarúsodott hámrétegek leesése után visszamaradt.

Betűmagyarázatok valamennyi ábránál:

Str. c. = stratum corneum. *Str. l.* = str. lucidum. *Str. g.* = str. granulosum. *Str. M.* = s. Malpighi. *Str. b.* = s. basale. *F.* = folliculus, *v.* = vena, *c.* = corium. *Str. b.* = burjánzó basalis réteg, *G.* = corps rond. *S.* = Fissura, *p.* = papilla, *k.* = keratosis, *cy.* = cystosus degeneratio, *gl. s.* = faggyúmirigy, *gl. su.* = verítékmirigy, *g. e.* = globe épidermique, *l.* = kivándorlott leucocyták. *U.* = ulceratio, *Cr.* = crusta.

Kalium hypermanganicum borogatások hasznáról a dermatologiában.

Irta: *Nékám Lajos* dr.

Egy tavalyi dolgozatomban (Orvosi Hetilap 1901.) felemlitettem azokat a kitünő eredményeket, melyeket a Butte-féle eljárással kaptam *lupus vulgarisnál,* főleg annak ulcerosus alakjainál. Ennek az eljárásnak lényege abból áll, hogy a kellően megtisztitott területre naponkint egyszer vagy kétszer $^1/_4$—$^1/_2$ óráig erős (2—4%) vizes permanganat borogatásokat teszünk. A beteg eleinte csipést érez, melyet később megszokik, úgy hogy egyetlen hátránya az eljárásnak az a barnás, piszkos elszinesedés, mely koronkint a területnek sóskasavas kalium (1%) vagy ferrum-sesquichloratumos kenőcscsel (1—3%) való chemiai letisztitását teszi szükségessé. Nagy előnyei ellenben, hogy a fekélyesedést gyorsan megszünteti, a secundaer genyedéseket egy csapásra elvágja, egyszerű, fájdalmatlan, a granulatiót és behámosodást elősegíti, végre mindenütt kivihető és olcsó, úgy hogy az eljárásnak kétségtelenül nagy jövőt jósolhatunk.

Minthogy pedig e hatását a kalium hypermanganicum egyrészt heves oxydáló képességének s igy a környezet sterilizálásának, másrészt kitünő adstringens erejének köszönheti, evidens, hogy olyan esetekben, mikor dezinficiálás és edzés lesz kivánatos, előnynyel fordulhatunk e szerhez. Kétségtelen másrészt, hogy a használatban megszoritja e szert az a tulajdonsága, hogy se kenőcsben, se pasztákban vagy tapaszokban nem adható. Megkiséreltem ugyan talcumot vele kifőzni, ily módon azt organikus szennyezésétől megtisztitani, s úgy pasztává dörzsölni permanganát oldattal. Ha meggondoljuk azonban, hogy a chamaeleonos oxydatio csak savanyú, vagy csak alkaliás, de nem neutralis közegben végezhető, a gyógyszerül alkalmazandó talcumnál pedig a legszigorúbb neutralitást kell szem előtt tartanunk, ha továbbá tekintetbe veszszük, hogy pusztán talcumból és chamaeleonból jó consistentiáju pépet nem lehet készíteni, el kell ismernünk, hogy bármennyire kivánatos volna is, *a kalium hypermanganicum használatának indicatióit oly esetekre kell szorítanunk, melyeknél localis desinfectiót és adstringeálást kivánó és vizes borogatásokat eltürő folyamatok szerepelnek.* Hozzáfüzhetjük azonban, hogy a *vizes oldatok* szerepeltetése alig képez a gyakorlatban megszoritást, mert mint kisérleteim kimutatták, még a legérzékenyebb dermatitisek is jól türték a destillált vízzel készült 0·1—1·0—10·0 ‰-es oldatokkal ascendáló kezelést.

Ily módon 60-nál több beteget kezeltem s ezek között volt 28 pustulosus, fertőzött eczema és dermatitis, 14 impetigo faciei, 6 pyodermia, 5 phlegmone és lymphangoitis, 6 status varicosus és ulcus cruris, 2 balanoposthitis simplex.

Mindjárt előre bocsáthatom, hogy *ulcus molle, favus* és *trichophyton, erythrasma* és *lepothrix* esetekben is alkalmaztam,

itt azonban a sikerrel nem voltam megelégedve s így ily esetekre ezt az eljárást nem ajánlom.

Az eljárás nagyjában minden esetben egyenlő volt, különbség csak a választott oldatok concentratiójában, az applicálás tartamában és gyakoriságában állott, s e tekintetben nem is lehet normativumot felállítani, hanem az esetleges viszonyok s a beteg érzékenysége szerint kell igazodni.

Legyen szabad az esetekről néhány példát röviden felhozni:

1. K. R. 34 éves mázoló kb. hat hét előtt dermatitis professionalist kapott, melyet elhanyagolva, mindkét kezén duzzadt, igen fájdalmas, nedvező, pustulákkal átszőtt a bőr. Az alkar átültetett kisebb-nagyobb pustulák százaival van boritva, melyek vöröses udvaraikkal néha confluálnak, itt-ott a szőrtüszőkön localizáltak, másutt izoláltan ülnek. Ascendáló lymphangoitis a felkar belső sulc. bicipitálisán, érzékeny hónalji mirigygyel; láz, bágyadtság.

Th. Hólyagok gondos felnyitása, sublimátos letörlés, benzines lemosás; sublimátos pára kötés.

Másnap fokozott fájdalom és duzzanat. Jeges sublimátos borogatás.

Harmadnap egész alkar bőre gyulladt és fáj. Számos új kis pustula a felkaron is. Oedema. Elesettség. 0·5% kalium hypermanganicum borogatás. A rendelés szerint a betegnek ezt 3-szor napjában 10 perczig kellett volna alkalmaznia, közben ólomvizet használni. A beteg azonban oly jól érezte magát alatta, hogy egész éjjel alkalmazta a chamaeleont, s negyednapra oedema nélkül, csökkent fájdalommal, szagtalanul, alig fenmaradó nedvezéssel jelentkezett. Az oldat concentratioját ekkor 1, majd 2%-ra emeltem. Négy napi állandó permanganat borogatás után a lymphangoitis egészen megszünt, a kezek volmuenje normális, behámosodás erősen előre haladt, ujjak mozgathatók.

A majdnem fekete bőr megtisztitására $^1/_2$% ferrum sesquichloratum kenőcs 24 óráig. Ekkor a bőr hyperaemiásnak, itt ott még nedvező papulákkal birónak, egészben véve lényegesen restituáltnak látszik. Most Lassar-féle pasztát kapott naponkinti benzines lemosásokkal, s a nedvező részek tr. jodi, tr. gallarum aa. beecsetelésével. További három nap mulva a pasztába 10% ol. cadini került, s egy hét mulva, tehát összesen 19 napi kezelés után baja megszünt.

Ilyenféle esetem több volt, s mind kitünően befolyásoltatott a $KMnO_4$ által. Hangsúlyoznom kell azonban, hogy a borogatásokat csak addig alkalmazom, a mig azok indicatioja valóban fennáll, tehát a mig desinficiálni és edzeni való részek vannak, sőt ha már csak itt-ott mutatkozik nagy területeken pontszerűen elszórt nedvezés, ezeket tincturákkal edzem s miattuk nem kezelem a behámosodott felszineket fölöslegesen chamaeleonnal. Másrészt pedig az oxydált, előbb felhám rétegeket és serum pörköket, ha csak lehet, $^1/_2$—1 napi kenőcs alkalmazásával, sőt $KMnO_4$-es pára kötésekkel leáztatom, mert tapasztalásom szerint a permanganatnak heteken át való használata, mint a lupusnál, nem előnyös, vagy legalább is megszakitásokat követel.

Az eljárás menete tehát a következő: Oly gyorsan, a mint csak lehet erős oldatokra áttérve, borogatni a beteg területeket, mig ott nedvezés és különösen a mig genyedés mutatkozik. Ekkor pasztákra, esetleg adstringens pasztákra térünk át, és a legnagyobb tisztaság folytonos szemmeltartása mellett a pasztákba mindig kevesebb port s mindig több kátrányt adunk, végre befejezzük a kezelést kátrányos kenőcsökkel.

Mint ebből kitünik, a chamaeleonnak bőrgyuladásoknál inkább az akut, nedvező stadiumban van helye, chronikus, desquamativ stadiumokban akkor adjuk, ha komplikátiók, berepedések, fertőzések társultak hozzá.

2. Az impetigoknál és pyodermiáknál a permanganat hatása különösen kiváló. A pörköket leáztatjuk, hajat, szőrt stb. eltávolitunk, pustulákat nemcsak felszúrunk, de körül is metszünk, kisebbeket erélyes benzinvattával egészen feltépünk, szóval a területet feltárjuk, a mi minden fájdalom nélkül sikerül. Ezután alkalmazzuk, szükség szerint, 1—2%-os borogatásokat vagy begöngyöléseket, álarczokat, nyakkendőket, s ha ügyelünk, hogy a kötés ne legyen nehéz, meleg, vastag, úgy a kezelés igen kevéssé kellemetlen s nem kelti a *bekentség* érzésének utálatosságát Az eredmény néha meglepő. Előfordult, hogy egy napi folytonos borogatás után az impetigo megszünt és egy napi ferrum sesquichlorat kenőcs ($^1/_2$—1%) alkalmazása után a beteg meggyógyult és megtisztult. Ritkán történik, hogy 3—4 napig kelljen a borogatásokat folytatni s akkor is mindenesetre rövidebb ideig, mint a hogy azt más eljárásokkal elértük volna.

3. Még csak az ulcus chronicum cruris kezeléséről akarok néhány szóval megemlékezni. A folyamat s a kezelés természete egyformán kizárják itt az ambulans kezelést, legalább aránytalanul gyorsabban láttam a gyógyulást bekövetkezni oly betegeknél, kik tanácsomra ágyba feküdtek, mint a járkálóknál. Az ily betegeknél a kellő tisztitás után mindjárt tömény (4%) oldatot alkalmaztam a fekélyekre és higabbat lobos környékére. Ha a környék begyógyult, Lassar-féle pasztával borítottam be azt, a fekélyre magára azonban concentrált oldatba mártott és jól kinyomott gaze jött továbbra is, mindaddig, míg a callosus részek le nem simultak, míg egészséges granulatio nem indult meg, esetleg behámosodás nem történt. Néha, különösen renyhe, callosus alapnál megkiséreltem a $KMnO_4$ kristályok felhintését is, — úgy látszik azonban, hogy ezek a kiszivárgó serumban alig oldódnak, mert ily módon alig volt kielégitő eredmény elérhető. A szer ugyanis, s ez bizonyos tekintetben hátránya, csak felületesen hat; organikus anyagok rögtön szétbontják s talán 1—$1^1/_2$ milliméterre lehet azt a mélységet becsülni, melynél, fibrosus, kemény szövetben hatása megszünik. Ott tehát, a hol szűk sipolyok, nehezen hozzáférhető járatok, mély parenchymás genyedések vannak, legalább az ily egyszerű applicatioval, eredményt nem lehet elérni. Hogy injectiokkal segithetünk-e ezen a hátrányon, arra nézve még nincs tapasztalatom — egyelőre ily esetekben lehetőleg feltártam késsel a járatokat, beléjök fektettem chamaeleonos gazecsikokat, s így törekszem érintkezést létesiteni a szer s a folyamat között. Nagyjában az eredmény itt is kitünő volt: a gyors desinfectio, az erőteljes, jó sarjazás hamar bekövetkezése mindig meglepett és kielégitett.

4. A balanoposthitis simplex és figurata esetek pár órai borogatás és utána bármely indifferens hintőpor alkalmazása után 1—2 nap alatt megszüntek, nyirok-pályáik lelohadtak, szóval az eljárás itt is minden tekintetben ajánlható.

Budapest, 1902. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Közol Antal J.) Dorottya-utcza 14. sz.

Negyvenhatodik évfolyam. 46. szám. *Budapest, 1902. november 16.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrássik 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.

Dollinger Gyula: A repositio anatomiai akadálya az idült subcoracoidealis vállizületi ficzamoknál és a véres úton való repositionak új módszere. 737. l.

Sarbó Artur: Klinikai és statistikai adatok a tabes tünettanához 195 tabes-eset alapján. Tabes a munkások között. 740. lap.

Tárcza. Kuthy Dezső: A vizzel gyógyitás lényege és multja. 743. lap.

Közegészségügy. Az acetylén-gáz gyártása és felhasználása körüli eljárás szabályozása. — Nyilt közkutaknak fedő szerkezettel való ellátása. 744. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Hültl Hümér**: Törekvések az eszközök, a kötőszerek és a varróanyag csirátlanitását tökéletesiteni. 744. lap. — *Könyvismertetés. A. Socin:* Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata. (Ráskai.) — *Torday Ferencz*: Az egészség közgazdasági jelentőségéről. (M.) — *Axel Wilhelmi:* Die Mecklenburgischen Ärzte von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. (Gyóry.) — *Pollatschek:* Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1901. (M.) — *Lapszemle. Sebészet. F. Weber:* Idült könyökizületi ficzamodások véres úton való kezelése. — *Merningas:* Haemophiliás izületmegbetegedés. (Holzwarth.) — *Bőrkórtan. Bergh:* A prostituáltaknál előforduló tetoválás. (Guszman.) — *Thimm:* A bőr elmeszesedése. (Guszman.) — *Fülgyógyászat. Lucae:* Két physiologiai-akustikai előadás. (Ifj. Klug N.) — *Urbantschitsch:* A resonáló hangok. (Ifj. Klug N.) — *Orr-, torok- és gégebajok. Bettman:* Herpes laryngis. (Tóvölgyi Elemér.) — *G. Spiess:* Az anaesthesin. (Tóvölgyi Elemér.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Schrage:* Collargol. — *Woyer:* Itrol. — *Folyóiratok átnézete.* 747—748. lap.

Hetiszemle és vegyesek A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmazások. — A fővárosi IX. kerületi orvostársaság. — Hamér Fülöp. — Ráskai Dezső. — Szabóky János. — Az orvostanhallgatók száma a budapesti tudomány-egyetemen. — Kanka Károly orvosdoktorságának 60-ik évfordulója. — University extension. — Hőgyes tanár Pasteur-intézete. — A budapesti poliklinika. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — Az egyetemi I. sz. női klinika. — Megjelent. — Elhunytak. 733. lap. — Pályázatok — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. — A második országos elmeorvosi értekezlet. — A British medical association 1902. évi manchesteri nagygyülésének orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

Melléklet. „Egy kiváló physiologus birálata a Sagradáról“ cz. a „Sagrada Barber“-féle szert tárgyaló közlemény.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A repositio anatomiai akadálya az idült subcoracoidealis vállizületi ficzamoknál és a véres úton való repositionak új módszere.

Dollinger Gyula dr. egy. ny. r. tanártól.

Az idült subcoracoidealis vállizületi ficzamok repositioja az utolsó évtizedekben a legkiválóbb sebészeket foglalkoztatta, s ha e kérdés daczára ennek megoldást még nem nyert, és azon vállizületi ficzamok repositiojára, a melyek vértelen úton nem tehetők helyre, máig sem léteznek határozott szabályok, úgy ennek oka abban rejlik, hogy a repositio anatomiai akadályát mindeddig nem ismerték. Kocher rotatiós-elevatiós eljárása ugyan az idült vállizületi ficzamok egy részénél is jól bevált. Kocher maga ezen eljárásával számos idült vállizületi ficzamot reponált és azon 19 idült vállizületi ficzam közül, a melyek az utolsó 5 esztendőben a klinikán jelentkeztek, 6 három—öt hetes esetet Kocher methodusa szerint tettem helyre, de különösen az 1 hónapnál idősebb vállficzamok egy részét sem a Kocher-féle, sem másféle vértelen módszerrel helyretenni nem lehet, s ezen, vértelen úton helyre nem tehető vállficzamok gyógykezelését Kochernek[1] azon hypothesise, hogy az idült subcoracoidealis ficzamoknál „a repositio akadályát a ligamentum coraco-humerale-n kivül különösen azon adhaesiv burjánzások képezik, a melyek a tokszallag repedését szükitik, a tokszallag lumenjét kisebbitik és a felkarfejecset a tokszallag mellső széléhez oda forrasztják“ és „hogy a legfontosabb összenövések a régi tokszallag repedés területén az ízvápa széle és a felkar boncztani nyaka között vannak“, egyetlenegy lépéssel sem vitte előbbre. A kinek idült vállizületi ficzamokkal gyakrabban van dolga, az bizonyára akadt már olyan esetekre, a melyeknél a felkart vagy egyáltalában nem lehet kifelé rotálni, vagy csak igen tökéletlenül. Ha az ily esetben a mütő nagyobb erőt alkalmaz, akkor könnyen eltörik a felkar, a mint ez Kocheren 1890-ig 3 izben, az alábbiakban leirandó módszerem teljes kifejtése előtt segédemen egy 8 hetes esetben, rajtam egy hét hetes ficzamnál esett meg.

Ezen balsikerek egyrészt óvatosabbá tettek, másrészt pedig a véres úton való repositio iránt keltették fel érdeklődésemet. Az irodalom a Bergmann-féle klinikáról származó Engel-féle czikk kivételével nagyon kevéssé biztat a véres repositiora. A legtöbb szerző a resectiót elébe helyezi a véres úton való repositionak. A repositio anatomiai akadályai ezen szerzők és mütők szerint a következők: a tuberculum majus, tuberculum minus, a cavitas glenoidalis, a collum chirurgicum vagy anatomicum törése, callus tömegek vagy osteophyták, melyek a felkar fejecsét és nyakát körülveszik vagy pedig a tokszalaggal erősen össze vannak növe, a biceps hosszú fejének vagy a tokszalagnak interpositioja, végre kötőszöveti kötegek vagy tömegek, a melyek a felkar fejecsét új helyzetében rögzitik, a fovea glenoidalist kitöltik és vele szorosan össze vannak növe. Az eddig végzett véres repositioknál mindezen valódi vagy képzelt akadályokat átvágták, kivágták, a felkar nyakát szabaddá tették, vagyis skeletizálták, a fovea glenoidalisból mindent alaposan kimetszettek, úgy hogy sokszor ennek a porczborítéka is áldozatul esett s ezután a felkar fejecsét emeltyűvel, spatulával vagy kanállal reponálták s ezen erőteljes manipulatiók közben rendesen még meg is sértették.

Egyáltalában nem csodálkozom, hogy az ilyen mütevés után, a melyet sem czéltudatosnak, sem kiméletesnek nem lehet nevezni, a sebészeknél erős ellenszenv fejlődött ki a véres úton való repositio iránt. Ha a felkar fejecsét valóban csak ily úton-módon, ekként ellátva lehet reponálni, akkor magam is inkább a resectiora vagy az osteotomiára határoznám el magamat, a mint azt 2 esetben, melyekben a luxatio a collum chirurgicum illetőleg

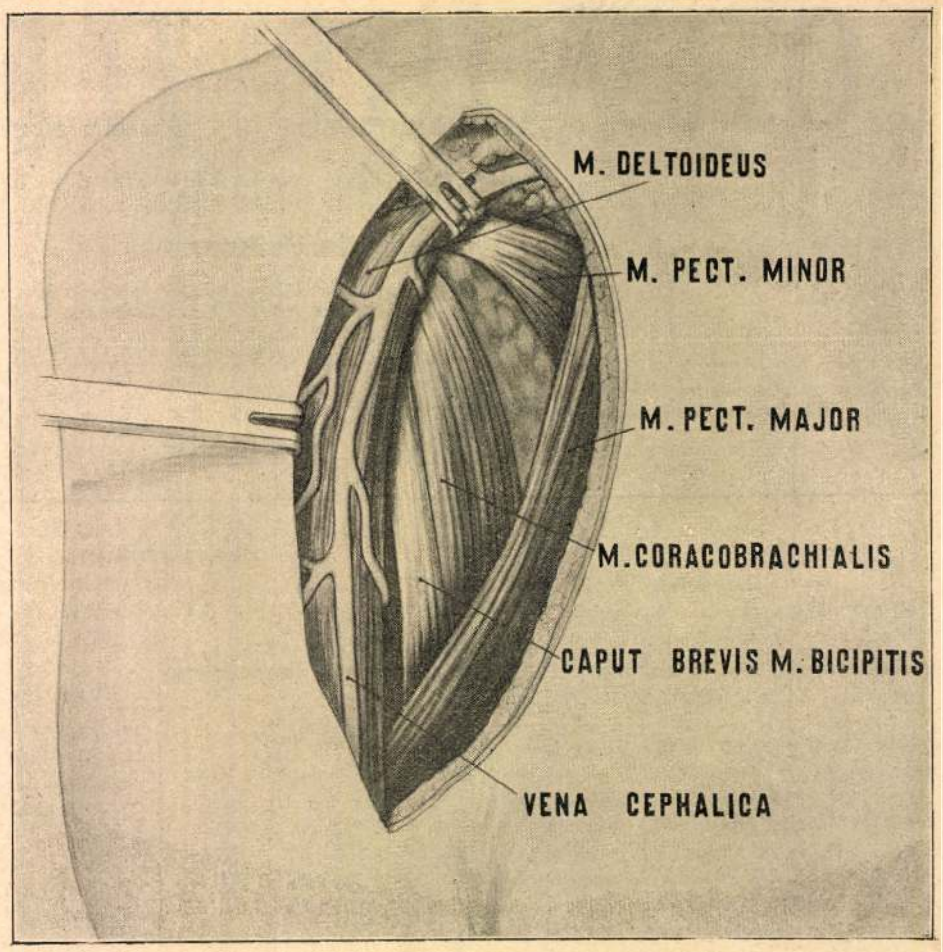
a collum anatomicum törésével volt combinálva, meg is tettem. (Lásd a 9. és 10. kórtörténetet.)

Az utolsó 5 esztendőben 19 subcoracoidalis vállficzamot kezeltem a vezetésem alatt álló egyetemi I. sz. sebészeti klinikán, ezek közül, mint fentebb már említém, 6-ot a Kocher-féle methodussal tettem helyre, 1 esetben, a melyben a beteg a luxatioval egyidejüleg felkartörést szenvedett s a mely 3 hónappal később gyógyult felkartöréssel és kificzamodott vállizülettel került a klinikára, a callus nekem sokkal gyengébbnek tetszett, semhogy a 3 hónapos ficzam repositiojához szükséges erőkifejtést kiállja s azért nem mertem a felkart Kocher szerint reponálni, hanem a véres úton való repositiohoz készültem, a felkar fejecset szabaddá tettem, mire a repositio a Kocher-féle mozdulatokkal könnyen sikerült a nélkül, hogy az alább leirandó beavatkozások szükségessé váltak volna. (Lásd a 11. számú kórtörténetet). Ezen esetet nem számítom a véres úton reponáltak közé, mert az itt végzett véres műtétnek a repositiora befolyása nem volt. 2 beteg a repositiós kisérlet alatt, a mint már említém, felkartörést szenvedett. 10 esetben véres műtétet végeztem. Ezek közül egy 5 hetes esetben, a melyben a ficzam a collum chirurgicum törésével volt complicálva, a felkar fejecset resecáltam. (Lásd a 10. sz. kórtörténetet.) Egy 4 hetes esetben, mely a collum anatomicum törésével volt complicálva, linearis osteotomiát végeztem. (Lásd a 9. sz. kórtörténetet.) Egy 8 hetes esetben, mely a tuberculum majus törésével volt complicálva és a melyben a letört csontdarab a fovea glenoidalist kitöltötte, a tuberculum majust eltávolítottam, mire a repositio könnyen sikerült. (Lásd a 8. sz. kórtörténetet.)

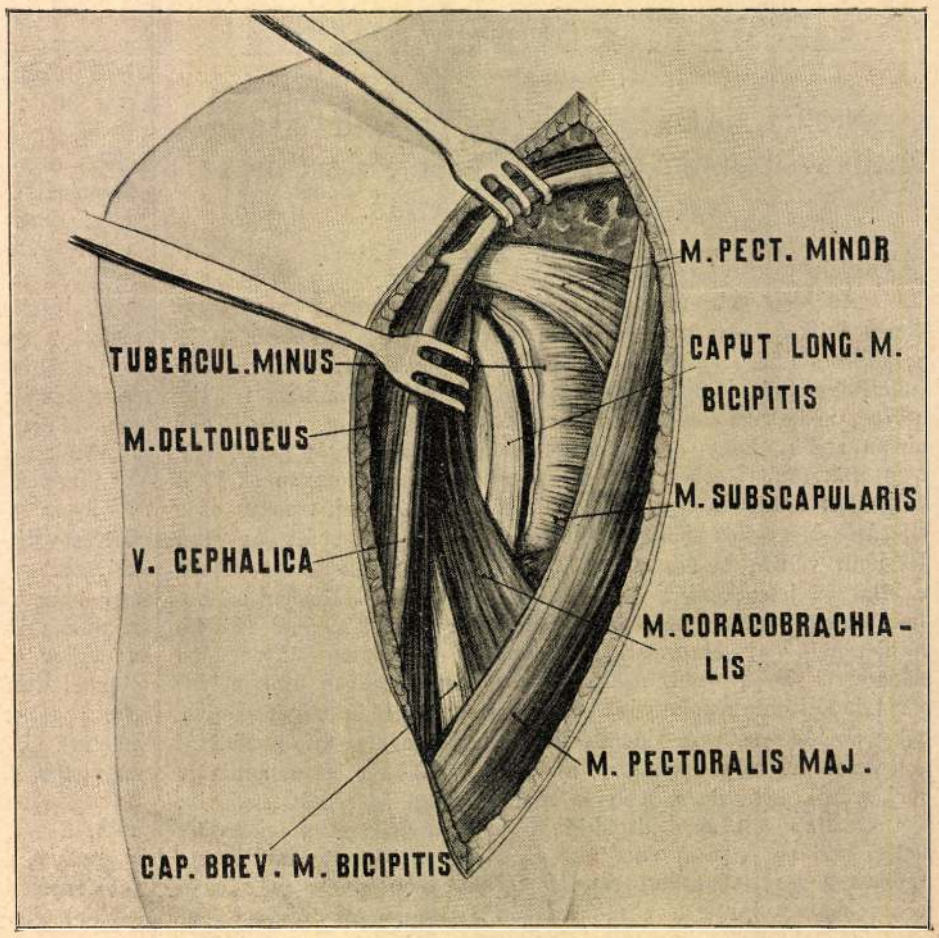
A többi 7 esetben, a melyekben az alább leirandó módszerem szerint jártam el, a ficzamodás 5, 8, 10, 12, 12, 16 és 17 hét óta állott fenn. Ezen 7 esetben először megkisérlettem a Kocher-féle eljárást és néhány esetben a Cooper-félét is, de sem az egyikkel, sem a másikkal még narcosisban sem tudtam boldogulni és azért véres beavatkozásra határoztam el magamat. Mindjárt az első esetekben meglepett, hogy a repositionak azon különböző akadályai közül, a melyeket a szerzők leirnak, egyetlenegyet sem tudtam meglelni. Callus tömegeket, osteophytákat csak azon fentemlített 2 esetben leltem, a melyek collum töréssel jártak, míg a többi 7 esetben a szerzők által leirt újonnan képzett csont- és kötőszövet tömegeknek nyoma sem volt jelen. Miután az izületi véget szabaddá tettem, még egyszer megkisérlettem Kocher szerint reponálni, s e közben szemmel kutattam a repositio akadályát. Ezen észlelések alapján fejlödött ki lassanként azon módszer, melyet a következőkben ismertetek.

Az egyik segéd a kart könyökben derékszögig behajlítja és kissé mellfelé emelve rögzíti, a mi által a musculus deltoideus, musculus coraco-brachialis és m. biceps ellazul. A bőrmetszés a claviculánál kezdődik s a vena cephalicától egynéhány mm.-nyire a törzs felé, a vívő érrel párhuzamosan, a m. pectoralis major tapadásaig húzódik. Most az ujjammal vagy pedig az elevatorral a m. deltoideus és pectoralis közötti résben a proc. coracoideusig hatolok és a deltoideus mellső szélét a vívő érrel együtt kampókkal kifelé huzatom. (L. az I. ábrát.)

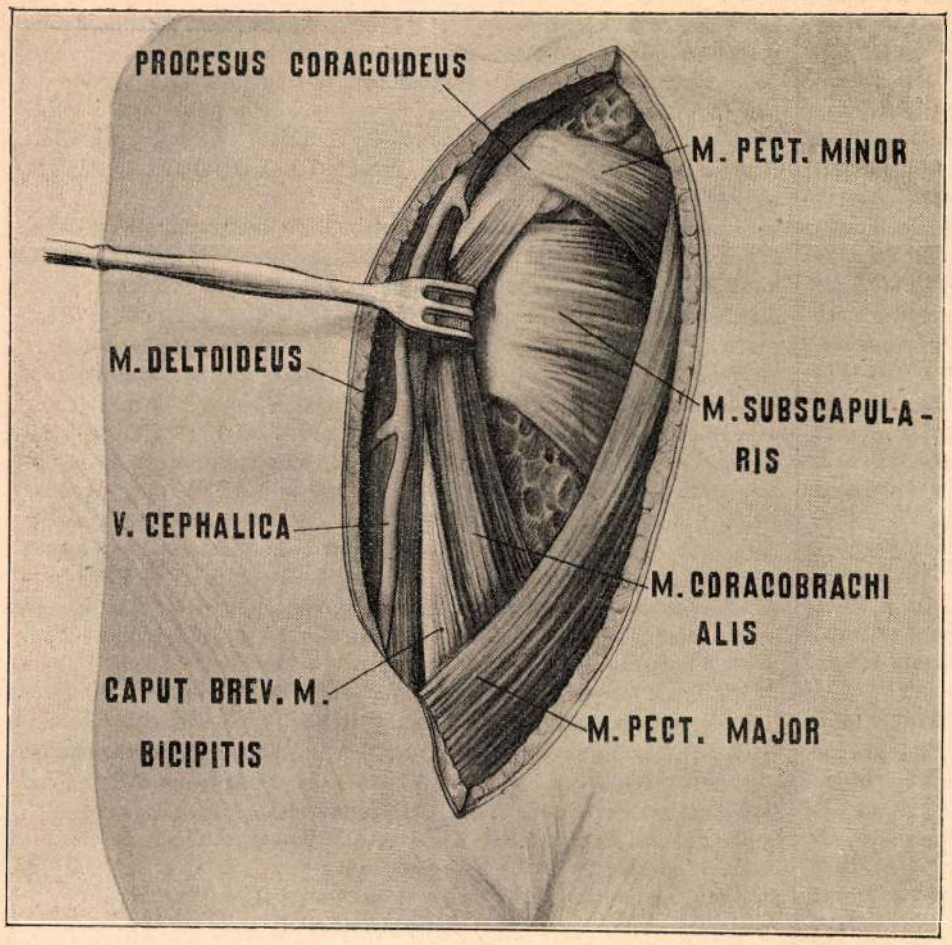
Ezután a m. coraco-brachialist a biceps rövid fejével kifelé, a pectoralis minort felfelé, és a m. pectoralis majort befelé huzatom, a mi által a felkar felső izületi vége, különösen pedig a mellfelé tekintő sulcus intertubercularis, valamint a



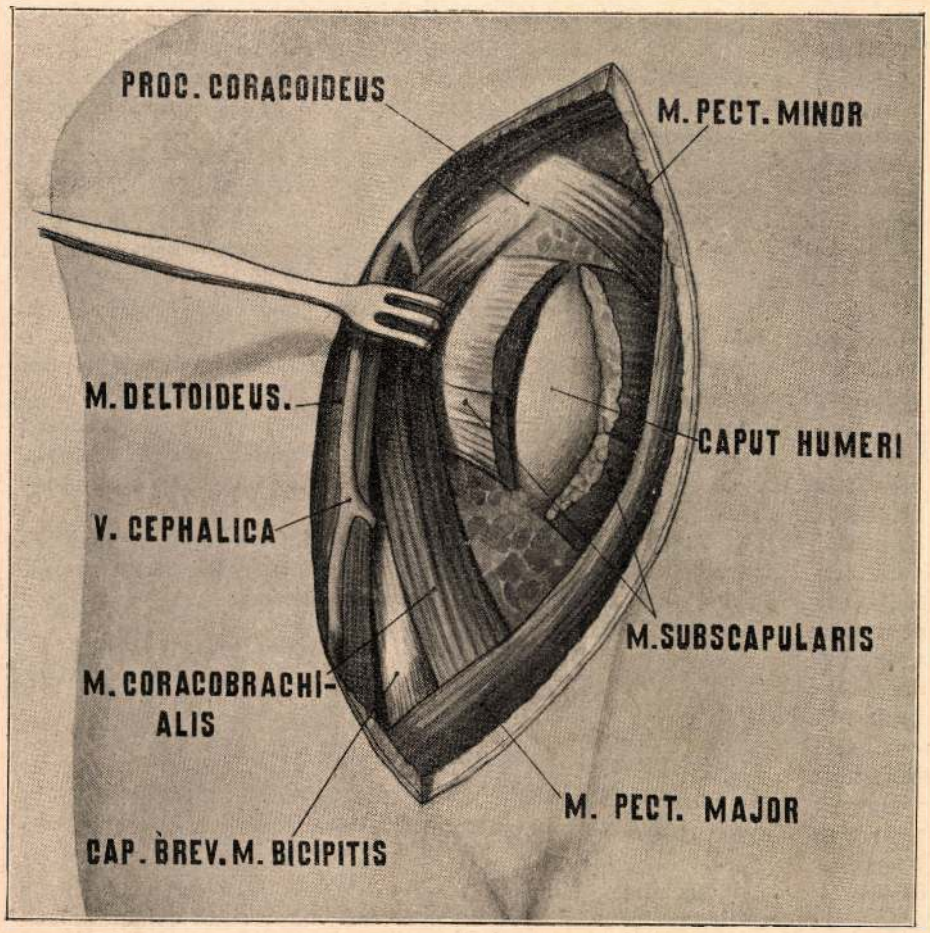
1. ábra.



2. ábra.



3. ábra.



4. ábra.

tuberculum minus válik láthatóvá. A biceps hosszú fejének ina csak azon egy esetben volt a sulcus intertubercularisból kiszakítva, a melyben a luxatiót a tuberculum majus törése complicálta. A többi esetekben ez az ín a mütét alatt nem lett szabaddá téve s az ide mellékelt ábrán csupán a tájékozás miatt van a sulcus intertubercularis megnyitva. (L. a II. ábrát.)

Ezen anatomiai pontokra támaszkodva, most a tájékozódás igen könnyü. A felkar fejecse mind a 7 esetben hátrafelé volt fordítva és domborulatával a scapula mellső felületét a processus coracoideus alatt körülbelül azon a helyen érintette, a melyet rendesen a bursa subscapularis foglal el. Hátulsó széle a fovea glenoidalis mellső széléhez ért. A tuberculum majustól egy széles erős köteg vonul kifelé és felfelé és befedi a fovea glenoidalist. Ezen köteget a m. supraspinatus, infraspinatus és m. teres minor alkotják, ezek befedik a lig. coraco- és gleno-humeralét. Én nagyon tartok tőle, hogy ezek a dislocált képletek azonosak azon újon képzett vastag kötszöveti tömegekkel, a melyeket némely sebészek e helyen leirnak és a melyeket, hogy az ízvápához jussanak, kimetszettek. Ha a fovea glenoidalist a mütét ezen stadiumában látni akarjuk a nélkül, hogy ezen a kar későbbi functioira fontos ínakat és szallagokat átvágjuk, akkor e köteget a tuberculum majustól a fovea glenoidalis közepe felé irányított metszéssel hosszában be kell metszeni és a két sebszélt hegyes kampókkal erősen széjjelhúzni. Én ezt csak az első esetemben cselekedtem meg (lásd az 1. számú kórtörténetet), de csakhamar beláttam, hogy ez csak kivételesen szükséges, mert ha a fovea glenoidalist meg akarom vizsgálni, azt sokkal könnyebben tehetem meg a mütét egy későbbi stadiumában, mint jelenleg, a hol ezen képletek a fovea glenoidalison keresztül erősen meg vannak feszítve. Most a segéd, a ki az előkart fogja, a felkart kifelé rotálja, a mi által a tuberculum minus kifelé tér és a látótérben megjelenik a felkar fejecs, befedve a m. subscapularis ínától. (L. a III. ábrát.)

A rotatio kifelé rendesen csak annyira sikerül, hogy az epicondylus internus egyenesen be a törzs felé tekint. Ezen positioban a m. subscapularis ína már erősen ki volt feszítve a felkar fejecsen keresztül. Ha már most a felkart újra befelé fordíttattam, akkor az izom ellazult. Minél nagyobb erővel fordíttattam a felkart kifelé, annál jobban feszült meg a nevezett ín és annál erősebben szorította oda a felkar fejecs hátsó segmentumát a fovea glenoidalis széléhez. 2 esetben (lásd a 4. és 7. számú kórtörténetet) a felkar fejecs ennek következtében a fovea glenoidalistól mély benyomásokat kapott. Ha a repositiós kisérleteket erőltetjük, akkor ily módon megsérthetjük a felkar fejecsnek vagy a fovea glenoidalisnak porczborítékát, a mi, ha a repositio sikerül is, a felkar későbbi functioját mindenesetre nagyon befolyásolja. Ha ezután még tovább rotálunk és a m. subscapularis nem enged, akkor a felkarcsont az erős csavarás folytán spiralis törést szenved. Mihelyt e viszonyok tisztán állottak előttem és mihelyt meggyőződtem róla, hogy a felkar kifelé rotatioját az erősen megfeszített m. subscapularis gátolja, ennek ínát közel a tuberculum minushoz való tapadása előtt ketté vágtam, a mire a felkar fejecs porcz borítéka a sebben látható lett. (L. a IV. ábrát.)

A felkar kifelé fordítása most már semmi akadályba sem ütközött és a repositio a Kocher-féle rotatiós-elevatiós eljárás szerint oly könnyen sikerült, mint egy friss felkar ficzamnál.

Azon tényből, hogy a repositio mind a 7 esetben, a melyben arthrotomia nélkül nem sikerült, a m. subscapu-

laris átmetszése után ugyanazon repositiós móddal könnyen sikerült, azon eddig ismeretlen tény következik, hogy a nem complicált idült subcoracoidalis vállizületi ficzamoknál a repositio akadályát nem, a mint azt eddig hitték, újon képzett kötszöveti tömegek képezik, vagy pedig a mint Kocher e tárgyra vonatkozó nagy érdemü dolgozatában állitja, a tokszalag repedés területén az izvápa széle és a felkar fejecs anatomiai nyaka közt fennálló összenövések alkotják, hanem, hogy a repositio akadálya a retrahált és sclerotizált m. subscapularis, a mely alatt ezen luxationál a felkar fejecs helyet foglalt és a melynek tapadó pontjai, a mint arról hullán többször meggyőződtem, a luxatio subcoracoideánál az izom felső rövidebb részeiben egy cm-rel, annak alsó hosszabb részeiben 2—3 cm-rel vannak egymáshoz közelítve. A lig. coraco- vagy gleno-humeralet, a melyet Kocher a repositio egyik akadályaként tüntet fel, egyetlen egy esetben sem vágtam át. A Kocher által e helyen supponált adhaesiv burjánzásokat vagy összenövéseket nem voltam képes meglátni. A m. subscapularis mintegy 14—20 cm. hosszú és 5—6 erős ínköteggel ered, részint a lapoczka mellső felületének lineae musculares nevü kiemelkedéseiről, részint a csonthártyáról. Izom kötegei 4—5 ínban végződnek, a melyek az izom hasának mélyében fekszenek, 7—10 cm. hosszúak, a cavitas glenoidalis felé convergálnak és itt a 3—4 cm. hosszú, 3—5 cm. széles, 5—6 mm. vastag főínná egyesülnek, mely a tuberculum minushoz tapad és mellülről tekintve a felkar fejecset befedi.

A subcoracoidealis vállizületi ficzamnál a felkar felső izületi vége a m. subscapularis ínának tapadásával a test középvonala felé közeledett. Ha a felkart annyira sikerül kifelé rotálni, hogy az epicondylus internus egyenesen a törzs felé tekint, akkor a felkar fejecs befelé és kissé hátrafelé van fordítva, és ekkor a m. subscapularisnak előtte elvonuló ínát a tapadáshoz közel könnyen kettévághatjuk. Ha ellenben nem sikerül a felkart ennyire kifelé rotálni, akkor úgy juthatunk az ínhoz, hogy azon segéd, a ki a lateralis sebszélt kifelé húzza, a processus coracoideust egy hegyes kampóval megragadja és ennél fogva a scapulát a törzsről kifelé és hátrafelé kissé leemeli. Az ín átmetszése a felkar fejecsen történik, a mely alatta fekszik. Fontos képletek megsértése könnyen elkerülhető. Mindazonáltal tartsuk szem előtt azt, hogy a nagy edények és idegek közvetlenül a felkarfejecs belső oldala mellett fekszenek, hogy az arteria circumflexa ant. szorosan odasimul a m. subscapularis azon kötegének distalis széléhez, a mely közvetlenül, úgyszólván ín nélkül a felkar nyakához tapad és hogy az art. circumflexa post. és a nervus axillaris ugyanezen magasságban a felkar nyaka mögött fekszenek. A felkar fejecséhez közel fekszik még a nervus perforans Gasseri. E magasságban ezen ideg a m. coraco-brachialis belső oldalához fekszik, azzal együtt lefelé vonul és ez izmot valamivel mélyebben azon részében fúrja át, a melyet a m. pectoralis ina befed. Hogy az ideget a nyomástól megkiméljük, nem ajánlatos azt a m. coraco-brachialissal kifelé húzni, hanem inkább a m. pectoralissal befelé. *Meg vagyok róla győződve, hogy a m. subscapularisnak nem csupán az idült, hanem egyszersmint a heveny subcoracoidealis vállizületi ficzamnál is igen fontos szerepe van azon factorok sorozatában, a melyek a repositio akadályainak mechanismusát alkotják, és hogy e szerep körülbelül olyan, mint a milyet bizonyos törési dislocatioknál az összehúzódott izomzat játszik.* A Kocher-féle repositiós methodussal a felkar kifelé fordításával a heveny subcoracoidealis vállficzamoknál a retrahált m. subscapularist megnyújtjuk s ezzel kicsatoljuk azon ellenállást, melyet az kifejt, de ha ezen izom tapadási pontjai több hétig egymáshoz közelítve maradnak, akkor az izom szövete, a perimysium és a hosszú erősítő inak erősen retrahálódnak és a repositiót gátolják. A mi az újonnan képzett tokszálagot és izvápát illeti, a melyet rendesen a repositio főakadályának szoktak tekinteni, fájdalom, nekem magamnak még nem volt alkalmam olyan idült vállizületi ficzamot boncolni, a melynek lelete itt értékesíthető, műtét alatt azonban a következőkről győződhettem meg: olyan ficzamoknál, melyek a felkar nyakának törésével vannak complicálva, az egész izületi véget újonnan képzett kötőszövet és callustömegek veszik körül, ellenben a nem complicált esetekben ezek hiányzanak. Itt a felkarfejecs hátrafelé van fordítva és közvetlenül a fovea glenoidalis előtt a scapula mellső felületének azon részét érinti, a melyet azelőtt a bursa subscapularis foglalt el. Újonnan képzett mellső tokszálagfal tehát egyáltalában nem létezhetik, mert a hátra felé tekintő felkarfejecs előtt a tuberculum majus és minus, az előbbenitől kiinduló m. supra- és infraspinatus és a tuberculum minustól kiinduló és a középvonal felé húzódó m. subscapularis fekszik. A fejecs ezen rendellenes helyének hátsó falát a scapula képezi, a melyen, ha a luxatio nagyon soká állott fenn, a periosteumból lerakodó osteophyták által a fejecs számára egy gödör alkottatik.

Vajjon ezen esetekben hogyan áll a dolog a Kocher által supponált összenövésekkel, arra vonatkozólag saját tapasztalataim nincsenek. Lehet, hogy ilyen igen régi esetekben vannak ilyen összenövések. De ezen nagyon régi esetekben a mozgató izomzat sorvadása miatt a repositionak úgy sincsen nagyobb practikus haszna. Az én eseteimben e képleteket csak akkor láttam meg, a midőn a m. subscapularist már átvágtam és a felkar fejecsét reponáltam, de daczára annak, hogy ezen 7 eset között egy 16 és egy 17 hetes volt, ezen supponált összenövések a m. subscapularis inának átmetszése után sohasem gátolták meg a repositiót. Ha a repositio az ín átmetszése daczára sem sikerül, akkor meg kell vizsgálnunk a fovea glenoidalist. Most már könnyen hozzáférhetünk ehhez, mert a m. subscapularis által előbb megfeszítve tartott m. supra- és infraspinatus el vannak lazulva és azért most elegendő, ha a segéd a felkart erősen lefelé húzza, mire ujjunkkal az ínmetszés hasadékán keresztül a lehúzott felkarfejecs felett és mögött a fovea glenoidealishoz könnyen felhatolhatunk, és constatálhatjuk és eltávolíthatjuk a repositio akadályait. Nekem csak egyetlen esetemben (lásd a 4. sz. kórtörténetet) volt erre szükségem, midőn a tokszálag a fovea glenoidalis mellső széléhez erősen oda volt növe. Nézetem szerint ilyen összenövések csak akkor jönnek létre, ha a trauma következtében az ízvápa széle is megsérült. Miután a tokszálagot az ízvápa széléről leválasztottam, a repositio, mint rendesen, könnyen sikerült.

(Folytatása következik.)

Klinikai és statistikai adatok a tabes tünettanához 195 tabes-eset alapján. Tabes a munkások között.

Sarbó Artur egyetemi magántanártól.

(Vége.)

A lueses theoria ellenesei azt is gyakran hangoztatják, hogy a nők ritkább tabeses megbetegedése is ellene szólna a felvett összefüggésnek. E kérdés megvilágítására az 1901-diki anyagot dolgoztam fel:

Összes idegbetegek száma	Tabes	Paral. progr.	Lues crbsp.
Férfi 793	28 (3·5%)	20 (2·6%)	11 (1·2%)
Nő 340	6 (1·7%)	2 (0·5%)	6 (1·7%)

Látjuk tehát, hogy a nők elég nagy százalékban szerepelnek a tabesesen megbetegedtek között.

A tabesnek lueses eredete mellett szóló egyéb körülmények között kiemeljük még 93 esetre vonatkozó vizsgálatainkat a progenitura szempontjából. Ezen *93* házas tabeses közül rendes viszonyokat tüntet fel *37* (39·7%); elvetélés *36* esetben (38·5%) fordult elő, ezek közül 15 esetben (16%) egyszeri elvetélés; 21 esetben (22·5%) pedig többszörös; magtalan volt a házasság 20 esetben (21·5%), úgy hogy összesen az esetek 60%-ában rendellenes viszonyok mutatkoztak.

Arra a kérdésre, hogy a primaer infectio után mennyi idő mulva jelentkezik a tabes, 72 esetben tudtam felvilágositást nyerni. A következő táblázat tünteti fel e viszonyokat:

5. tábla.

Év	Esetek száma	Százalék
1—5	10	14
6—10	19	26
11—15	21	29
16—20	15	20
21—25	5	7
26—30	2	2·7

Az esetek túlnyomó részében tehát 15 éven belül lép fel a tabes a lueses infectio után, de még a következő quinquenniumban is elég nagy százalékban szerepel, azontúl már ritka.

10 oly esetet észleltem, a melyben csak igen rövid idő,

1—5 év, választotta el a lueses infectio idejét a tabestől, és ezek közül egy esetben csak egy év, egy esetben két év, 5 esetben 3 év telt el a primaer infectio óta.

A leghosszabb időköz egy oly esetre vonatkozott, a melyben 27 év telt el a primaer infectio és a tabes fellépte között.

Itt említjük fel végül a kettős eseteket, a melyeket a következő táblázat tüntet fel:

6. tábla.

	Férj	Feleség
1.	tabes	valószinű tabes
2.	„	tabes
3.	„	tabes
4.	„	III lues
5.	„	cephal. luet.
6.	paral. progr.	tabes
7.	„	tabes

III. Tünettan.

Külön vizsgálódás tárgyát képezte azon kérdés, hogy mely tünetek jelentkeznek a legkorábban. A következő táblázat tünteti fel e viszonyokat. Az esetek túlnyomó részében a kezdeti tünetek természetszerüleg az egyének bemondásain alapulók, hogy az objectiv tünetek (signe d'Argyll, Westphal, Achillesin-reflexhiány stb.) jelen voltak-e már akkor, az visszamenőleg nem volt eldönthető; csak egy esetben volt signe d'Argyll jelen még jóval a többi tünet előtt.

7. tábla. Kezdeti tünet.

Lanciniáló fájdalmak	117	67·5%
Diplopia	10	5·6%
Gyomortünetek	6	3·1%
Szédülés	6	3·1%
Paraesthesiák	6	3·1%
Lábak gyengülése	5	2·7%
Hólyagtünetek	4	2·2%
Crises gastriques	4	2·2%
Látásrosszabbodás	4	2·2%
Övérzés	3	1·6%
Courbature	2	1·1%
Crises cardiaques	2	1·1%
Nehéz légzés	1	0·5%
Nehéz hallás	1	0·5%
Ptosis	1	0·5%
Signe d'Argyll	1	0·5%

Leggyakoriabb kezdeti tünet ezek szerint a lanciniáló fájdalom.

Láták.

Látabeli különbözet, anisokoria, 46·6%-ban fordult elő. Középtág, egyenlő láta csak az esetek 16%-ában volt jelen. Mindkét szemre vonatkozó *mydriasis* 14%-ban, *myosis* 21%-ban; ezek közül alakilag nem kört képező láták 13·3%-ban szerepeltek. Oly eset, melyben az egyik szemen mydriasis, a másikon középtág láta észleltetett, 66 volt; egyik szemen myotikus, másikon középtág láta 4 esetben volt jelen, összesen tehát 46·6%. Két esetben az egyik láta mydriatikus, a másik myotikus volt. A myosis gyakrabban localizálódik mindkét látára, mintsem a mydriasis.

Látareactio.

Rendes viszonyokat találtam 14 esetben = 7·2%.

Mindkét látán fényre való reactio hiánya mellett rendes alkalmazkodás 154 esetben volt jelen = 79%.

Egyik szemen jó fény és alkalmazkodási reactio mellett a másik szemen signe d'Argyll-lal társulva 19 esetben = 9·8%.

Három esetben a láták fényre tágultak = 1·5%.

Négy esetben sem fényre, sem alkalmazkodásra nem volt reactio = 2%.

Szemfenék.

Ép szemfenék mutatkozott 39%-ban; szemfenéki elváltozás 61%-ban volt jelen, ezek közül *decoloratio* 30·6%-ban, *atrophia n. opt.* 30·4%-ban.

A decoloratio és atrophia fellépési idejére nézve a következő táblázat nyujt felvilágositást:

A decoloratio	8	esetben a tabes	1.	évében
	2	„ „	2.	„
	7	„ „	3.	„
	2	„ „	4.	„
	3	„ „	5.	„
	2	„ „	6.	„
	2	„ „	10.	„ lépett fel.
Atrophia n. optici	8	esetben a tabes	1.	évében
	6	„ „	2.	„
	2	„ „	3.	„
	4	„ „	4.	„
	3	„ „	5.	„
	2	„ „	6.	„
	3	„ „	10.	„
	1	„ „	16.	„
	1	„ „	21.	„ lépett fel.

Azt látjuk tehát, hogy úgy *a decoloratio, mint az atrophia n. opt. az esetek túlnyomó részében az első öt éven belül jelentkezik*, ezek szerint a szemfenéki elváltozás a tabes korai tüneteihez tartozik.

Érdekes, hogy az atrophia n. opt. az esetek nagy részében (23) már a tabes első éveiben volt constatálható; pedig a priori az lett volna várható, hogy az atrophia n. opt. a tabes későbbi szakaiban lépne fel és az első években csak decoloratio volna jelen. Az eseteimben nagy százalékban talált szemfenéki elváltozások igazolni látszanak *Grósz Emil* ez irányú vizsgálatait, noha az ő arányszámát, 91%, nem tüntetik fel. Mindenesetre áll az, hogy a tabeses szemfenéki elváltozások a tabes korai szakában már nagy számban jelen vannak és így a korai diagnosishoz fontos járulékot nyujtanak.

Szemizomhüdések.

Az összesetek 10·5%-ában fordult elő szemizomhüdés, ezek közül az oculomotoriusra és abducensre egyenlő számú esetek estek (3·5%); a hátralevő 3·5% ban nem volt már eldönthető, hogy melyik izom volt hüdve.

Ulnaris és peroneus tünet.

E tünetekre az eddig megjelent statistikák kevés tekintettel voltak, noha, mint alább látni fogjuk, előfordulási arányszámuk magas. Tudtunkkal egyedül *Simerka*[1] volt az, a ki behatóbban foglalkozott velük és megerősítette ez irányú vizsgálataimat.[2]

Már a midőn a peroneus vizsgálatát 1896-ban először ajánlottam, utaltam arra, hogy ezen ideg érzékenységének csökkenése, illetve elveszése inkább várható, mintsem a *Biernacki* által leirt ulnaris analgesia. Az akkortájt *Vidéky* dr.-ral folytatott vizsgálataim[3] e nézetem helyességét még be nem igazolták, de ennek oka az észleletek kis száma volt. Ma, nagyobb anyag átdolgozása után, beigazolva látom feltevésemet, a mint azt az alábbi számok mutatják:

Ulnaris tünet megvan 35 esetben = 34%, hiányzik 66 esetben = 66%.

Peroneus tünet megvan 14 esetben = 13·6%, hiányzik 88 esetben = 85·5%.

E számok először is azt mutatják, hogy úgy az ulnaris, mint a peroneus ideg analgesiája gyakori a tabesnél; igazolja továbbá abbeli hypothesisemet, hogy a peroneus analgesia még gyakrabban lelhető fel, mint az ulnaris analgesia, a mely körülményt, mint már előbb említettem, a tabeses folyamatnak az ágyéki velőben való gyakoribb lokalizálásával vélek megmagyarázni. Daczára gyakoriságuknak, nem tulajdonítok ma sem fontos szerepet e tüneteknek a tabes diagnosis felállításánál, de adjuváló értékük lehet; ennek igazolásául álljon itt a következő eset:

K. Mórné, 50 éves; férje tabesben halt el. 3 év óta beteg. Baja „Blähung"-gal kezdődött, székrekedés kiséretében; majd fájdalmak társultak hozzá, melyek villámszerüek, igen hevesek voltak és testének különböző részeiben léptek fel. Eleinte gyomortágulás ellen kezelték. Hányás, gyomorégés stb. sohasem volt

[1] Contribution statist. à la symptomatologie du tabes dorsalis. Reuve Neurol. 1896. 13. sz.

[2] Sarbó: Az ulnaris és peroneus tünetről. Orv. Hetilap. 1896. 23. sz.

[3] Sarbó és Vidéky: Újabb adatok az ulnaris és peroneus analgesiáról. Magy. Orv. Arch. 1897. VI. évf. 2. f.

*

jelen. *Typusos lanciniáló fájdalmak.* ½ év óta vizeléskor erőlködnie kell. Jobb láta tágabb, mint a bal, *fényre egyik sem reagál, accomodatio rendben.* Térdtünetek rendesek. *Achillesinreflexek hiányzanak.* Ulnaristünet megvan. *Nn. peronei analgetikusak.* Nem inog. Járása jó. Ataxia nincs jelen. Érzés rendben.

Ez esetben tehát a peroneus analgesiának is mint segítő tünetnek a tabes diagnosis felvételénél fontos szerepe volt.

Paraesthesiák.

172 esetben 125-ször van feljegyzésem paraesthesiákról vagyis 72%-ban. 28 esetben többszörös paraesthesiák voltak jelen.

A leggyakoriabb paraesthesia a zsibbadás érzése, mely különösen a láb- és kézfejeken, de a test összes egyéb részein is érzékeltetik.

Kiemelendőnek tartom a hőparaesthesiákat, melyeket eddig tudtommal nem igen méltattak. Ezen paraesthesia nemnek két fajával találkoztam, a melegségi és hidegségi érzéssel. A melegségi fonákérzések vagy mint egyszerű melegségi érzetek a test különböző részein érzékeltetnek avagy mint forrósági érzetek. Igy egy betegem úgy érezte, mintha „forró víz öntené el a segpofáit", egy másik mintha „forró vízben volnának lábai" „mintha térde fellett égő vassal érintenék stb."

A hidegségi fonák érzés hasonlókép vagy egyszerüen mint a test különböző részein érzékelt hidegség érzése érzékeltetik, avagy erősebb fokban, mintha jégben volna az illető testrész; „mintha lábfeje fagyva volna" stb.

Érdekes, hogy különösen a segpofák és czombok azok, a hol úgy a melegségi, mint a hidegségi paraesthesiák localizálódni szeretnek. Hasonló paraesthesiák hasonló localisatioval már régóta tüntek fel nekem myelitis, paraplegia spinalis spastica eseteiben.

Felemlítendőnek vélem a zsigeri paraesthesiákat: „mintha belseje leesne" „mintha hangyák másznának a gyomorban" „kis hasa mintha leszakadna" stb.

Ide tartozik az az érzés „mintha szük volna a bőr, széjjel akarna repedni".

Gyakoriak azon paraesthesiák, melyek abban állanak, hogy egyes testrészek mintha nem léteznének, nem érzékeltetnek, ezeket nihilistikus paraesthesiáknak nevezhetnők; ilyenek p. o. „nem érzem a hátam" „nem érzem a penist a vaginában" stb.

Végül egy oly paraesthesiáról kivánok megemlékezni, a melyet utóbbi időben mintha oly esetekben észleltem volna, a melyekben a tabeshez a paralysis progressiva volt társulóban. E paraesthesiák az occiputra vonatkoznak. A nyakszirt tájját fásultnak érzik, mintha valami húzná ott őket, egyesek közben fájdalmakat is éreznek az occipitalis tájon, de többnyire csak szúrást, csípést. A legtöbbje folytonosan fogdossa is nyakszirtjét és ez könnyebbülést okoz nekik. Helyileg nem látható ez esetekben semmi, a n. occip. nem érzékeny, maga az occip. terület azonban egyes esetben hyperaesthesiásnak mutatkozott.

Ezzel a felsorolással korán sincs kimerítve a paraesthesiák sokasága, a mely a tabes folyamán észlelhető, csak a gyakrabban előfordulókat és eddig kevésbbé méltányoltakat soroltuk fel.

Részemről a paraesthesiák e változatosságában és gyakoriságában útmutatást látok azon irányban, hogy a tabes kórboncztani része azzal, hogy a hátsó gyököket és a gerinczvelőt vizsgáljuk, még korán sincs kimerítve. Ezen klinikai észleletek határozottan követelik, hogy a jövőben nagyobb gondot fordítsunk az idegrendszer többi részeinek pathologanatomiai vizsgálodására tabesnél, nevezetesen a peripher idegrendszerre, mert úgy hiszem, hogy ennek a megbetegedésével függnek össze a fonák érzések; teljes feledésbe mentek *Oppenheim és Siemerling* (Arch. f. Psych. 1887.) ez irányú fontos vizsgálatai!

Romberg-tünet.

Vizsgálataim a Romberg-tünetnek nagyobb előfordulási arányszámait derítették ki, mintsem az ezideig elismerve lett volna. Eseteim 93%-ában találtam fel a Romberg-tünetet. Igaz ugyan, hogy ezen 93%-ból 36·8%-ban csak kis fokban volt az jelen; én ugyanis akkor, ha a tabes diagnosisa egyéb tünetek alapján biztosan felvehető volt, már behunyt szemmel való igen kisfokú bizonytalanságot is mint Romberg-tünetet fogtam fel.

Nagyfokú Romberg-tünet az esetek 27·6%-ában fordult elő.

Ataxia.

Tekintettel arra, hogy privátpraxisomban különlegesen a tabeses ataxiák kezelésével foglalkozom, sokkal több ataxiás tabesest láttam a magánpraxisom szolgáltatta betegek közt, mint a munkástabeseseim között. Míg amazok 65%-ban szerepeltek, emezek csak 30%-ban. Összesen 89 ataxiás betegem között 9 esetben a lábak ataxiája mellett a kezek ataxiája is volt jelen. Az ataxia acut beköszöntését összesen 25 esetben észleltem, vagyis 28%-ban. Acut ataxia alatt a néhány hét, néhány hónap alatt kifejlödött nagy ataxiát értem.

Reflexek. Térdtünet.

189 esetről van feljegyzésem. Ezek közül térdtünet 20 esetben (11%) volt rendesen kiváltható, féloldalilag pedig 7 esetben volt jelen (3·7%); hiányzott 145 esetben (76·7%), nehezen volt kiváltható 17 esetben (8·6%); úgy hogy összesen a Westphaltünet 80·4%-ban volt jelen.

Achilles-inreflex.

92 esetről van feljegyzésem. Ezen *92* esetben az Achillesinreflex rendesen volt kiváltható 8 esetben = 9%, nem volt meg vagy gyengült vagy féloldalt hiányzott összesen 84 esetben = 91%. E szerint valamivel gyakrabban hiányoznék az Achilles-inreflex, mint a térdtünet; tekintettel az esetek kisszámára, nem merném ezt általánosítani. Mindenesetre azonban kiviláglik annyi, hogy az Achilles-inreflex vizsgálata ép oly fontos, mint a térdtüneté. Különösen azért, mert oly *hét* eset felett rendelkezem, melyben megtartott térdtünet mellett az Achilles-inreflex már hiányzott. Az Achilles-inreflex vizsgálat fontosságát egy külön munkámban[1] méltatom, itt csak a figyelmet hívom fel újból reá. Kivitele könnyü és sok oly esetben vizsgálható, melyben a térdtünet vizsgálata nehezebben vihető keresztül, pl. túlkövér egyéneknél, nöknél, ha a levetköztetést el akarjuk kerülni stb.

Bőr-reflexek.

A következő táblázatban a has-, talp- és cremaster-reflex viszonyai vannak feltüntetve.

Reflex	Rendes	Élénk	Nem váltható ki	Gyenge
Has . . .	37%	53%	4·6%	4·6%
Cremaster .	32·5%	40%	15%	12·5%
Talp . .	33%	46%	10%	10%

Két esetben a talpreflex egyik oldalon nem volt kiváltható, a másikon élénk volt; egy esetben egyik oldalon gyengén, másikon nem volt kiváltható.

A cremaster-reflex két esetben féloldalilag hiányzott.

Az esetek túlnyomó részében tehát a börreflexek kiválthatók, sőt többnyire élénkek voltak. Leggyakrabban hiányzott a cremaster-reflex.

Hólyag.

121 esetről van feljegyzésem, ezek közül eltérés a rendes müködéstől nem volt constatálható 26 esetben = 21%, míg 95 esetben = 79% rendellenesség volt található. A rendellenes müködésü esetek következőkép oszlottak meg:

Incontinentia	67	esetben = 70	százalék
Retentio	19	„ = 20	„
Retentio + incontinentia	7	„ = 7·3	„
Gyakori vizelés . . .	2	„ = 2	„

Leggyakrabban előforduló hólyagtünet tehát az incontinentia.

Crises.

195 eset közül crise-ek mutatkoztak 37 esetben = 18·7%. Leggyakrabban crises gastriques volt jelen és pedig 19 esetben (9·7%) crises intestinales, anales, laryngées 5—5 esetben (2·5%) mutatkozott, crises cardiaques pedig 3 esetben (1·5%).

Trophiás elváltozások.

Arthropathiát 195 eset közül 7 (3·1%) mutatott. Mal perforant két (1%) esetben volt jelen.

Egyéb bántalmak.

Együttjáró bántalmak közül *paralysis progressiva* hozzácsatlakozását a tabeshez 10 esetben (5%) észleltem; *vitium cordis* három esetben (1·5%) volt jelen; *diabetes* 1 esetben (0·5%) és egy esetben *nagy hysteria* (0·5%). Az alkoholismus tüneteit 21 esetben (10·7%) észleltem, ezek legnagyobb része a munkástabesesekre esett.

[1] *Sarbó:* Der Achillessehnenreflex und seine klinische Bedeutung. Beitrag zur Frühdiagnose der Tabes und der progressiven Paralyse. Berlin. Verlag von S. Karger.

Végül a tünetek gyakoriságát illetőleg a következő összefoglaló táblázat nyujt felvilágositást:

8. tábla.

Lanciniáló fájdalmak	93	százalék
Romberg	93	„
Achilles-ínreflex hiánya . . .	91	„
Westphal	89·4	„
Signe d'Argyll	88·8	„
Peroneus analgesia	85·5	„
Hólyagtünetek	79	„
Paraesthesiák	72	„
Ulnaris analgesia	66	„
Decoloratio n. opt. . . . 30·6	61	„
Atrophia n. opt. . . . 30·4		
Anisocoria	46·6	„
Myosis mindkét szemen . . .	21	„
Crises	18·7	„
Mydriasis mindkét szemen . .	14	„
Szemizomhüdés	10·5	„
Trophiás zavarok	4·5	„

TÁRCZA.

A vizzel gyógyitás lényege és multja.[1]

Uraim! A vizgyógyászat, jól magyarul: a *vizzel gyógyitás* terrenumán kell önöket a következőkben végigkalauzolnom, a mennyire az egy rövid félév keretén belül lehetséges. Üdvözlöm önökben mindenek előtt az újabb kor egy fontos therapiai ágának, az ú. n. physikalis gyógyitó módoknak jövendő hiveit, a kik hivatva lesznek rá, hogy orvosló eszközeink nem olyan túlgazdag tárházának egy eddigelé lenézett, elhanyagolt csoportját orvosi értelmük pártfogásába véve, kiaknázzák azt szakavatott szemmel és modern iskolázottságuk éleslátásával szenvedő embertársaink javára.

Nem kétlem, hogy a mit a szürke régmult egyes kiváló orvosai már értékesitettek gyakorlatukban, a mi a középkor kuruzsló alchimistái kezén ismét elveszett, hogy a nemrégmultban laikus poseurök és sarlatánok martaléka legyen: az önök érdeklődése révén, az önök gyámolitásával tovább fog haladni a tudományos fejlődés útján, azon az úton, melyre újabb időszakunk egyes ismét magasan kiváló orvosai munkásságukkal reá terelték.

Értem újból az úgynevezett physikalis gyógyitó módokat s ezek főképviselőjét, a vizgyógyászatot, a hydrotherapiát.

Ha manapság főleg egy extravillan vizgyógyintézet küszöbét általlépik, hogy szemlét tartsanak az ott láthatók felett: az orvosság nélkül gyógyitó eljárások egész sorát foganatositó berendezés tárul szemük elé.

A különféle fürdető, ledörzsölő, permetező, szóval vizzel dolgozó készületeken kivül ott fogják találni a fej hűtő-sisakját, a melyen cirkulál az állandó alacsony hőmérséklet fentartására a viz, vagy a gyomortájék hasonló Leiter-systemájú melegitő készülékét, melyet ismét csak átjár az 50° C. hőmérsékü tiszta viz, a nélkül, hogy a beteg bőrével, mint olyan, érintkezésbe jutna. De ugyane melegitett gyomortáji borítást a japáni módszerrel adva is láthatják, úgy hogy a gyomorgödröt fedő törzsborítás rétegei közé egy kis átlyukgatott pléhszekrénykébe lassan parázsló faszénrudacska van téve s ez heviti át lassanként a törzsborítás nedves részletét a gyomortájékon, bizonyos gyomoraffectiok esetén jelentékeny előnyére a betegnek. Azután szemükbe tünik az egyik legújabb acquisitio, egy a régi gőzszekrények mintájára készült faalkotmány, belül csupa tükör s ezek előtt a szekrény ürege szélső részeiben köröskörül villámos izzó lámpácskák serege. A legjobb izzasztó eljárás, melyet ma ismerünk.

Szóval, számos oly készületet, berendezést fognak látni, mely a beteg javát a bőr artificiális megnedvesitése nélkül, szóval szoros értelemben *viz nélkül* igyekszik előmozditani: a gyógyitáshoz vagy egyáltalán nem alkalmaz vizet, vagy csak azon czélból, hogy ez egy bizonyos hőmérséklet *vivője* legyen a megbetegedett testhez vagy testrészhez.

És nem is hinné az ember első tekintetre, hogy a fejhűtő-sisak, a gyomortájmelegitő Leiter-készülék, vagy a hasonló elvet követő psychrophor, végbélhűtő stb. tárják elénk az egész vizzel gyógyitás igazi lényegét, azaz, hogy ez alapjában véve és főképen nem egyéb, mint *hőmérséki gyógyitás, thermotherapia.*

A viz akkor is, mikor pl. félfürdő alakjában adják, elsőben mint annak a bizonyos hőmérsékletnek a vivőanyaga szerepel, a melylyel a félfürdőt rendeltük és előállitottuk. Kézen fekvő ez állitás igazsága — ugy-e bár — a lázas betegségek hydrotherapiájában alkalmazott fürdők esetében, valamint a lázban fekvő betegnél adott nedves-hideg begöngyölések, törzs- és hasboritások stb. alkalmával. Ezeknek a hidegsége, az alacsonyabb hőmérséklet az, a minek kedvéért az applicatiot igénybe veszszük. S ámbátor nem helyes, hogy pl. a typhus-fürdő eredményes vagy eredménytelen voltát kizárólag a fürdő okozta hőesésből akarjuk megitélni, mégis magában véve teljes joggal van divatban, hogy az ilyen hüvös fürdő után meghatározva a beteg végbélhőmérsékét, azt első dolgunk a fürdő előtt észlelt hőmérséklettel összemérni, megtudandó, vajjon az elért „láz"-csökkentés hány fok, vagy ennek hány tizedje?

Ha nem adtunk volna elég hüvös, eléggé hőelvonó fürdőt, ilyen alászállása a test hőmérsékének a normalis felé nem is lett volna várható.

De nemcsak a hektikus láznál, tüdőgyuladásnál adott hideg törzsborítások esetében szerepel a felhasznált viz hőmérséklete mint legfontosabb factor, hanem akkor is, mikor a neurastheniás betegnek, a reconvalescensnek azt az oly gyakran alkalmazásra kerülő 30° C. hőmérsékletü félfürdőt rendeljük. Akárhányszor fognak az urak álmatlanságban szenvedő asthenia nervosás beteget látni, a kinek, ha a félfürdőjét tudtán kivül csak 1—2°-kal hidegebbre készittetnök el, már-már megjövő álma azonnal ismét tünik s állapotában rosszabbodás áll be. Hasonlóképen a reconvalescensnek is szüksége van arra a bizonyos hüvös-langyos átmeneti vizhőmérsékletre, a mit a 30° C. jelez, hogy ne is vonjunk el tőle túlságos sok sajátmeleget és mégis alkalmazzunk a bőrére megfelelő *thermikus ingert*, subjective felüditendő őt, objective pedig élénkitendő a vérforgását, tonizálandó a szive működését, meg hogy emeljük az izmai zsongját, a belépéskor érzett hőkülönbség ingerével fokozzuk az el- és kiválasztásait. Ha 35° C. volna ez esetben az alkalmazott fürdő hőmérséke, elmaradna a kedvező befolyások egy nagy contingense, nem kelne ki a lábbadozó a kádból olyan üdén, izmai növekedett munkabiró erejének felemelő érzetével, nem érezne oly feltünő kedvet, könnyedséget a sétára, nem várná oly nehezen aznapi villásreggelijét.

A thermotherapia ezen eszközein kivül ott látják az urak a vizgyógyintézetben a *mechanotherapia* különböző készületeit. Egyik fülkében massage folyik, a másikban svédgymnastika, a harmadikban tornaszerek állnak rendelkezésre. A massage, tudják, nem egyéb, mint passiv mozgás; helyettesithetjük is vele az activ mozgást akkor, ha ez a beteg locomotrix szerveiben fennálló hiba vagy idegrendszerének túlságos ingerlékenysége miatt egy időre kizárandó. A hasmassage tulajdonképen a belek massageja, ezek sima izomsejtpamatait kivánja az alkalmazott *mechanikus inger útján* mozgásra birni, fejleszteni, erősiteni. A svédgymnastika, félig activ, félig passiv mozgás, olyan, melynél a betegnek az antagonista izmait kimélni van alkalma s egyúttal izületi felszinei a mozgás alatt jórészt mentesek maradnak a rendes surlódó nyomástól. Ha pl. a beteg karját behajlittatjuk s gyenge ellenállásra szólitván öt, az illető felső végtagot könyökben óvatos erőalkalmazással kifeszitjük, akkor ezen extensio közben a nekünk mérsékelten ellenálló biceps hasa jól látható dudorodásként fog előemelkedni, a könyöki flexiót létrehozó izmok tehát active működtek, ellenben a tricepsnek már nem kellett dolgoznia, mert helyette mi igyekeztünk az alkar tengelyét a felkaréval, a mennyire ezt a csontalakulás megengedi, egy sikba hozni.

A tornaszerek, mint az a helyes iskolai nevelés codexében is benfoglaltatik, az activ testmozgásra igen alkalmas berendezés, s mint ilyen módunkban van ügyes felhasználásuk révén általuk megadni a betegnek, lábbadozónak vagy gyenge szervezetü egyénnek mindazt az előnyt, a mi a helyes testmozgástól a vérkeringés és lélekzés szabatosságára, az izomerő emelésére, a szöveti égés folyamatainak prompt végbemenetelére nézve stb. várható.

És olvashatták egyes intézettulajdonosok hirdetéseiben, uraim, újabban a *thermomassage* nevét kövér betükkel irva.

Szerény kis készülékek adtak erre okot; hasonlóak az ivelt sikkal biró itatós eszközhöz vagy a mángorló elektrodhoz; eczetsavas natrium van bennük, mint nagy fajmelegü só, a mely a flanellel bevont vasaló, illetve mángorló eszközkét, ha egyszer vizfürdőn megmelegitették, nem engedi gyorsan lehülni s több dysaesthesiás, neuralgiás, ischiasos egyént egymásután megmassálhatunk véle, melegen, ezért thermomassage.

Az *elektrotherapia*, régebb idő óta tagja az orvos gyógyitó szertárának, szintén a physikalis gyógyitó módok közé tartozik s a legtöbb ilyen gyógyitó-intézet kénytelen vele foglalkozni — a betegek szoritják reá —, holott idegorvosainknak manapság mind növekvő jeles tábora az, melynek házi készülete foglalja az ehhez való gépeket, eszközöket magában.

Csak futólag emlitem, hogy a mint beszélnek újabban thermomassageról, úgy beszéltek már régebben, és teszik ezt ma is, *elektromassageról*, a mely alatt megint csak egy mángorló vagy akár más alakú elektrod segélyével végbevitt massálás, simitás, nyomogatás, gyürás stb. értendő, miközben az elektrod és társelektrodja az elektromos gép sarkaival vezető összeköttetésben van.

Látják tehát az urak, hogy a mint az élettani doktrina kimondja, *négyféle inger van, melylyel az ideget ingerelhetjük: vegyi, elektromos, erőmüvi és hőinger*, ez ingercsoportnak *három tagja a physikai gyógyitásmódok körébe tartozik.*

Mi a hydrotherapia tárgyalása közben a *hőinger hatástanával* fogunk foglalkozni, melynek alkalmazásánál az erőmüvi inger csak mint adjuvans szerepel.

Kuthy Dezső dr. egyet. magántanár.

(Folytatása következik.)

[1] Előadatott a budapesti egyetemen 1902. szeptember 23-dikán.

Közegészségügy.

Az acetylén-gáz gyártása és felhasználása körüli eljárás szabályozása. 64,792/1902. B. M. számú (48,795/1902. K. M. számú) körrendelet. (Valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak.)

A vegyészeti tudományok nagymérvű fejlődésének egyik jelentékeny eredménye a calcium-carbid világítógáz fejlesztő képességének s ebből folyólag az acetylén-gáznak feltalálása. Ezen gáznak különösen világító anyagként való használata mindinkább szélesebb körben terjed.

Kisérletek és tapasztalati tények mutatják azonban, hogy e gáz használata bizonyos mértékig veszélylyel jár, a mennyiben a gáz robbanékonysága miatt a fejlesztő készülékek — ha a használt anyag, a készülék szerkezete és elhelyezése nem megfelelő, vagy ha annak kezelésére kellő szakértelemmel nem biró egyének alkalmaztatnak — könnyen a robbanás veszélyének vannak kitéve.

Közbiztonsági és tűzrendészeti szempontból szükségesnek mutatkozott tehát, hogy az acetylén-gáz gyártása és felhasználása körüli eljárás műszaki és rendészeti szempontból megfelelő szabályozásnak vettessék alá; e czélból a */. allatt csatolt szabályrendeletet állapitottuk meg, melynek megfelelő számú példányát azzal a felhivással küldjük meg a törvényhatóságnak, hogy abból egy-egy példányt juttasson a hatósága területén létező összes elsőfokú ipar- és rendőrhatóságoknak, s egyuttal e szabályrendeletet hatósága területén a legszélesebb körben tegye közhirré.

Különösen hivja fel ezenfelül az elsőfokú iparhatóságok figyelmét e szabályrendelet 32. §-ának ama rendelkezésére, mely szerint az acetylén-gáz világító telepek felállitásával és berendezésével foglalkozó iparág a képesités igazolásához kötött iparágak közé soroztatott, minélfogva ez iparág űzésére a szabályrendelet életbelépte után csak annak lesz iparigazolvány kiadható, a ki ez ipar önálló űzésére vonatkozó képesitettségét a szabályrendelet 32. §-a szerint igazolja, a rendőrhatóságok figyelmét pedig hivja fel arra, hogy — a szabályrendelet 23. és 27. §-ai szerint — az ott körülirt acetylén-gázt fejlesztő készülékek csak rendőrhatósági engedélylyel lesznek felállithatók, illetve üzemben tarthatók.

A szabályrendelet 9. és 35. §-aiban emlitett szabályzatok rövid idő alatt szintén ki fognak bocsáttatni.

Elvárjuk a törvényhatóságtól, hogy e szabályrendelet pontos végrehajtását a saját hatáskörében is szigorúan ellenőrizze.

Budapest, 1902. évi október hó 4-dikén.

Széll s. k. *Láng* s. k.

Nyilt közkutaknak fedő szerkezettel való ellátása. 102,929/1902. B. M. számú körrendelet. (Valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak.)

Az a tapasztalat, hogy az országszerte használatban levő nyitott kutakba szennyező, sőt esetleg fertőző anyag juthat, s hogy ezek a kutak közbiztonsági tekintetben is aggodalomra adnak okot, olyan szerkezetek feltalálására s alkalmazására adott ösztönt, a melyek a jelzett irányokban több-kevesebb oltalmat nyujthatnak.

Hasonló szándék nyilvánul Füstöss Bertalan, kiskun-majsai lakos kútfedő szerkezetében is, a mely az országos közegészségi tanácsnak ez ügyben meghallgatott véleménye szerint a nyitott kutakkal járó némely veszedelmet csökkenteni, illetve elhárítani alkalmas; s minthogy több helyen tett tapasztalat szerint e kútfedő szerkezet kényelmesnek s tartósnak bizonyult, azt azzal hozom a czim tudomására, hogy a nyitott kutakkal rendelkező községek figyelmét hivja fel a szóban levő szerkezet használa.

Budapesten, 1902. évi október hó 18-dikán.

A minister helyett: *Gulner* s. k. államtitkár.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Törekvések a sebészeti eszközök, a kötőszerek és a varróanyag csirátlanitását tökéletesiteni.

Közli: **Hültl Hümér** dr.

(Folytatás.)

55. *Kammeyer*: Ueber Sterilisation von Catgut. Inaug. Diss. Berlin. 1890. — 56. *Holden*: New-York Record. 1890. augusztus. Ref. Hahn. — 57. *Martin*: Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. III. kiadás, 1893. 133. l. — 58. *Bloch*: Sur le catgut phéniqué alcoolisé. Revue de chir. 1898. 5. sz. — 59. *Kocher*: Zubereitung von antiseptischen Catgut. Cbl. f. Chir. 1881. 23. sz. — 60. *Wein*: Egy új antiseptikus sebkezelés. Orv. Hetilap. 1883. 19. sz. — 61. *Jakobi*: Experimentelle Beiträge zur Catgutsterilisation. Inaug. Diss. Göttingen. 1897. — 62. *Kossmann*: Ueber Formalincatgut. Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. 32. kötet, 325. l. — 63. *Vollmer*: Ueber Formalincatgut. Cbl. f. Gynäk. 1895. 1219. l. — 64. *Harrington*: A simple method for the sterilisation of catgut. Amer. journ. of the med. sciences. 1898. Ref. Cbl. f. Chir. 1898. 1044. l. — 65. *Rajewsky*: Ueber Catgutsterilisation. Die Chirurgie. 1897. Ref. Cbl. f. Chir. 1897. 1147. l. — 66. *Kossmann*: Ueber steriles Catgut. Berlin. klin. W. 1898. 39. sz. — 67. *Reverdin*: Recherches sur la sterilisation du catgut. Revue méd. de la Suisse. 1888. 6—9. sz. — 68. *Doederlein*: Experimentelle Untersuchungen über Desinfection des Catgut. Münch. med. W. 1890. 4. sz. — 69. *Benckiser*: Ueber sterilisirtes Catgut und sterilisirte Schwämme. Cbl. f. Gyn. 1889. 31. sz. — 70. *Carstens*: The ligatur and value of dry sterilised catgut. Ref. Cbl. f. Chir. 1901. 103. l. — 71. *Moore*: Ligaturen und Suturen. Philad. med. journ. 1898. Ref. Cbl. f. Chir. 1898. 576. l. — 72. *Kofenel*: Ueber Catgutsterilisation. Wiener klin. W. 1896. 11. sz. — 73. *Krönig*: Ueber Sterilisation des Catgut. Cbl. f. Gyn. 1894. 650. l. — 74. *Répin*: Un procédé sur la sterilisation du catgut. Ann. de l'institut Pasteur. 1894. — 75. *Barthe*: Sur la sterilisation des objets de pansement général, et celle du catgut particulier à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Arch. de méd. et de pharm. milit. 1897. 4. sz.

A fonál által okozott fertőzésnek ezen különleges természete hozza azért magával, hogy csak olyan csirtalanitó eljárást tartsunk jónak, mely teljes kezességet nyujt arra nézve, hogy nemcsak a fonál felületén, hanem annak belsejében bezárt csirok biztosan elpusztittatnak. És mert elméletileg nem lehet tagadni, hogy a fonalak fertőzése a legkülönbözőbb, legvirulensebb s legresistensebb csirákkal lehetséges, azért ezen magas követelménytől semmi szin és semmi feltétel alatt sem vagyunk hajlandók tágitani. Oly módszerek birtokában kell lennünk, hogy minden fonalunkról elméleti és gyakorlati alapon kimondhassuk, miszerint az teljesen csiramentes.

Ezen követelmény okadatolására az anthrax és tetanus fertőzés lehetőségén kivül néhány szembeszökő érvet lehet felállitani.

1. Elméletileg nem lehet megengedni azt a lehetőséget, hogy a fonál egymagában tályogokat okoz, mert ezen tudat néhány könnyűvérű embernél az antisepsis technikájában hanyagságot, a szolgálatban lazaságot szülne. Kétségen felül kell hogy álljon, hogy nem a fonál vitte be a bacteriumokat, hanem hogy azok kezek, műszerek vagy más úton, pl. a fonál súrolása által jutottak be, tehát egy segéd, vagy egy testvér, vagy a műtő által (talán utóbbi a leggyakrabbi eset) lettek beoltva. Kórházi szolgálatban minden tályogban nyilatkozó balsikernél okolni kell a rendszert, a műtőt, a segédeket, a testvéreket; újból át kell nézni az antiseptikus apparatust, és mindig fogunk valamely hibát találni, mindig lesz alkalmunk valakit korholni. Csak ily módon válik lehetővé, hogy az antiseptikus operálás szövevényes, és egyúttal a symphoniát előadó zenekarnál is nehezebben összhangzásba hozható eljárásnál mindenki, nemcsak a lelkesek és pihentek, hanem a fáradtak és lazább kötelességérzetűek is erejük teljes megfeszítésével legjobb tudásuk szerint végezzék a szolgálatukat.

Tegyük fel, hogy köztudomású, miszerint a fonál minden óvatosság daczára egymagában is okozhat tályogot. Hiába mondja akkor a főnök olyan instrumentariusnak, ki már egynehányszor büntetlenül súrolta a fonalakat, hogy ez a hanyagság a tályog oka. Ő világért sem fogja magát okolni a bajért, ez ellenkeznék az emberi természettel, hanem tudva, hogy ezen vagy azon desinficiálási mód mellett a fonál nem absolute csiramentes, azzal fogja magát megnyugtatni, hogy a fonál bacteriumokat tartalmazva csinálta a tályogot.

Tudom, hogy nincsen egészen igy igazság szerint a dolog és nagyon jól tudom azt is, hogy a tiszta fonalak is szülhetnek chemiai hatás vagy mortificatio által reactiót, de véleményem szerint ennek megismerése is a religióból keletkezett mesterségünk azon apró titkai közé kell hogy tartozzék, melyet czélszerűségi szempontból csak a haladottabbak tudhatnak.

Részemről megmaradok a mellett, hogy a tiszta fonál egymagában nem csinál tályogot, és ha egyszer mint intéző gyógyithatok valakit sebészileg, akkor minden tályogban szemrehányást látok hiányos technikám iránt, de egyúttal szemrehányást teszek a velem dolgozóknak tökéletlen közreműködésük miatt.

Annyira fontosnak tartom ezt a tárgyat, hogy külön még egyszer kiemelem, miszerint a fonál-csirátlanitásnak elméletileg is absolut biztosságot kell adni arra nézve, hogy hasadó gombákat nem tartalmaz, mert csak ezen tudat tartja a legéberebben a sebészi lelkiismeretet.

2. Gyakorlatilag a fonáldesinfectiónál talán megelégedhetnénk azon egyszerű és közelfekvő követelménynyel, hogy eljárásunk pusztitsa el a sebkórokat okozó staphylo- és streptococcusokat, a többi ártatlan vendéggel pedig ne törődjünk. Ezen felfogás azonban veszedelmes lenne, a mit azonnal megértünk, ha tudomást szerzünk *Zajaczkowsky* vizsgálatairól.

Zajaczkowsky kétféle bacteriumot talált a nyers catgutban. Ezek közül egyik azonos a *Brunner* által már régebben leirt catgutbacillussal, a másik ettől eltérő, azért *Zajaczkowsky* a *Brunner*-félét α, a másikat β bacillusnak nevezi. Mindkettő a száraz és nedves meleg, nemkülönben az antisepticumok irányában rendkivül ellenálló. A β bacillus ezen képesség tekintetében még felülmulja az α-t. *Zajaczkowsky* azután azt vizsgálta, hogy milyen szerepük van ezen catgut bacillusoknak az élő szervezettel szemben, nevezetesen vajjon nem készitik-e elő ezek a genycoccusok számára a talajt. A vizsgálatok azon nagyon érdekes eredményt adták, hogy mig az α és β bacillusnak bőr alá fecskendezése által az állatok (patkányok) nem betegedtek meg, addig egy olyan adag streptococcussal keverve, mely az ellenőrző állatnál csak helyi reactiót okozott, a beoltott kisérleti állat két egész három nap alatt fertőzési tünetek közt elpusztult. *Zajaczkowsky* tehát azon nézetnek ad kifejezést, hogy az önmagukban ártatlan catgut bacillusok a genycoccusok káros hatását hatványozzák.

A fonál desinficiálása tekintetében felállitott követelményeinket a következőkben foglalhatjuk össze: *Jó lesz azon eljárás, mely technikai kivihetőség mellett absolut csirátlanságot teremt, de melynél a thermo- vagy chemiai desinfectio alatt a fonál nem változik meg physikai tulajdonságaiban, nevezetesen erősségét, egyenletességét, szivósságát, ruganyosságát,*

resorptio-képességét tekintve és nem tartalmaz a sebgyógyulásra mérges anyagokat, végre pedig nem lesz túlságosan drága.

A varróanyag tartósságának és szívósságának vizsgálatára kitünő szolgálatot tesz *Stich* erősségmérője, melyet a szövő-iparban ugyanezen alakban már rég idő óta használnak.

A varráshoz és lekötéshez használt fonalak kétfélék: I. Resorbeálódó anyagból készitve, pl. catgut. II. Nem resorbeálódó anyagból valók, különösen selyem, silkworm és a fémhuzalok.

A catgut desinfectio.

A catgut desinfectionál a fönebb ismételten kiemelt elvet megvalósitani valóban nem könnyű, mert a bacterium a catgutban a legjobban meg van védve minden külső ártalom, tehát a hő, vagy vegyszer alakjában alkalmazott desinficiens ellen is.

A catgut származása és előállítása valószinüvé teszi, hogy a csirok nem egyesével, hanem egész coloniákban vannak bezárva. A submucosa pontos sodrása a száradást, a szerves fehérnyedús hüvely az antisepticum behatolását nagyon akadályozza, a mihez még az is járul, hogy a catgut mindig zsirt (7·5%) is tartalmaz, ennek jelentőségét pedig a desinfectiora vonatkozólag szakférfiak előtt nem kell különösen kiemelnem. Ne csodálkozzunk tehát, ha látjuk, hogy mióta *Lister* ezen resorbeálható fonálanyagot a sebészetben meghonositotta, a desinfectiora vonatkozólag a javaslatok egész serege jelent meg. Meghaladná a szemle czime által adott határokat, ha az összes javaslatokat (mind felsorolva *Saul* és *Kammeyer* közleményében) részletezném, úgy hogy csak a modernebb desinficiálási módok értékét kivánom bemutatni, azon szabály szerint itélve meg az eredményeket, melyet a jó fonál desinficiálására nézve felállitottunk.

I. Eljárások, melyek a catgutot chemiai desinficiensek behatása által akarják csirátlanitani.

1. *Bergmann* eljárása (a sublimat alkoholdesinfectio). Miután a catgutot 24 órán át aetherben zsirtalanitottuk, 10 gm. sublimat, 800 gm. absolut alkohol, 200 gm. viz keverékébe teszszük, mely oldatot négy napon át naponta változtatunk. További eltartás alkoholban történik. *Schaeffer* azt találta, hogy három napig tartó desinficiálás is egészen elégséges. *Schaeffer* vizsgálataiból az is kiderül, hogy az aetherben való zsirtalanitás az eljárásnak fontos és nélkülözhetetlen alkatrésze, nélküle nem képes a sublimat oldat hatását kifejteni, úgy hogy még a hatodnap sublimatból kivett fonalakból is catgut bacillusokat lehetett kitenyészteni. *Holden Bergmann* eljárását odamódositotta, hogy a catgutot 48 órára aetherbe teszi, honnan 1/1000 sublimat aetherbe kerül, hol használatáig készen marad. *Hahn* az aethert, könnyü elpárlása miatt, a harmadik naptól kezdve 1/1000 sublimat alkohollal helyettesitette. Állitólag *Holden* és *Hahn* eljárásánál a fonalak igen erősek maradnak.

A *Küster-* és *Martin*-féle catgut desinficiálási eljárás szintén sublimáton alapul, melyhez még mintegy erősités czéljából szerzők a juniperus olajban való eltartást teszik. (8 nap 1/1000 alkoholsublimat, eltartás 1 rész oleum juniperi és 2 rész alkoholban).

Brunner nagyon védi a sublimat catgutot, de *Geppert* nyomán *Braatz* alaposan megingatta a csirátlanságába vetett hitet, mert a sublimattal beivódott organikus fonálból a higanyt nem lehet kénammoniummal kiejteni, tehát egymagában azon körülmény, hogy coloniák nem erednek meg, egyáltalán nem bizonyitja a fonál csirátlanságát. A *Bergmann*-féle catgut egyébiránt azért sem jó, mert oldhatatlan higanyvegyületeket tartalmaz, melyek chemiai genyedést okozhatnak. A *Küster—Martin*-féle eljárásnál a sublimat egészen cserbenhagy, mert a fonál nincs előre zsirtalanitva.

2. Carbol-catgut *Bloch* szerint. *Bloch* 10 év óta úgy készíti elő a catgutot, hogy előbb alaposan megmossa szappanos vizben, azután 5%-os carbol-vizben desinficiálja és 5%-os carbol olajban teszi el. Az eljárás eredményével nagyon meg van elégedve, hogy azonban fonalai nem idealisak, az is kiderül közleményéből, mert felemliti, hogy genyedések keletkeznek. Kétségtelennek látszik, ha tekintjük a hiányos desinfectiot (pl. nincs zsirtalanitás), hogy *Bloch* tévedt, mikor a tályogokat utólagos fertőzésre vezeti vissza, mely úgy támadna, hogy a műtő vagy a segéd ujjairól csomózásnál, befüzésnél a fonálra csirok tapadnak.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata. Begonnen von weil. Prof. Dr. **A. Socin,** fortgeführt und vollendet von Prof. Dr. **E. Burckhardt** in Basel. (Mit path. anat. Beitrag von Prof. Dr. **E. Kaufmann** in Basel). Verlag von Ferd. Enke. Stuttgart, 1902. Lieferung 53 der Deutschen Chirurgie.

Socin a mult század 70-es éveinek elején a Pitha-Billroth-féle sebészet számára meg irta a prostata megbetegedéseit. Munkája ezen gyüjteményes mű egyik legmaradandóbb értékü részét alkotta. Alkotta pedig nem csak a kérdés részletes tárgyalása miatt. Még napjainkban is, midőn sok modern beavatkozás forrását kerestük, midőn a sok specialistikus részletfestés zavaró hatása alól valamely kórtani kérdés tiszta képéhez akartunk viszamenekülni, nem hiába vettük elő a régi kopott Socint, és gyakran úgy tetszett nekünk, midőn a ma leczáfolta a tegnapot, és a tegnapelőtt már csak szánakozó mosolyt keltett, hogy ez az orvosi könyvnek igen tisztes korú könyv, ha nem is modernebb, de minden esetre igazabb, sok, még a nyomdafestéktől nedves terméknél.

Midőn pedig ma kezünkbe vettük a munkát, melyről ez ismertetés szól és összehasonlitottuk a régivel, egymás mellé állitva e két koruk tudásának hü képét alkotó művet, e két megbizható mértföldmutatóról leolvashattuk az útat, a melyet e szerv megismerésének, kór- és gyógytanának tudása ez idő alatt megtett. A régi szerény 115 oldala helyett, az új 504 oldalát lapozzuk át, 165 irodalmi czim helyett, 2004 számu rengetegében káprázik szemünk.

Sorsa nem engedte, hogy Socin maga fejezze be e nagy munkát, örökét tanitványa, régi munkatársa és barátja Burkhardt vállalta magára. Igy jelent meg a munka e kettős név alatt. A prostata boncztanáról, a vizsgálati módszerekről, a veleszületett rendellenességekről, a prostata sérüléseiről szóló fejezetek, valamint a prostatitis különböző féleségeiről szóló igen fontos fejezetek Socin által irattak meg, a prostata hypertrophiát tárgyaló részben csak a prognosisig jutott. Mig a prostatitisről irott fejezetben a német urologusok sűrűn burjánzott termékeit dudvázza és különösen a chronikus prostatitis fejezetében meglehetős szilárd alapokra fekteti e szövevényes és mint ő mondja „unerquicklich“ kérdést, addig a prostata túltengésről szóló résznek általa megirt fejezeteiben a franczia húgyszervi sebészi iskola sok és kétségtelenül nagy fontosságú kutatásait veti szigorú, de elfogulatlan birálat alá, igy különösen az aetiologia és kórboncztan tekintetében. Minden esetre azonban sajnálatos, hogy Albarran és Hallé, Motz, de különösen Ciehanovszky kutatásai nem voltak már Socin által felhasználhatók, Burkhardt pedig a már Socin által elkészitett részeket a maguk változatlanságában óhajtotta közreadni.

A munka többi része Socin szellemében és felfogásában irva meg, Burkhardt műve. Igy első sorban, a munkának közel felét, több mint 200 oldalt elfoglaló összefoglalása a prostata túltengés ellen irányuló gyógybeavatkozásoknak. A műtét nélküli és műtétes kezelés czimü főfejezetekben az idők folyamán ajánlott összes gyógyeljárásokat teszi kritikailag ismertetés tárgyává.

A nem műtéti beavatkozások közül egyedül a systematikus katheterismus jöhet tekintetbe, a többi eljárás, a milyen az endourethralis gyószeres kezelés, gyógyszereknek befecskendezése a mirigy parenchymájába, mechanikus compressiok, massage, villanyosság, nem tekinthetők egyebeknek, mint többé vagy kevésbbé érdekes kisérleteknek, vagy többé és kevésbbé jóhiszemü ajánlatoknak. A katheterismus fontosságát megillető feldolgozásban részesül.

A műtéti beavatkozások három részre oszlanak, úgymint a palliativ eljárások, a prostatára közvetlenül és közvetve irányuló műtétek.

A palliativ műtétek közül emlitésre legméltóbb az eziránytú therapiában már látszólag maradandó helylyel biró Poncet-féle műtéti eljárás (cystostomie suspubienne), számos módositásaival (Jabulay, Wassilieff, Mac Guirre, Witzel) együtt.

A prostatára közvetlenül beható műtétek közül, a prostatektomia mellett, a Bottini-féle galvanokaustikus eljárás részesül kiváló méltatásban. Ezen műtéti eljárás tárgyalásában és eredményeinek kedvező elbirálásában Burckhardtot e műtét iránti előszeretete kissé a munka természetével és rendeltetésével nem egészen összeegyeztethető subjectivitásra ragadta. E subjectivitás külsőleg az eljárás monographikus terjdelmű tárgyalásában, belsőleg pedig azon szavakban nyilvánul, a melyekben a Bottini-féle műtétnek nagy fontosságot (hohe Bedeutung) és az összes műtéti eljárásokkal szemben első helyet biztosit. Nézetét 28 saját esete támogatja. Burckhardt ezen állásfoglalása alig számithat egyértelmű helyeslésre.

A sexualis operatiok (castratio, funiculus resectio, vasoneurectomia stb.) ma már történelmi értékűek, a helytelen praemissák helytelen következtetésekre vezettek, mindamellett a kép, melyet épen a legszomorúbb kórtörténetek közlésével ezen operatiokról nyújt, kissé túlsötét. A tények maguk elég kietlenek, az ilyen kirivóan pessimistikus leirás, túlzása által, az elfogulatlanság rovására megy. A sexualis operatiók ma már majdnem egyhangúlag téveseknek declaráltatnak, azt hiszem azonban, hogy idővel a Bottini eljárást sem fogja sokkal kevesebb sirkereszt jelölni, különösen ha az indicatiók felállitásában mutatkozó nagy szabadság némi korlátozást nem szenved és a technikának látszólagos egyszerűsége továbbra is könyelmű és avatatlan használatára csábit.

A prostata újképleteinek kórboncztana és szövettana Kaufmann baseli tanár által dolgoztatott fel és iratott meg; az e szerző által megirt fejezetek valóságos classicitás jellegével birnak, különösen szép és kimerítő a csont metastasisokra vonatkozó rész.

A prostata neurosisokról szóló fejezet alkotja a munka befejezését.

Mint ez ismertetés elején jeleztük, a prostatára vonatkozó tan szerfelett bonyolodott és a jelentéktelen részletkérdések túltengő irodalmi kiaknázása, a mindenáron való cselekvés, kicsiben nagyratörés által csak napról-napra kuszáltabb lesz. Socin bölcs nyugalma, Burckhardt minden modernsége és ecclecticismusa melletti óvatos egyénisége e zűrzavarba nyugalmat és rendet hoz. Az egész munka a két szerző daczára egységes szellemben, biztos kézzel van megirva. Ha a páratlanul teljes irodalmi mutató majdnem minden egyes számára történik is a szövegben vonatkozás, az adatok tömkelegében a szerzők nyugodtan vezetik az olvasót. Ezért e munka nemcsak a szükebb körben értett szakembernek lesz nélkülözhetetlen, de megbecsülhetetlen szolgálatot tesz minden a tárgy iránt érdeklődő orvosnak is és mindenkor megbizható documetuma lesz, a tárgyalás legrészletesebb teljességénél fogva, e tárgyra vonatkozó mai teljes tudásunknak.

A szövegbe nyomott 153 ábra és a hozzá csatolt 3 tábla, valamint az egész munkának kiállitása a munka belső értékének megfelelő és az előkelő kiadóczéghez méltó.

Ráskai Dezső dr.

Torday Ferencz: Az egészség közgazdasági jelentőségéről. Röpirat.

Alig volt még ilyenfajta könyv kezünkben, a hol aránylag szűk helyen az adatoknak ekkora tömege lett volna összehordva és feldolgozva. I. részében az egészség szerepéről szól az élet első perczében, azon okokat keresve fel, melyek az ember egészségét élete első perczében megtámadhatják. Ebben a fejezetben tárgyalja a szerző az elvetélések és az egy és két gyermekes rendszer gazdasági jelentőségét is. A II. rész a gyermekhalandóságról, a III. a pénzkereső emberek egészségéről, a IV. a katonáskodásról szól közegészségügyi szempontból. Mindegyik fejezet bőven van illustrálva statistikai adatokkal. Az V. fejezet pl. a járványokról szólva felemliti, hogy a Hamburgban 1892. augusztus 16-dikától október 3-dikáig tartott cholerajárvány az idegenforgalomnak közvetlenül hasznát látó vállalatoknak 3,510,000 márkányi kárt okozott. A VI. fejezet a tüdővészről, a VII. a közegészségügy államositását sürgető közgazdasági viszonyokról szól. Az egész röpirat oda concludál, hogy gondoskodni kell arról, hogy mindenütt kellő számú orvos legyen, ez pedig csak az államositás útján lehetséges. A Légrády kiadásában megjelent munka ára 2 korona, jövedelme az országos orvosszövetség segély- és nyugdíjintézetét illeti meg.

M.

Axel Wilhelmi: Die Mecklenburgischen Ärzte von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Mit Illustrationen. Schwerin i. M. Eduard Herberger. 1901. 288 l. 8-adrét.

Blank A. dr. 1874-ig összeállitotta a mecklenburgi herczegségben született vagy itten működött orvosok életrajzát és irodalmi tevékenységét. A mondott évig 851 orvost sorolt fel. *Wilhelmi* dr. a Blanck-féle gyüjtőmunkát újra kiadta, kibővitette és századunk küszöbéig folytatta. Munkája már 1455 orvost tartalmaz. Az első feljegyzett mecklenburgi orvos *Magister Johann* volt, az utolsó, kit felirt, 1901-ben kapta meg diplomáját. A közbecsők mind chronologikus sorrendben következnek egymás után. Függelékül azonban a herczegség egyes helységei szerint is csoportositotta őket.

A nagy ügyszeretettel és lelkiismeretességgel összeállitott könyv számos művelődéstörténeti és korrajzi adatot tartalmaz, mely azt nemcsak szűkebb körű honfitársai előtt teszi értékessé.

A munka első lapjára *Wilhelmi* dr. szerénysége *Blanck* dr. arczképét illesztette.

Győry.

Pollatschek: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1901. J. F. Bergmann, Wiesbaden, 1902.

E vállalatnak immár 13-dik kötete látott az idén napvilágot a megszokott bő tartalommal. A munka természeténél fogva minden újabb a gyógytudomány körébe vágó 1901-diki vivmányt felölel, s daczára ennek oly bőven dolgozza fel az egyes tételeket, hogy pl. az appendicitist tizenegy hasábon át tárgyalja, mintegy 25, 1901-ben megjelent, az appendicitisről szóló munka referatumát nyujtva. A könyv összesen 640 hasábot tartalmaz s igazi német alapossággal hord össze és dolgoz fel mindent. Az egyes tételek tárgyalása után a róluk 1901-ben megjelent munkák is fel vannak sorolva szerzőjükkel, kiadójukkal, megjelenési helyükkel, úgy hogy az érdeklődő könnyű szerrel megtudhatja, hogy hol egészitheti ki ismereteit a legújabb irodalmi termékekkel.

M.

Uj könyvek. *Schmidtmann* és *Günther:* Mittheilungen aus der königl. Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung zu Berlin. Berlin, A. Hirschwald. — *Heitzman's* Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. Neunte Auflage. Vollständig umgearbeitet von Prof. *Zuckerkandl.* Wien, W. Braumüller. — *Berlioz:* Précis de bactériologie médicale. Paris, Masson et comp. — *Garnault:* Le professeur Koch et le péril de la tuberculose bovine. Paris, Instit. internat. de bibliogr. — *Lagarde:* Des injections de paraffine dans leurs applications générales en chirurgie. Paris, Rousset. — *Boyer:* Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie. Paris, Rousset. — *Chauveau:* Pathologie comparée du pharynx. Paris, Baillière et fils. — *Denoyes:* Les courants de haute fréquence. Paris, Baillière et fils. — *Labbé:* Le sang. Paris, Baillière et fils. — *Lefert:* Aide-mémoire des maladies des poumons. Paris, Baillière et fils. — *P. J. Freyer:* Stricture of the urethra and enlargement of the prostate. Second edition. London, Baillière, Tindall and Cox. — *L. F. B. Knuthsen:* Obstinate hiccough. London, J. and A. Churchill. — *R. Harte:* Hypnotism and the doctors. London, Fowler and co.

Lapszemle.

Sebészet.

Idült könyökizületi ficzamodások véres úton való kezeléséhez szolgáltat adatokat *F. Weber.* A pétervári Mária Magdalena kórházban észlelt két esete kapcsán az irodalmat áttanulmányozva a következő eredményre jutott. Minden esetben az arthrotomiával kisérlendő meg a ficzamodás visszahelyezése; az esetleg az izületbe helyezett csontdarabkák eltávolitása okvetetlenül szükséges a functionalis eredmény biztosítása czéljából. Arthrotomiához azon metszést ajánlja, melylyel az izületet lateralis oldalán nyitjuk meg (Kocher), mert szerinte ily módon az izület a legkevesebb lágyrészsérüléssel igen jól áttekinthető. Csakis a legvégső esetben, midőn a triceps ina külső felének átmetszése után sem sikerül az izületi végek visszahelyezése, lesz szükséges a resectiohoz fordulni s ebben az esetben is rendesen a felkarcsont alsó epiphysisének subperiostealis eltávolitásával czélt fogunk érni s csakis ha az alkaresontok proximalis epiphysis részletein többszörös törések vagy osteophytok képződése által nagyobb deformitás volna jelen, lesz szükséges a functionalis eredmény érdekében ez utóbbiakat is resecálni. A resectio a gyermekkorban különösen kerülendő, a mennyiben a csontnövekedést nagy mértékben befolyásolja. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, 64. kötet 1.—3. füzet.)

Haemophiliás izületmegbetegedésben szenvedő három férfit figyelt meg *Merningas* König tanár berlini sebészeti klinikáján. Az esetek kórtörténeteinek közlése után a következő conclusiora jutott. Az izületi megbetegedést főleg az jellemzi, hogy 1. az izületi vérömlés rendesen trauma után, de a nélkül is fellép, 2. a három esetben először a térdben jelentkezett, 3. eleintén a betegeket a mozgásban nem zavarta, 4. nagy a visszaesésre való hajlam úgy a már megbetegedett, mint más addig még sértetlen izületekben; azonban az elváltozás gyorsan visszafejlődik a nélkül, hogy maradandó izületi zavarok maradnának; 5. állandó utókövetkezményként az izületi megvastagodás maradt fenn. A diagnosis az anamnesis pontos felvétele után egyik esetben sem ütközött nehézségekbe, bár a II. és III. esetben a haemophilia manifest jelei (erősebb nehezen csillapitó vérzések) a kórelőzményben nem fordultak elő. Igen érdekesek a kóresetekről felvett skiagrammok, melyeken különösen az a feltünő, hogy az izületi végek kitapintható erős megvastagodása daczára a csontárnyék a normalistól nem tér el. A gyógykezelést illetőleg a czikk irója az általánosan használt rögzitést ajánlja. (Archiv. für klin. Chirurgie, 68. kötet 1. füzet.)

Holzwarth.

Bőrkórtan.

A prostituáltaknál előforduló tetoválásról nyújt érdekes adatokat *Bergh.* Dániában, különösen pedig Kopenhágában a prostituáltak tetoválása csak újabb keletü; divattá a tetoválás úgy látszik mintegy húsz év előtt vált, midőn azt egy hajós ember kezdte különösen terjeszteni. A tetoválás azóta annyira terjed, hogy Bergh 1901-ben 397 nyilvános prostituáltból álló beteganyagán már 127 esetben (kb. 32%) találta e triviális szokást. Ezzel szemben 292 titkos prostituáltnál csak 27 esetben (9·2%) tudta a tetoválást kimutatni. A tetoválás leggyakoribb helye a kopenhágai prostituáltaknál is az alkar volt, nem akadt azonban egy nő sem, a kinek alhasa tetoválva lett volna, a mint az elég gyakori szokás a párisi prostituáltak között. A tetováltak leggyakrabban férfi neveket örökitenek meg, valamivel ritkábban banális jeleket (pl. égő szivek, angyal fejek). Feltünő, hogy trágár s erkölcstelen értelmű jelek jóformán teljesen hiányoztak, a mi különben egyezik az idevágó franczia s olasz adatokkal. Bergh végre még megemliti, hogy aránylag gyakori az úgynevezett áltetoválás is, a midőn tehát a régi alakra egy újabb tetoválás történik. (Monatsh. f. prakt. Dermat. 35. k. 8. szám.)

Guszman dr.

A bőr elmeszesedéséről értekezik *Thimm.* Esetében egy 23 éves férfi jobboldali kis ujjának első perczén 12 mm. átmérőjü, kissé kiemelkedő s szemölcsszerüen egyenetlen felületü tumor támadt, melynek szine sárgás-fehéres volt; a daganat mintegy nyolcz év óta állott fenn. A kétséges kórisme miatt Thimm a kiirtott daganatot szövettani vizsgálat alá vette, a mi a következő leletet eredményezte: valamennyi metszeten haematoxylinnal igen erősen festődő szemcséket s rögöket látni, melyek úgy az interpapillaris hámrétegekben, mint az irha papillaris rétegében foglalnak helyet; a hámbeli rögök azonban tetemesen nagyobbak s tömörebbek. E szemcsék s rögök ásványi savak hozzáadására szénsav képződése mellett eltüntek, a mi a festési lelettel együtt határozottan meszesedésre vallott. A tumor létrejövetelére vonatkozólag Thimm azon nézetének ad kifejezést, hogy a daganat follicularis retentiós cystákból indult ki, melyekben a hámsejtek és a környező kötőszövet elemei ismeretlen chemismus folytán elmeszesedtek. (Archiv f. Dermat. u. Syph. LXII. kötet. 2. és 3. füzet.)

Guszman dr.

Fülgyógyászat.

Két physiologiai-akustikai előadás czimü czikkében *Lucae* mindenekelőtt oly egyénekről számol be, kik középfülgenyedések folytán dobhártyájukat, kalapácsukat és üllőjüket elvesztették. Ez egyéneken szerző azt figyelte meg, hogy, ha vattagolyócskát tett a promontoriumra, a nélkül, hogy a stapest avagy a fenestra rotundat megérintette volna, akkor meglepő, állandó hallásjavulás állott be, a magas és legmagasabb hangok megerősitésével. Szerző nézete szerint ezt a tüneményt akként lehetne magyarázni, hogy a vattagolyócska következtében a tömkeleg capsulája mint hangvezető többé nem működik, és ennek következtében a hanghullámok interferentiája, mely különben, a dobhártya elvesztése után, a hanghullámoknak a promontoriumon át és a két fenestrán át való belépése folytán létrejön, többet nem állhat elő, minek következtében a hang jobban lesz percipiálható.

Ugyanitt *Lucae* másik észleletét is közli, ő ugyanis a dobhártyához vezetett hangoknak a dobhártyára való hatását figyelte meg. Kisérleteit saját szerkezetü otostroboskopjával végezte. Hangforrás gyanánt két sipot használt, melyek mindegyike c-re volt hangolva. Vizsgálataiból kitünt, hogy a sipok hangoztatásakor a dobhártya hátsó-felső negyedén, közvetlenül a kalapács mögött hullámzó mozgás létesül, mig a többi dobhártyarészlet nyugalomban marad. Ez eredményekből tehát kiviláglik, hogy a dobhártya legkevésbbé megfeszitett része jön együttrezgésbe mély hangok hangoztatásakor. (Archiv f. Ohrenheilkunde, 54. kötet.)

Ifj. *Klug Nándor* dr.

A resonáló hangokról értekezik *Urbantschitsch*, melyeket úgy hozott létre, hogy lapokat, két kéztenyerét vitte a fülkagyló közelébe. Szerző állandó zörejek (utczai zaj) hangmagasságának változását vizsgálta, ha kezeit különféleképen a fülkagyló elé tartotta. A kezek különféle állása szerint ugyanis a zörejek mély vagy magas hangjai lesznek megerősítve, és ezáltal az észlelt összhang mélyebb vagy magasabb színezetet kap. Teljes csendben ily tünemények nem lépnek fel. Szerző több példát hoz fel e tüneményre, a melyben a hangjelenségeket analyzálta és tanulmányozta. Érdekes, hogy gyenge zörejek csak az általa ismertetett kisérletekkel válnak észrevehetőkké. Eme megfigyelések ama általános jelenségre vezethetők vissza, hogy a hangmagasság, melyre egy resonator illik, a hangzólégréteg vastagságától, tehát a resonator mélységétől függ. (Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiol. 89. k.)

Ifj. *Klug Nándor* dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

A herpes laryngisnek, e különben is ritka megbetegedésnek egy igen érdekes esetét közli *Bettmann*. Egy 23 éves nőnél, a ki két hó előtt másodlagos lues ellen keze1tetett, a bal oldalra localisált nyelési fájdalmak, kisebbfokú rekedtség és légzési nehézség lépett fel, borzongástól kisérve. A kezdet negyedik napján a bal szájpadíven és gégefélben csupán diffus lobosodás volt észlelhető, két nap elmultával azonban a bal orrszárny és a baloldali arytaenoid porczon typikus herpes hólyagcsák léptek fel, úgyszintén a nyak bal oldalán az áll alatt egy piros folt tetején pár hólyagcsa jelentkezett. Egy huszonnégy óra mulva a gégében már csak felületes erosiók voltak láthatók. A diagnosis, miután a herpes zoster csak egy idegtörzs területén jelentkezik, míg a herpes simplex egyidejűleg a test különböző helyein is fellép, ez utóbbira tétetett. A betegnél utóbb csakugyan a test igen különböző részein léptek fel a hólyagok, a gégében azonban ismételten nem jelentkezett. Nagy érdekkel biró, hogy az eruptiók ezután még vagy másfél évig több izben és mindig a havibaj beállta előtt egy héttel léptek fel, rendszerint éjjel, minden subjectiv kellemetlenség nélkül. Megemlítendő, hogy luetikus betegeknél gyakrabban fellép a herpes menstrualis, de hogy épen egy postvenericus bántalom lenne, arról szó sem lehet. Ez esetben nemcsak a test többi részén (arcz, genitáliák, száj stb.), de a gégében jelentkező herpes is szoros összefüggésben volt a havi baj beálltával, úgy hogy egy herpes laryngis menstrualisról beszélhetünk. (Berl. Klin. Woch. 1902. szeptember 8.) *Tövölgyi Elemér* dr.

Az anaesthesin, a mely az új szerek között ama ritka tulajdonsággal bir, hogy csakugyan bevált, mindinkább hódít. Ujabban *G. Spiess* magasztalja. Habár szerző szerint is a cocaint soha nem fogja kiszoritani, főképen az utókezelésekben előnyös, azonkivül nagyban elősegiti a gyógyulást mindenfajta fájdalmas bőr és nyálkahártya affectioknál. Eddigi vizsgálatai alapján megállapította, hogy tussis convulsivánál a Kabierske segélyével insufflált anaesthesin a rohamot megszünteti, acut náthánál a cavumon át öt-tiz perczenként beszivott anaesthesin pedig az összes kellemetlen tüneteket elmulasztja. Az adenoid és torokmandola műtétek után visszamaradó seb e por hatása alatt igen rövid időn belül minden erősebb gyuladásos reactio nélkül gyógyul, hasonlóképen a nyelv, mandola és a gége műtéte után visszamaradó sebek. Különösen a dysphagiát csökkenti hosszabb időre. Az anaesthesin érzéstelenitő hatása a sértetlen nyálkahártyán is létrejön, előnye az is, hogy intoxicatiót soha nem okoz.

Az első belklinika gégészeti osztályán ama tapasztalatot tettük, hogy a dysphagiát jelenleg egy szer sem képes oly tökéletesen és oly hosszú időre, sokszor harminczhatórára is megszüntetni, mint az anaesthesin. (Münch. Med. Woch. 1902. szeptember 30.)

Tövölgyi Elemér dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Collargollal *Schrage* egy súlyos lépfeneesetet gyógyított meg. A vena cephalicába két napon 3—3 cm³ 1%-os collargol-oldatot fecskendett be. Kétségbeesett anthrax, pyaemia és sepsis eseteiben ajánlja az eljárást, enyhébb esetekben unguentum Credét dörzsöltet be. *Klotz* (D med. Woch. 1902. 29. szám) egy septikus endocarditist gyógyított meg collargol befecskendéssel.

Az itrolt *Woyer* uterusgonorrhoeánál és genyes urethritisnél alkalmazta igen szép sikerrel. A hüvelynek és a canalis cervicalisnak itrol oldattal való kiöblitése után itrolpálczikákat alkalmaz (Rp. Itrol 2·5, Cerae alb. 1.5, Ol. Cacao 9·0. M. f. bacill. XXX.) hetenkint 2—3-szor. A kifolyás hamarosan megkevesbedik, 4—6 heti kezelés után pedig teljesen eltünnek a gonococcusok. (Münch. med. Woch. 1901. 42. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 45. szám. *Salgó Jakab*: A nemi perversitások elmekórtani és büntetőjogi szempontból. *Moravcsik E. Emil*: A bűntettes elmebetegek elhelyezése.

Orvosok lapja, 1902. 45. szám. *Konrád Jenő*: Az elmebetegek jogvédelme. *Hajós Lajos*: A normalis psychikai habitus tudományos megismerése. *Körmöczi Zoltán*: Localis anaesthesia szájműtéteknél.

Magyar orvosok lapja, 1902. 45. szám. *Stahovszky Antal*: Enterogen antointoxicatio esete. *Márer József*: Az emberi test különböző tájain lévő idegen testekről, a napi gyakorlat szempontjából tekintve.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 45. szám. *Bumgarten*: A vér sorsa kettősen alákötött véredényekben. *Marcuse*: A gümőkór ellen való küzdés jelen állása Németországban. *Weidenfeld*: Adatok az égések tanához. *Englisch*: Peniscarcinoma. *Zahradnicky*: Medulláris anaesthesia.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 45. szám. *Clairmont* és *Haberer*: Az ép és a kóros állati peritoneum viselkedése. *Hamburger*: Immunizálás fehérje ellen. *Matzenauer*: Periurethralis beszűrődések és tályogok nőben; a női húgycső idült gonorrhoeás induratioja. *Lindner*: Teljes egyoldali oculomotorius-hűdés. *Schrötter*: Idegen test eltávolitása a jobb tüdőből direkt bronchoskopia útján.

Wiener medizinische Presse, 1902. 45. szám. *Bogdanik*: Bélelzáródás cholelithiasisban. *Kölbl*: A tüdőgümőkór orvoslása aphthisinnel (guajacolum compositum Hell). *Hovorka*: Malaria ellenes oltások Kuhnféle serummal.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 45. szám. *Salomon*: Meningococcus septicaemia. *Feinberg*: A Romanowski-féle festés alkalmazása metszetekben, különösen rákos daganatoknál. *Hamburger*: A terhesség megszakitása gümőkóros munkásnőkben. *Mitulescu*: Adatok az anyagcsere ismeretéhez idült gümőkórban.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 45. szám. *Köhler*: A marhagümőkór átvitele emberre. *Schütze*: A praecipitinek alkalmazása. *Kuckein*: Aorta aneurysma képében lefolyt oesophagus-rák két esete. *Hecker*: A foetalis syphilis megismerése. *Penkert*: A megnagyobbodott thymus összefüggése hirtelen halállal. *Pulawski*: Adamkiewicz-féle cancroinnal kezelt oesophagus-rák esete. *Mendel*: Szülés közben létrejött méhrepedés műtét nélkül gyógyult esete. *Schultze*: A nemi betegségek, főleg a kankó prophylaxisa. *Oppenheimer*: Az entropium conservativ kezelése. *Luc*: Az idült állöböl-empyemák gyökeres kezelése.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 45. szám. *Walko*: Gyomorfekély gyógyitása oleum olivarummal.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 42. szám. *Rumpel*: Nephrolithiasis patkóvese mellett.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 20. szám. *Kron*: Arsenhűdés esete. *Mucha*: Katatonia esete az első menstruatioval kapcsolatban. *Piltz*: Paradox pupillareactio.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 13. kötet, 10. füzet. *Malfatti*: Szőllőczukor kimutatása normalis vizeletben erjesztéssel. *Luys*: A két vese vizeletének elkülönítése. *Pislicke*: Phloridzin okozta veseizgatottság.

Gazette hebdomadaire, 1902. 89. szám. *Caboche*: Chorea laryngis esete myocloniás choreában szenvedő hysteriásnál.

Bulletin général de thérapeutique, 144. kötet, 15. füzet. *Huchard*: A pericarditisek gyógyitása. *Weber*: Hol végezzük a higanybefecskendéseket? *Danlos*: A higany-befecskendésekről.

La semaine médicale, 1902. 45. szám. *Cheinisse*: A gümőkórra vonatkozó ismereteink jelen állása.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 45. szám. *Wybauw*: A vasas ásványvizek hatása anaemia és chlorosis eseteiben.

Revue de la tuberculose, 9. kötet 3. füzet. *Berthier* A köpet bacillustartalmának prognostikai értéke. *Claude*: Erythema scarlatiniforme praetuberculosa. *Heitz*: A gümőbacillus placentaris átvitele a foetusra.

Revue de médecine, 1902. 10. füzet. *Bouchard*: Véredényelváltozások májcirrhosis eseteiben. *Momiset* és *Tolot*: A gyomorrák haematologiája. *Londe*: A félelemérzet. *Valentino*: Oedemák és hydrorrhoeák idült nephritisek lefolyásában.

Revue de chirurgie, 1902. 10. füzet. *Vincent*: Osteotomia és osteotomia femoralis csipőizületi anchylosis és rosszul gyógyult femurtörések eseteiben. *Salvia*: A májfejlődés sajátságos rendellenessége. *Girard*: Aethylchlorür használata általános anaesthesia czéljából. *Boureau*: Szivmassage. *Dévé*: A postoperativ, secundaer echinococcosis elkerülése. *Richard*: A sérvek operativ kezelése, különös tekintettel a katonaságra. *Mally* és *Richon*: A Dupuytren-féle fractura.

Archives générales de médecine, 1902. szeptember. *Achalme*: A heveny izületi csúz kora felismerése. *Ingelrans*: A ductus hepaticus primaer rákja. *Brault*: A hőmérsék menete malaria intermittens alakjaiban. *Boix* és *Noé*: Kisérleti állatok vizeletének összegyüjtése. *Vaschide* és *Lahy*: A vérnyomás mérésének technikája.

The lancet, 1902. II. 18. szám. *J. Burdon Sanderson*: A fertőzés kórtana. *A. Morison*: A cardialis fájdalom okai, természete és kezelése. *Ch. A. Ballance*: Aneurysma érdekes esete. *G. Dean* és *Ch. Todd*: Néhány gümőkór-kisérletről. *G. Stoker*: Ozon használata idült középfülsüketségben. *H. W. Seager*: Meningitis cerebrospinalis járvány Lissabonban. *A. Maude*: Revaccinatio. *W. Gifford Nash*: Heveny pankreatitis cholelithiasissal és glycosuriával; cholecystotomia után gyógyulás. *F. S. Toogood*: Meningealis haemorrhagia sikerrel műtett esete.

British medical journal, 1902. november 8. *Ch. J. Cullingworth*: Méhenkivüli terhesség okozta intraperitonealis vérzések. A „British medical association" ez évi összejövetele sebészeti szakosztályának tárgyalásai.

The Edinburgh medical journal, 1902. november. *G. A. Gibson:* A szív ideges affectiói. *A. Latham:* A gümőkór aetiologiájának némely kérdése. *E. M. Brockbank:* A mitralstenosis crescendo zörejének oka. *C. E. Douglas:* Edinburgban graduált orvosok Dél-Afrikában.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. november 14.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal ki mutatása szerint az 1902-dik év 44. hetében (1902. október 26-dikétől november hó 1.-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 421 gyermek, elhalt 237 egyén, a születések tehát 184-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra 28·5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 16·1, az egy éven felüli lakosságnál: 12·9 az öt éven felüli lakosságnál: 12·1 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 2, morbili 5, scarlatina 7, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 4, meningitis 7, apoplexia 5, eclampsia 4, szervi szivbaj 21, pneumonia 13, pleuritis 0, pneum. catarrh. 3, bronchitis 9, tuberculosis pulmonum 35, enteritis 17, carcinoma 15, ezek közül méhrák 2, egyéb újképletek 5, morbus Brightii et nephritis 5, veleszületett gyengeség 15, paedatrophia 0, marasmus senilis 13, erőszakos haláleset 5, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 1, baleset 3, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2950 beteg, szaporodás e héten 790, csökkenés 828, maradt e hét végén 2912 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi október 29-dikától november 4-dikéig terjedő 43. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 38 (51), diphtheria, croup 32 (30) hagymáz (typhus) 1 (9), kanyaró (morbili) 89 (119), trachoma 3 (6), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 6 (4), orbáncz (erysipelas) 28 (23), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (2) járv. fültőmirigylob 6 (6), ezenfelül varicella 49 (56).

○ **Egyetemi alkalmaztatást nyertek** az orvoskari tanártestület f. hó 11-dikén tartott ülésén: Az I. számú belgyógyászati klinikán: *Breitner Gyula* dr. mint díjazatlan gyakornok (megh.). Az I. sz. női klinikán *Windisch Ödön* dr. mint díjazott gyakornok, *Rotter Henrik* dr. és *Horváth Ferencz* dr. mint díjazatlan gyakornokok (megh.). A II. számú belgyógyászati klinikán *Hager Péter* dr. mint díjazott gyakornok (megh.). Az I. sz. műtéttani intézetben *Navratil Dezső* dr. mint ösztöndíjas műtőnövendék. Az elmekórtani tanszéken *Pétzy Popovits Uros* dr. mint díjazatlan gyakornok (megh.). A közegészségtani tanszéken *Bexheft Ármin* dr. mint díjazott gyakornok (megh.).

Az orvoskari tanártestület a Schordann-féle utaztató ösztöndíjat *Linzbauer Rezső* dr.-nak, a Stefánia-kórház segédorvosának itélte oda.

□ **A fővárosi IX. kerületi orvostársaság** elnökéül *Bókay Árpád* dr. tanárt választotta meg.

⊕ **Hamér Fülöp** dr. madridi orvosnak és magyar állampolgárnak Ő Felsége hazafias működésének elismeréseül a Ferencz József-rend tiszti keresztjét adományozta.

△ **Ráskai Dezső** dr. lakását VI., Váczi-körút 23. szám alá helyezte át.

— **Szabóky János** dr. orvosi gyakorlatát Arcoban (Villa Emilia) megkezdte.

□ **Az orvostanhallgatók száma a budapesti tudomány-egyetemen.** A folyó iskolai év I. félévére 213 rendes I. éves orvostanhallgató iratkozott be, a mult évben 184 első éves volt s igy a szaporulat 29. Az emelkedés tehát az utolsó években folyton tart. Az orvostanhallgatók összes száma tudvalevőleg a budapesti egyetemen 1883-ban érte el a maximumot (1042) s ezután folytonosan apadt, úgy hogy a 90-es években már felére csökkent. A 900-as évek emelkedése arra nyujt kilátást, hogy ez évtizedben az 1000-et újból elérjük. Ezen hullámzás a mult század első felében is észlelhető volt, a midőn a 30-as évek maximumát több évtizedes apadás váltotta fel; ezúttal a völgy sokkal rövidebb hullámú. A mostani emelkedés oka nehezen fejthető meg. Az orvosok megélhetése nehezebb, az orvosi tanulmányok ideje hosszabb, mindez jól bizonyítja Billroth azon már 30 év előtt tett kijelentése igazságát, hogy az orvostanhallgatók számát olyan sok tényező befolyásolja, hogy a hullámzás okainak kifürkészése a legnagyobb nehézségekbe ütközik.

= **Kanka Károly orvosdoktorságának 60-ik évfordulója.** A pozsonyi orvos- és természettudományi egyesület 1902. november 12-dikén ünnepelte *Kanka Károly* orvosdoktorságának 60-ik évfordulóját. Ünnepelt kartársunk ma is, 85 éves korában, változatlan buzgósággal és munkaszeretettel teljesíti hivatását. Az ő élete tanulságos példa mindazoknak, kik az orvosi pálya nehéz küzdései között csüggednek, kik annak csak töviseit érzik. Kartársunk *két* emberöltőn át működött e téren s a ritka évfordulón még mindig ugyanazon lelkesedéssel ragaszkodik hivatásához, mint annak kezdetén. A budapesti tudomány-egyetem orvosi kara s a budapesti kir. Orvosegyesület üdvözleteihez, mely utóbbi már *1846*-ban választotta levelező tagjává, az Orvosi Hetilap szerkesztősége legjobb kivánatait s kollegialis köszöntését csatolja.

ⓘ **University extension.** A magyar University extension népszerű főiskolai tanfolyam czim alatt megkezdette működését. Az első cyclusban Alexander Bernát (Lélektan), Beöthy Zsolt (A magyar költészet a XIX. században), Berzeviczy Albert (A cinquecento festészete és szobrászata), Békefi Remig (Magyarország kulturtörténetéből), Kmety Károly (A magyar közjog alapintézményei), Wittmann Ferencz (Elektrotechnika) fognak előadást tartani. Utóbbi kivételével az előadások a tudomány-egyetem központi épületének kupolatermében lesznek, mig Wittmann tanár a műegyetemen tartja előadásait. A következő cyclusokra az orvosi tudományok köréből Lenhossék Mihály s Pertik Ottó előadásai vannak a programmba felvéve. Az University extension tehát nem csekély nehézségek leküzdése után az egyetem helyiségeiben, túlnyomó számban annak tanarai közreműködésével cyclusos előadások tartásával, tehát a komoly oktatás minden biztositékával lépett életbe. Nem mulattató népszerű előadásokról van szó, hanem az ismeretterjesztés s oktatás magas színvonalú intézményéről. Ilyen módon nemcsak nagy intellectualis s socialis eredményt fog elérni, hanem a tudomány központjait: az egyetemeket a társadalomhoz közelebb hozza, ez pedig remélhetőleg arra fog vezetni, hogy a tudományos munkásság iránt nagyobb lesz a tisztelet, mint a milyen az eddig volt.

⨯ **Hőgyes tanár Pasteur-intézetében** az 1902. évi október havában 152 veszett vagy veszettségre gyanus állatmarta egyén (141 magyarországi, 6 horvát és szlavoniai, 5 boszniai és herczegovinai) nyert antirabikus védőoltást. 139 egyént eb, 8-at macska, 2-t ló, 1-et sertés és 2-t ember mart meg. Évi folyó szám: 2248; egyetemes folyó szám: 19,305. Haláleset e hóban nem fordult elő.

< **A budapesti poliklinikán** október hóban 2887 új beteg 10,798 rendelést kapott.

— **A budapesti önkéntes mentőegyesület** október hóban 981 esetben működött. Évi folyó szám 8918.

∧ **Az egyetemi I. sz. női klinika** szülészeti poliklinikája október hóban 73 esetben 40 műtéttel nyujtott segélyt.

▽ **Megjelent.** *Prochnov-Nuricsán:* Magyar orvosok és természetvizsgálók XXXI. vándorgyülése. *Jendrássik:* — A budapesti k. m. tud. egyetemen az idegbajosok klinikájának megnyitó előadása. Orv. Hetil. 1902. 40—41. sz. — *Jendrássik:* Über neurasthenische Neuralgien. G. Thieme. Leipzig. 1902. — *Jendrássik:* Adatok az öröklés és öröklési betegségek tanához. Math. természett. értesitő. XX. köt. 3. füzet. 1902.

† **Elhunytak.** *Moskovics Jakab* dr. Kassa város tiszti főorvosa, a kassai fiókszövetség elnöke. — *Hlatky József* dr. fővárosi gyakorló orvos és fővárosi bizottsági tag. — *Adorján Menyhért* dr. járási orvos Algyógyon.

Lapunk mai számához van mellékelve: **„Egy kiváló physiologus birálata a Sagradáról“** czimű, a **„Sagrada Barber“**-féle szert tárgyaló közlemény.

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



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdö
Budapesten.

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

A pesti izr. hitközség kórházának
Röntgen-laboratoriumában
átvilágitás, képfelvétel és gyógykezelés. Laboratoriumvezető: **Simonyi (Schwarz) Béla dr.,** a kórház v. alorvosa. Lakik: V., Lipót-körút 5.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Elektromagneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában **Budapest, Városligeti fasor 13.** Elektromagneses erő alkalmazási tere: **álmatlanság, izomcsúz, neuralgiák, ischiás, szívneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine, stb. — Orvosi vezetés.** — Kezelés egész napon át. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XIX. rendes ülés 1902. november hó 8-dikán.) 749. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya (IV. rendes ülés 1902. május hó 15-dikén.) 750. l. — A második országos elmeorvosi értekezlet. (I. ülés 1902. október hó 26-dikán d. e.) 755. l. — (II. ülés október hó 26-dikán d. u.) 751. l. — (III. ülés 1902. október hó 27-dikén d. e.) 752. l. — A British medical association 1902. évi manchesteri nagygyülésének orr- és gégegyógyászati szakosztálya. 754. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XIX. rendes ülés 1902. november 8-dikán.)

Elnök: **Klug Nándor.** Jegyző: **Ritoók Zsigmond.**

Elnök az ülést megnyitja. A mult ülés jegyzőkönyvét hitelesiti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Goldzieher, Winternitz és Pertik tagtársakat. Jelenti, hogy az egyesület könyvtára számára beérkezett: Plesch János „A tüdővész gyógyszeres és tüneti kezelése“, „Egy új módszer a csonttörések kórismézésére“ czimü dolgozatok és a „Magyar kir. állatorvosi főiskola“ két kiadványa. Köszönettel vétetik.

Szomorú kötelességet teljesit, mikor bejelenti *Hlatky József* tag halálát, ki 1878 óta volt tagja az egyesületnek. Az egyesület részvétének jegyzőkönyvi kifejezést ad.

Jelenti, hogy Altstock Ármin dr. mint vendég van jelen.

Diphtheria után fellépett heges gégeelzáródás laryngofissioval és Thiersch-féle transplantatioval gyógyult esete.

Winternitz M. A. öt éves fiúcskát mutat be, ki két éves korában súlyos gégediphtheriát állott ki, melynek folyama alatt nyolcz napon át intubálva volt. Kilenczedik napon a detubatio lehetetlensége miatt tracheotomiát végeztek rajta vidéken. Öt hónapig canulet hordott; ennek elteltével decanulement czéljából Bécsbe vitetett, hol két izben összesen 14 hónapot töltött Chiari és Koschir osztályán, miközben rajta több izben laryngofissiót végeztek. E beavatkozások daczára canulet hordott és teljes gégeelzáródás tüneteivel vétetett fel a Stefánia-gyermekkórházba. Bemutató a gyermeken laryngofissiót végezett, mikor kiderült, hogy a behelyezett canule felett a gyűrűporcz és I. trachealis gyűrű magasságában a gége lumene 1 cm. széles porczkemény, heges sáncz által teljesen el van zárva. A heg egész terjedelmében kimetszetett és az ekként támadt körkörös sebfelszin Thiersch-féle epidermislebenynyel lett fedve, melyet helyébe egy megfelelő vastag jodoformosgazeból sodort hengerrel rögzitett. A gége sebét nehány öltéssel a tampon felett egyesitette. Az első transplantatio nem sikerült, négy nap mulva megismételve azonban megtapadt. Két héttel a műtét után O'Dwyer-féle tubust vezettek be, melyet 4—5 naponként változtattak. Az időszakos extubatiók révén két hónap mulva a gyermek már annyira volt, hogy a tubust több napon át el lehetett hagyni. Időszakonként azonban nehéz légzés és fuldoklási rohamok jelentkeztek, melyek 1—2 napra újból a tubus bevezetését tették szükségessé. Utóbb e rohamok mindinkább gyérebbek lettek, úgy hogy jelenleg a gyermek 5½ hónap óta teljesen tubus nélkül van, jól légzik, rekedt hangon ugyan, de érthetően beszél.

A gyermek hat hónapon át állott kezelés alatt, miközben 878 órán át volt intubálva.

Bemutató a diphtheria után fellépő heges gégeszükületek és elzáródások aetiologiájában nagy jelentőséget tulajdonit a tracheotomia helyének, és a soká tartó canule hordásnak. Eddig négy esetet operált és valamennyinél az elzáródás közvetlenül a canule felett a gyűrűporcz magasságában ült, épen azon helyen, hol úgy diphtheriánál, mint cricotracheotomia vagy tracheotomia superiornál granulatiók szoktak fellépni. Rationalisnak tartja, hogy diphtheriás gyermekeknél, hol gégebeli ulceratiók vannak jelen, crico-tracheotomia, vagy tracheotomia superior helyett a tracheotomia inferior végeztessék, mint a melynél a canule messze kerül a gégebeli fekélyektől, melyek igy jobban gyógyulhatnak.

Fischer Aladár: Bemutató mindenekelőtt elismerést érdemel a fáradságért, melylyel ezen nehéz esetet megoldotta és a heges stenosist megszüntette. A tracheotomia inferiornak, mint főnöke Navratil tanár, a fölényét hangoztatja a tracheotomia superiorral szemben. Nemcsak a secundaer tracheotomiás esetekben, hanem mindenkor, mikor arról van szó, hogy a gégének bárminemü kezelését kell végezni. A decanulementet egyetlen egyszer sem zavarta eseteiben (30—40 tracheotomiát végezett) heg, sarjadzás vagy felfekvés.

A tracheotomia inferior nem az a nagy félelmetes műtét, melynek a könyvekben le van irva, csak vigyázni kell, hogy az ember a középvonalban maradjon és akkor minden vérzés nélkül meg lehet csinálni. A pajzsmirigy letolható, a laza szövetek leválaszthatók, a venae inferiores láthatók és kimélhetők. Komoly érv csak egy van ellene és ez, hogy secundaer vérzések állitólag gyakoriabbak, de tapasztalatai alapján mondhatja, hogy nem látta még, hogy valamely nagyobb edény, art. vagy vena anonyma arrodáltatott volna és igy vérzés állott volna elő. Decubitus kikerülhető, ha egyszer hosszabb, máskor rövidebb canulet alkalmazunk. Mediastinitis anterior purulenta létrejövetelét sem látta eddig. Tehát teljesen osztja a bemutató nézeteit, ki a tracheotomia inferior superioritását hangoztatja.

Bókay János nem oszthatja *Fischer Aladár* tagtárs nézetét a felső tracheotomiát illetőleg s felszólaló, tapasztalatai alapján, azon nézetben van, hogy a croup laryngis operativ kezelésénél s általában mindazon stenosis laryngis eseteknél, hol a gége endolaryngealis kezelésének szükségessége nem forog fenn, ha nem intubatiót végezünk, hanem primaer légcsőmetszést, a felső légcsőmetszésnek előny adandó az alsó tracheotomia felett. Nem szabad ezen kérdés megitélésénél megfeledkeznünk arról, hogy a légcsőmetszést sürgős esetekben, különösen a vidéki gyakorlatban, nem egyszer a gyakorló orvos végezi s nem műtőorvos s a gyakorló orvosnak, illetőleg a nem professionatus műtőnek a felső légcsőmetszés, különösen a *Bosé*-féle eljárás mellett, sokkal biztosabb eredményü műtét, mint az alsó légcsőmetszés. A tracheotomia inferiornál a vérzés nem egyszer felette kellemetlen, a plexus venosus nagy teltségénél fogva, más részről a légcső mély fekvése nem egyszer megnehezíti a légcső megnyitását a középvonalban. Felszólaló tehát elsődleges légcsőmetszésnél a felső metszés hive, de maga részéről is hangsúlyozza azt, hogy a crico-tracheotomiától lehetőleg óvakodjunk. A cricoidealis felfekvéseknél levő fekélyződéseknél maga is az alsó légcsőmetszést ajánlja, csak arra figyelmezteti a műtőket, hogy ezen esetben ne túlságosan mélyen végezzék a bemetszést, mert különben a másodlagos intubatiót, mely elkerülhetlen szükséges ily esetekben, jelentékenyen megnehezitik, mert a tubus alsó vége nem fog leérni a fistulának alsó széle alá.

Különben felszólaló ma már a secundaer tracheotomiát is csak kivételesen végzi ily esetekben, mert a gelatinás timsós modificált bronz-tubusokkal neki a legtöbb esetben sikerül a felfekvési fekélyek helybeli gyógyitása.

Felszólalása kapcsán bemutatja *Trumpp* új, s forgalomba még nem is hozott hajlitható gummi tubusait s a „*Stefánia*“ gyermekkórházban tett eddigi kisérletei alapján azon nézetének ad kifejezést, hogy *Trumpp* tubusai figyelmet érdemelnek.

Winternitz A. kétségtelenül szükségesnek tartja, hogy a gége magtartott légyen. Két esetében a cartilago cricoideának hátsó lemezét nem találta és ezeknél, bár a Thiersch-transplantatio megtörtént, az extubatio még nem lehetséges.

Alapy Henrik: Annak idején hangsúlyozta, hogy a heges gégeszükület hegkimetszéssel és Thiersch-lebenynyel való gyógyitásának előföltételét az képezi, hogy a gége porczos váza még nagy részben meg legyen tartva. Ha a porczos váz hiányzik, akkor a sikerült transplantatio után is csak puha falú csövet nyerünk, mely a belégzés negativ nyomá-a alatt összeesik. Műtét közben azonban nem könnyü megitélni, hogy a porczos váz megmaradt része elegendő lesz-e. Kétes esetben azt ajánlja, hogy először ily hámlebeny beültetésével történjék kisérlet, miután ez egyszerü és enyhe beavatkozás. Hogy teljes sikerre vezethet, azt bizonyitja felszólaló betege, kit utóbb ismét látott és kinél most már nemcsak a légzés, de a hangképződés is normalis; valamint bizonyitja a most bemutatott eset is.

Egy újabb esetben felszólaló ez évi szeptember végén operált hasonló módon egy 1½ éves fiúcskát, kinél a lebeny egész kiterjedésében odagyógyult, minek folytán egy a gyermek korának megfelelőnél nagyobb tubust kényelmesen be lehet vezetni, de az extubálás után a fiúcska, befogott sipolynyilás mellett, csak egy pár perczig tud lélegzeni. Lehet ugyan, hogy ennek az okát beidegzési zavar képezi, a minő a decanulement-t gyakran szokta nehezíteni, de az is lehet, hogy a fent jelzett akadály (puha cső) szerepel, úgy hogy felszólaló, ha ez az állapot rövid ideig nem javul, kemény falzatú (csont vagy porcz) lebenyt szándékozik beültetni.

Intubatiós decubitusnál évek óta kizárólag alsó légcsőmetszést szokott végezni, minthogy a felső légcsőmetszéssel gyakran a légcsőnek még szűkült részletét nyitjuk meg, melybe canulet vezetni bajos.

Veleszületett torzképződések bemutatása.

a) Kryptophthalmus bilateralis.

Goldzieher Vilmos: A kryptophthalmus a látószerv legritkább elváltozásaihoz tartozik. Az eset az első, melyet bemutató 30 évi orvosi működésében látott. Az irodalomban c ak 13 eset van feljegyezve, melyek közül három állati szemeket illet (házinyúl, fáczán, galamb). A jelen eset különben kilencz évvel ezelőtt Kármán Samu tagtárs, akkori Stefánia-gyermekkórházi alorvos által be lett mutatva és röviden leirva. Hogy szóló újra bemutatja, nemcsak az eset nagy ritkaságában rejlik, hanem főleg abban, hogy kórboncztani ismereteink azóta gyarapodtak, úgy hogy mai napság már inkább lehet a kryptophthalmus genesiséről képet alkotni, mint akkor, a mikor még az erre felhasználható adatok hiányoztak.

Azon definitio szerint, melyet Manz 1872-ben felállított és általánosan elfogadtak, a kryptophthalmus olyan veleszületett anomalia, melynél a szemhéjak teljesen hiányoznak, hanem a homlokbőr minden megszakitás nélkül megy a pofabőrbe át. Ezen az orbitalis űrt áthidaló bőr alatt az orbitalis szövet mélyében a többé-kevésbbé eltorzitott szemtekék érezhetők. A typikus esetekben a szemhéjrés, a ciliák minden nyoma hiányzik; a szemöldökök, melyek normaliter a homlok és a felső szemhéj határát képezik, csak nagyon tökéletlenül vannak markirozva,

a mennyiben csakis a margo supraorbitalis külső szélének megfelelőleg egy szőr nyaláb létezik, mely azonban nem rendes módon párhuzamosan az orbitalis szélhez, hanem függélyesen halad és a halánték hajzatával összeolvad. A bőrhid áttapintása valószinűvé teszi, hogy azon a szemhéjon jellegzetes képlet, a tarsus teljesen hiányzik. A bőr alatt a szemtekék érezhetők, melyek minden irányban mozoghatnak, úgy hogy már abból is a szemizmok jelenlétét feltehetjük. Egynémely szerző szerint némi fényérzés is állott fenn, a mennyiben erős fénymennyiségek a bőrre vetitése által fejmozgások vagy az elrejtett szemtekék rángatozásai kiválthatók voltak.

A typikus kétoldalú kryptophthalmuson kivül még egynémely tökéletlen esetet észleltek, a hol az elváltozás egyoldalú volt, a másik oldalon azonban már veleszületett elváltozás létezett, vagy a hol a szemhéjrés egy finom vonal által markirozva volt, vagy a hol egy finom fistulosus nyilás létezett.

A kórboncztani vizsgálat, melyet egynémely esetben igen gondosan végezhettek, azt mutatta, hogy a bőrhídban a szemhéji képletek, és pedig a tarsus, a Meybom-féle mirigyek és a szemhéjszörtelep teljesen hiányoztak. A szemhéji körizom legalább kis részben megvolt. Mi a musc. levator palpebr. superiorist illeti, a szerzők adatai ingadoznak, egynémely esetben jelen volt, a majoritásban azonban hiányzott. Teljesen hiányzott a conjunctivalis tractus, úgy hogy a szemtekék, illetőleg csonkjai közvetlenül kötőszövet által szorosan a bőrrel voltak összeforva. Már abból a tényből következik, hogy minden olyan műtéti kisérlet, mely a szemtekék felszabadítására törekszik, hajótörést kell hogy szenvedjen, a mint hogy tényleg ilyen operatiok sikertelenek voltak. Mi a szemtekéket illeti, igen jellegzetes elváltozásokat találtak. Röviden azt mondhatom, hogy a bulbusok sorvadtak voltak és ez a *phthisis bulbi* teljesen megegyezett azon phthisissel, melyet lefolyt iridocyklitis után olyan gyakran találhatunk. Nagyon szépen mutatkozott ez a lelet a legújabban megvizsgált esetben (Golowin), a hol a sorvadt szemtekében csontképződés is volt, lelet, mely gyakran plastikai és hártyaloboknál fordul elő. A mi az orbitalis szerveket illeti, bizonyos, hogy a külső szemizmok megvannak. A könymirigy ép úgy mint a könylevezető rendszer hiányoztak és csak egy esetben volt meg állitólag a könymirigy rudimentuma.

Mielőtt szóló a kryptophthalmus genesisére áttér, a jelen esetet egy pár szó kiséretében bemutatja.

Az eset tiz éves leányka, kiről a tudomására jutott adatok azt állitják, hogy a szülei egészségesek és hogy két hónapos korában meghalt nővére szintén valamely veleszületett szembajban szenvedett. Mint hat hetes csecsemőt a Stefánia-kórházba vitték, a hol Verebélyi tagtárs a bal oldalon műtéti beavatkozást kisérelt, mely azonban minden eredmény nélkül maradt, a melynek nyoma még most egy finom hegvonalban látható. A gyermek különben jól fejlett, intelligentiája elég nagy, úgy hogy a Vakok Iskolájában az oktatásban részesülhet. *Typikus kryptophthalmus* van jelen, a mire a fenti leirás teljesen alkalmazható. A bőr minden megszakitás nélkül a homloktól a pofára vonul; szemöldökök nincsenek, azonban egy szőrnyaláb látható, mely a külső orbitalis széltől a halánték felé húzódik. A bőr alatt a mozgékony szemtekék érezhetők; az alsó orbitalis szél külső vége mellett a bőr alatt mindegyik oldalon egy puha bőr alatti és a szemtekékkel összefüggésben *nem* álló dudor van, melynek természetéről bizonyosat nem mondhat, lehet hogy cysta, lehet hogy csak egyszerű zsirtömeg. A gyermek koponyája különben teljesen ép, legalább durvább eltorzulást nem láthatni. Igaz ugyan, hogy az orra nem épen finom metszésű, talán formátlan és az orrüreg feltünően szük. Hanem a rhinologikus vizsgálat, melyet *Onodi* tagtárs volt szives végezni, se az orrban, se a gégében elváltozásokat nem tudott kideriteni. Az orr formátlansága talán csak attól származik, hogy a szemhéjmozgás teljesen hiányzik, mely mozgások bizonyosan hatalmas befolyást gyakorolnak a physiognomia kifejlődésére. Feltünően szük hasonlóképen a füljárat, a hallás azonban elég jó. Még egy igen érdekes és a kryptophthalmus kórtanában páratlanul álló adatra figyelmeztet, és pedig arra, hogy a gyermek *sirni* tud. A mint az ápoló személyzet határozottan és számos észlelés alapján állitja, úgy sír a gyermek, hogy a bőrhid előbudorodik és hogy később a könyek az orrból kifolynak. Ha az tényleg úgy van, akkor bizonyos, hogy nemcsak a könymirigy van meg, hanem hogy a könycsatorna szájadéka a subcutan szövetben van. Ezt a sirást szóló maga még nem észlelte, de arról úgy lehet meggyőződést szerezni, hogy az orrnyákhártya izgatása által reflectorikus könycsurgást idézünk elő.

A kryptophthalmus genesise. A homály, mely ennek a torzképződésnek genesisét elborította, újabb időben oszladozni kezd. A kórboncztani tények alapján legnagyobb valószinűséggel azt mondhatjuk, hogy olyan gátlási képződéssel („Hemmungsbildung") van dolgunk, mely intrauterin lobos folyamatok által idéztetett elő. Kétséget nem szenved, hogy ezek az elváltozások, melyek a bulbusban és környéken vannak, csakis lobos úton jöhettek létre. A kryptophthalmus első feltételeként tehát a szemtekében lejátszódó nagymérvű, és pedig fekélyesedő folyamatot kell felvennünk. Hogy azonban ez az intrauterin-folyamat ilynemű eltorzitáshoz, a szemhéjnélküliségre, ablepharia-ra vezethetne, arról a következő megfontolás által szerezhetünk fogalmat:

Az embryologia azt tanitja, hogy az embernél a szemhéjak képződése a II. hónapban kezdődik. Már a III. hónapban a cornea a szemhéjtól telyesen fedve van. A szemhéjrés egymást érintő szélei összetapadnak és ez az összetapadás a VII. hónapig megmarad. Ezen időben a conjunctivalis tractus képződése már megtörtént és ezen idő alatt a szemhéjszörök, a Meybom-féle mirigyek képződése már megindult, és ezek a képletek teljes kifejlődése csak akkor van befejezve, ha a szemhéjrés összetapadása már megszünt. A teleologikus gondolkodás is a mellett szól, hogy a tarsus és a Meybom-mirigyek képződése a conjunctivalis tractussal kell hogy lépést tartson, minthogy csak akkor van értelmük, ha a kötőhártya létezik.

Tegyük most fel, hogy abban az időben, a mikor a conjunctivalis tractus képződik, valamely fekélyes állapot következtében a cornea tönkremegy, tehát egy nagy anyaghiány keletkezik a fejlődő bulbus felületén, melynek behegedése által összenövések jönnek létre a hegszövet és az elzárt szemhéj-börfedél között. Ezen heges összenövések következtében a conjunctivalis tractus képződése elmarad, a conjunctiva elsatnyul, egy elválaszthatatlan összefüggés van a szemhéjfedél és a bulbus között. A conjunctivalis tractus ezen elsatnyulásában kell véleménye szerint az ablepharia indító okát keresnünk. Mert azáltal elmarad a ciliák és a Meybom-mirigyek képződése, tehát azon képletek fejlődése, melyek egy bőrlebenyt szemhéjjá avatnak.

b) Mikrophthalmus bilateralis.

Goldzieher Vilmos: Mikrophthalmus alatt értjük *a szemgolyó veleszületett kicsinységét*, mely állapotot élesen meg kell különböztetnünk a szemnek az extrauterin életben acquirált kisebbedésétől, a mit „phthisis bulbi"-nek nevezünk. A szabály az, hogy ilyen mikrophthalmikus szemekben más igen fontos belső elváltozások vannak és hogy ritkán van alkalmunk olyan eseteket látni, melyeket „törpe növés"-nek („Zwergwuchs") kell tekintenünk. Szólónak nem szándéka a mikrophthalmus kórtanát e helyen előadni, mely tárgyról való nézeteit és tapasztalatainak összefoglalását az Eulenburg-féle Realencyklopaedie czimü gyüjtőmunkában közölte. Czélja csak egy tiz éves leánykát bemutatni, ki kétoldalú, igen jelentékeny mikrophthalmusban szenved.

A különben igen értelmes és jól fejlett leányka törpe szemei talán babnagyságúak, jól mozognak, csekély nystagmussal birnak. A parányi cornea teljesen átlátszó, az iris lefelé colobomával bir, a közegek teljesen átlátszók, úgy hogy a szem kicsinysége daczára a tükrözés lehetséges. Akkor látjuk, hogy nagy érhártya-colobomája is van, mely a látóideg-papillát is magában foglalja.

Mindegyik törpe szem még aránylag jó látással bir, az egyén 1 meterre olvassa az ujjakat.

Adat a retrograd transporthoz.

Pertik Ottó: Egy esetet mutat be, melyhez hasonló az irodalomban eddig sehol közölve nincs. Az eset lényege, hogy egy ember a deltoideus hátsó szélén fekvő bemeneti nyilással lövést szenved el és a golyó egy elsőrangú májvenának lumenében találtatik, a májvena falának és a máj állományának legkisebb zúzódása, vérzése, roncsolása nélkül. Bemutató az esetet bővebb leirásban úgy bel- mint külföldi szaklapokban kivánja közölni.

Dapsy Viktor: A beteg október 5-dikén vétetett fel a II. számú sebészeti klinikumra igen elgyengült és vérszegény állapotban. Október 6-dikán éjjel erős vérzés állott be, azért 7-dikén tágitották a lövés bemeneti nyilását és felkeresték a vérző edényt, tehát nem a golyó felkeresése czéljából. A bemetszésre megint nagyfokú vérzés indult meg, melyet helybelileg csillapitani nem tudtak és így a subclaviát voltak kénytelenek alákötni. A beteg nem tért magához, daczára annak, hogy többszörös infusiót kapott és éjjel 10 órakor meghalt.

Hőgyes Endre: A bemutatott esetben analogiáját látja azon kisérletnek, melyet az embolia tanánál bemutatni szokott. Nyul vena auricularisába szinhiganyt fecskendezi és fél — 1 óra mulva nehéz légzés támad és 1 óra mulva elhal az állat. Bonczoláskor a tüdőütereket tele találni szinhiganynyal és a májviszerekben is szinhigany van. Retrograd metastasis. Az előadott kórtörténetben megragadta a figyelmét, hogy nem volt elváltozás a tüdőben. Lehetséges, hogy a vena cava superiorból egyenesen lepotyogott a vena cava inferiorba és v. hepatisba a golyó.

Klug Nándor: Nem tartja valószinűnek, hogy a golyó — mint előadó mondotta — a jobb gyomrocsban is benne lett volna, mert ha a gyomrocs billentyűje ép, nem érti, hogyan került volna a golyó ki a gyomrocsból ismét be a pitvarba, mert akkor valószinűbb, hogy az art. pulmonalisba került volna. Valószinű, hogy a vena cava superiorból a vena cava inferiorba esett bele.

Pertik Ottó: A jobb gyomrocsbeli thrombosis magyarázatára vette fel, hogy a golyó a jobb gyomrocsban is benne volt. De ezek után valószinűbb, hogy a thrombosist a kimerülés okozta. Az eset unicum, melynek párját az irodalomban nem találta.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(IV. rendes ülés 1902. május hó 15-dikén.)

Elnök: **Dollinger Gyula**; jegyző: **Illyés Géza.**

(Vége.)

Törekvések a sebészeti eszközök, kötőszerek és varróanyagok csirtalanitását tökéletesiteni.

Hültl Hümér: A felolvasás eredeti szövegét az Orvosi Hetilap az „Összefoglaló szemle" rovatban közölni fogja.

Zimmermann: Hozzászólásában az autoclavban való sterilizálásnak előnyeit emliti fel.

Flicoteaud párisi czégnek van egy olyan universalis apparatusa, melyben kötszer és műszer egyaránt sterilizálható. A nyomás alatt való

sterilizálás a legrigorosusabb követelményeknek is eleget tesz, de az áramló gőz is megteszi a szolgálatot.

A selyemsterilizálás egyik ajánlatos módszere a Schleich-féle. Schleich gelatinában teszi el a selymet, s csak akkor használ a, ha a táptalajon nem nőtt mikroorganismus.

A catgut genyedések az újabban felmerült „locális méreganyagok" hatása által is magyarázhatók.

Lévai József: A fémeszközöknek csirátlan állapotban való tartása tekintetében igen fontosnak tartja azoknak a rozsdásodástól való megóvását. Hozzászóló már régebben ajánlotta — a mint előadó is megemlítette —, hogy a fémeszközöknek szokásos kifőzésénél natronlugot tegyünk a vízbe. Ez biztosan megóvja az eszközöket a rozsdásodástól, mert a víznek szénsavát, a melynek a rozsdásodás v gyi folyamatában legfontosabb része van, megköti. A Schimmelbusch részéről ugyanezen czélra ajánlott soda nem köti meg a víz szénsavát, teljesen alkalmatlan a rozsdásodás megakadályozására.

Winternitz: Az előadó által előnyösnek és olcsónak mondott „celluloid-czérnát" egy év óta használja a Stefánia gyermekkórházban, s mint szerfelett olcsó, házilag impregnálható s minden használat előtt gőzben sterilizálható varróanyagot melegen ajánlja.

Illyés Géza: Az I. sebészeti klinikán a franczia és angol puha anyagból készült cathetereket formalin gőzökben tartják, s használat előtt bóroldattal kiöblitik. Lehet ezen eszközöket azonban ki is főzni tömény ammonium sulfuricum-oldatban vagy tömény konyhasós oldatban, a nélkül, hogy elromlanának. Ugyanigy sterilizálják az ureter cathetereket is.

A cystoskopokat kifőzni nem lehet, mert a lencserendszerük elhomályosul a ragasztó anyag megolvadása következtében, hanem formalin gőzökben tartják s használat előtt 1%-os lysolba teszik.

Az I. sebészeti klinikán varróanyagul csak selyem használtatik, mit úgy sterilizálnak, hogy előbb szappannal többször jól kimossák, majd kifőzik s innen 24 órára 10%-os jodoformaetherbe teszik, hogy zsirtalanittassék. Innen egy oldatba kerül, mely 60% alkohol s 5% carbol keverékéből áll, innen veszik ki használat előtt steril eszközzel, a selyem ilyen módon teljesen steril s nem szakad.

Dollinger az előadáshoz szólva megjegyzi, hogy egyes műtéteknél, a hol a seb a műtét után nyitva marad, a nagyobb véredényeket egyáltalában nem köti le, hanem pincekbe fogja s azokat rajtuk hagyja. Igy pl. vesekiirtás után a vese kocsányát nem köti le, mert a lekötésekből gyakran fonál genyedések s hosszasan tartó sipolyok támadnak, hanem a Guyon féle görbe veseklammerrel a kocsányt lefogva, a vesét eltávolítja, s a klammereket 3—4 napig rajta hagyván, a gyógyulás simán szokott bekövetkezni.

A második országos elmeorvosi értekezlet.

(I. ülés. 1902. október hó 26-dikán d. e.)

(Vége.)

A mi az elmeorvoslástan közvetlenebb eszközeit illeti, e tekintetben az irányadó szempontok fokozatos eltolódást mutatnak.

Kétségtelen, hogy az újabb korban azok a csunya vészes formák, a minőket husz-huszonöt év előtt a czella ablakán át szemléltünk, úgyszólván teljesen eltüntek. Az elmekóralakok mennek-e a haladó kulturával bizonyos átalakuláson keresztül, vagy a régi tébolydák mesterségesen teremtették-e meg ezeket az elvadult alakokat mint reaktiv kórképeket, azon vitatkozni lehet, de tény, hogy a mai beteganyag hasonlíthatatlanul socialisabb s hogy azzal könnyebb bánni.

Az ápoló személyzet csak némi emelésével nyitva lehet hagyni bátran az összes ajtókat és ablakokat és a balesetek száma csak elenyésző emelkedést mutatna. A csillapitás, mely még nem régen az osztályorvosi szolgálat legfontosabb részét képezte, ma már alárendelt ténykedés és magasabb psychiatrikus feladatok elől mindinkább háttérbe szorul.

A gyógyszerelő eljárás irányelveiről nehány specialis indicatio viszonylatában fogok később szólani, itt csak annyit jegyzek meg, hogy talán az epilepsiás és myxoedemás elmezavar gyógyszerelő therapiáját, valamint a sós infusiók gyógyhatását kivéve, alig történt oly tanulmány, mely egy psychotikus folyamat és egy gyógyszeres beavatkozás lényeg szerinti vonatkozásainak exact kisérleti alapokra való fektetését tűzte volna ki feladatul. A therapeutikus érdeklődés központjában most a fektető kezelés, a prolongált fürdők, a suggestiv milieukezelés, a gyógyfoglalkoztatás és az anyagcsere szabályozása állanak.

Az egész elmeorvoslási irodalomban ezen kérdések dominálnak. Ezen eljárások szakszerű és idejekorán való kihasználásával elérhetőnek tartjuk mint positiv elmeorvosi szolgálmányt egyfelől a heveny psychosis zajtalanabb lefolyását, veszélyes complicatiók biztosabb távoltartását, ez által sokkal kedvezőbb gyógyulási perczentet, másodszor a chronikus elmebetegek socialis devalválásának feltartóztatását.

Ma már mindenütt belátják, hogy ezen czélok elérésében nagy mértékben elősegít minket a szabadságkorlátozás mechanikai eszközeinek kiküszöbölése. A némelyek szerint nélkülözhetetlen elszigetelés (czellába való zárás) csak ott szükséges, a hol a beteget nem lehet a neki megfelelő milieube helyezni; mihelyt ennek lehetősége megadatik, az elszigetelés feleslegessé válik, mit előadó gyakorlati példákkal illusztrál.

Az elszigetelés nem tévesztendő össze az elkülönitéssel. A míg az elszigetelés a desocializálás veszedelmes eszköze, addig az elkülönítés hatalmas elmeorvosló faktor. Az elmének sok esetben szüksége van a magányra, melyet az orvosnak nem csak engedélyezni, de akként kell megteremteni, a mint azt a beteg állapota megkivánja. Mi, jobb eszköz hiányában, a régi czellákat használjuk fel az elkülönitésre, melyeket szépen kifestettünk, parquettoztattunk, de hogy az elkülönités ne birjon az elzárás jellegével, azt az eljárást követjük, hogy a czellák ajtai csak belülről nyiljanak kifelé, úgy hogy a beteg akkor jöhessen ki, a mikor akar, míg más, a kinek nincs nyitója, ne léphessen be.

Talán kicsinyesnek látszik és azoknak, a kik azt állitják, hogy az elmeorvoslás tulajdonképen nem tudomány, ezen állitásuk bizonyitására alkalmas argumentummal szolgálok, a mikor elárulom, hogy nagy súlyt fektetünk a ruházatra. A milieu-kezelés egyik eszköze az elmebeteg tudatába a testi betegség képzetét belevinni, mely alapot teremt a további eljárásra. Ezért van az agitált formáknál oly fontossága a kórszobának, ágynak, meleg fürdőknek, kórházi köntösnek, a fennjáróknál a megszokott polgári ruhának.

Salgó Jakab teljesen osztja előadó nézetét, hogy első sorban a gyógyitó faktorok jöjjenek számitásba; az elszigetelést, a szigorú őrizet látszatát, minden kényszerkezelést elitél. Az ágykezelést súlyos esetben eredményesnek találta. Gyógyszerek alkalmazandók, de mindig orvosi megfontolás alapján. A tébolydai orvos munkaköre akként szabályozandó, hogy ez csakis orvosi és semmi más munkakörrel birjon, s igy magát csak a beteg gyógyitásának szentelhesse.

Elnök: Köszönetet mond előadóknak és az ülést bezárja.

(II. ülés 1902. október 26 dikán délután.)

Elnök: **Tóth Lajos**, később **Rózsaffy**. Jegyzők: **Telegdi Zsigmond, Németh Ödön.**

Elnök jelenti, hogy *Lechner Károly* délelőtti előadása kapcsán a következőket terjeszti a második orsz. elmeorvosi értekezlet elé:

„Az elmegyógyászok congressusából kiküldendő állandó bizottság vagy bizottságok feladata legyen hazai társadalmunkban, a jelentésemben jelzett socialis károk orvoslására irányuló mozgalmat megindítani, a már meglévő hasonczélú mozgalmakat támogatni és mindezekben a szakértő orvos számára a szükséges befolyást kivívni és biztosítani." Az értekezlet a javaslatot magáévá teszi.

Napirend:

Bűntettes elmebetegek elhelyezése.

Moravcsik Ernő Emil. Előre bocsátván, hogy a társadalmi renddel összeütközésbe jövő elmebetegek két csoportját szokás megkülönböztetni: *a bűntettes (gonosztevő) elmebetegekét* (verbrecherische Irren, criminels aliénés) és *az elmebeteges bűntettesekét* (irre Verbrecher, aliénés criminels), ismerteti a bűntettes elmebetegek elhelyezése körül dívó eljárásokat és felfogásokat a különböző államokban. Constatálja, hogy az elhelyezés történni szokott: 1. Külön centralis intézetekben; 2. rendes betegek számára szolgáló tébolydákban: a) a többi betegekkel együtt, vagy b) azoktól elkülönitve, külön osztályokban vagy épületekben; 3. a letartóztatási intézetek kapcsán felállitott adnexumokba. Kimutatja, hogy azok is, a kik a bűntettesek elkülönitésének szükségességét bizonyító érveket igyekeznek megdönteni, szükségesnek mondják — ha más alakban is — a separálást. A maga részéről legalkalmasabbnak tartja a letartóztatási intézetek mellett létesített, de teljesen psychiatricus igényeknek megfelelő módon berendezett megfigyelő és elmegyógyító külön intézeteket, a melyek vezetőjének elmeorvosnak kell lenni, a ki a szakműködés tekintetében teljesen függetlenül járjon el. Az ilyen intézetbe kerüljenek az elmebeli állapotuk megfigyelését igénylő vizsgálati foglyok és az elmebeteggé lett elitéltek. Ez utóbbiak azon ideig maradjanak itt, míg meg nem gyógyulnak vagy büntetésük ideje le nem jár. Ismerteti a budapesti kir. gyűjtő-fogház mellett felállitott megfigyelő és elmegyógyitó intézet viszonyait, berendezését, szervezetét és annak működéséről elismerőleg nyilatkozik.

Szigeti Henrik czélszerűnek tartja a külön tébolydákat, mert alkalmasak, hogy egyes birák gyanakvása a szakértői véleménynyel szemben megszűnjék. Helytelen a mai administratio, mely szerint a bűntettes elmebeteg megfigyelése a tébolydában történik s ennek befejeztével, az elmebetegség birói constatálásáig ismét a fogházba kerül s aztán újból a tébolydába; jobb volna a beteget véglegesen meghagyni a megfigyelő tébolydában.

Molnár Károly a saját tapasztalatai alapján megerősíti a Szigeti Henrik által mondottakat.

Moravcsik Ernő Emil. Hogy az intézetben megfigyelt egyén abban tovább nem tartható, az igazságügyi ministerium rendeletén és a bűnvádi perrendtartáson alapszik, mert a megfigyelés két hónapon túl nem tarthat. Hogy miért rendelte igy, annak megvan a maga oka. Ha valamely egyén megfigyelés alá kerül és az orvos constatálja elmebetegségét, a törvényszék nem köteles azt elfogadni; az illető csak akkor tekintetik elmebetegnek, ha az már biróilag meg van állapitva. De különben az az igazságügyminiszteri rendelet előrelátó volt és gondoskodott olyan esetekről, a hol az elmebetegség pregnans és zavaró; ilyen esetekben az intézet vezetője tudatja a birósággal és a beteg ott marad, míg a biró másként intézkedik. Maga részéről is helyeselheti, hogy elmebeteg bűntettes és habitualis gonosztevő maradjon az intézetben.

Az elmebetegek jogi védelme.

Konrád Jenő. Előadó főképen az elmebetegek személyes szabadságának jogi védelmével, azok házasságjogi kérdéseivel és jogi cselekvő-

képességük fokozataival foglalkozik a magyar ált. polgári törvénykönyv tervezet nyomán.

A *személyes szabadság védelme* szempontjából nem tartja elégségesnek az elmegyógyintézetbe befogadott egyén elmebetegségének *bírói szemle* útján való constatálását, hanem szükségesnek véli a vizsgálatnak kiterjesztését arra is. vajjon az illető betegnek *tébolydában való tartása okvetlenül szükséges-e*, sőt azt kivánja, hogy a bíróság itélete joghatályának időbeli kiterjedésére is figyelemmel legyen és igy a tébolyda mintegy mandátumot nyerjen arra, hogy valamely beteget állapota szerint egy bizonyos időn át az intézetben tarthasson. A gyakorlati kivitel az új perrendtartási javaslat alapján akadályokba nem ütközik. Üdvözli azt a magyar polgári törvénykönyvi tervezetben megnyilvánuló törekvést, mely az elmebetegek számára jogokat akar megmenteni és azok *magánjogi cselekvőképességét illetőleg* fokozatokat különböztet meg. Azonban a felállított jelenség-typusok elmekórtanilag kifogás alá esnek és a szakértőnek nehézségeket fognak okozni, ha jelentőségük jobb világításba nem helyeztetik.

Házasságjogunk az elmebetegeknek jogi védelmében *túllő a czélon*, mert az elmebetegséget, mint válási jogot el nem ismeri. Igazságosabb és a gyakorlati szükségnek inkább felel meg a német álláspont, mely megengedi a válást ott, a hol a lelki közösség többé nem lehetséges. Az elmekórtani szaktudomány van abban a helyzetben, hogy úgy a lelki közösség lehetetlenségét, mint a gyógyithatatlanságot positive megállapithassa.

Dr. Szászy Béla igazságügyministeri titkár kéri, hogy az elhangzott előadás annak idején tanulmányozás czéljából in toto átengedtessék a polgári törvénykönyv tervezetét előkészitő bizottságnak. Erdemileg megjegyzi, hogy a tervezet 7. §-ának indokai és a 916. és következő §§-ok között nincs ellentmondás. A 7. §. szerint elmebeteg is, elmegyenge is gyámság alá helyezendő; a 929. §. azonban kivánja, hogy a szerződő képességre vonatkozólag elmebeteg és elmegyenge között fokozati különbség tétessék.

Az ápolókérdés.

Décsi Károly. Leirja azon fokozott, testet és lelket egyaránt kimeritő feladatokat, melyeket a modern psychiatria vivmánya, a szabad elmebeteg kezelés az elmebeteg ápolókra ró és a melyekért ezek kellő ellenszolgálatban nem részesülnek; rossz a fizetésük, rosszak a lakásviszonyaik, nem alapithatnak családot, mert nincs biztos jövőjük. Ennek következménye a folytonos személycsere az ápolói állományban és az ápolók qualitásának nagyfokú megromlása; statistikai adatokkal igazolja a miseriák nagyságát hazánkban és külföldön. Ecseteli ez állapotok orvoslásának módszereit, melyek közül különösen a fizetések és lakásviszonyok megjavitását, a nyugdijképesség szabályozását, a családalapitás megkönnyitése czéljából az ápolók letelepitését, jövőjük lehető biztositását és cursusok és módszeres előadások útján szakmájukban való elméleti és gyakorlati kiképzését hangsúlyozza és részletes kritika alá veszi. Végül inditványozza, hogy a hazai viszonyok beható tanulmányozása és referátum készitése czéljából az értekezlet külön bizottságot jelöljön ki.

Oláh Gusztáv évek előtt kisérletezett fizetésjavitással, rendszeres oktatással s intelligensebb egyének alkalmazásával, de eredménye nem volt. Legjobb ápolók az irgalmas testvérek; a családalapitás lehetősége nálunk csak Moravcsik osztályán van megadva, de nem mutatkozott czélszerűnek.

Salgó Jakab sem látott jó eredményt az ápolók tanitásától és vizsgáztatásától. A magasabb fizetés és nyugdijképesség maradásra birja az ápolókat, de hosszú szolgálatban elgyengült, elfásult ápoló sem előnyös. Czélszerűbb az ápolóknak bizonyos szolgálati idő után végkielégitést adni, a mivel új pályát kezdhet. Legczélszerűbb a jelenlegi huszonnégy órai szolgálat helyett csupán a nyolcz órai szolgálatot rendszeresiteni.

Molnár Károly felhivja a figyelmet a legrégibb elmegyógyintézetre, a Schwartzer-féle magán elmegyógyintézetre, melyben huszonötharmincz év óta vannak jól ellátott, könnyű szolgálatot teljesitő és öreg korukban pensionált ápolók.

Fischer Jakab Salgóval szemben a tanitást szükségesnek tartja és pedig az ápolói kötelességekre való tanitást. Azután a progressiv dijazás és jobb szolgálati beosztás mellett nyilatkozik.

Telegdi Zsigmond. Azt óhajtaná törvényben vagy szabályrendeletileg megállapittatni, hogy maximálisan mennyi beteg eshetik egy ápolóra, nehogy a betegek felszaporodása esetén hosszadalmas eljárással kelljen az ápolókat felszaporitani.

Epstein László. Arról van szó, hogy jobb ápolókra tegyünk szert, de ezt az ápolók helyzetének javitásával, a jobb javadalmazással, a nyugdijazással stb.-vel egyedül nem fogjuk elérni. Két dolgon fordul meg ez ügy. Egyik, a mit Salgó mondott, hogy a szolgálat beosztás olyan legyen, hogy tényleg képes legyen a szolgálatnak megfelelni és azután feloldassék az olyan munka alól, a mi betegápolónak nem való, mint például surolás, tisztogatás. Ilyen munkákra külön szolgák kellenek.

Raisz Gedeon. Tapasztalatai szerint az ápolói kérdés kettőn fordul meg. Először, hogy a mostaniaknál sokkal magasabb rétegekből szerezzük az ápolói anyagot; a második pedig, hogy fizessük őket és lássuk el az intézeteket bőven ápolókkal.

Javulnak az utóbbi időben mindig a viszonyok a szerzetes nők alkalmazása által, de ezek is csak relative jók. Fontos az ápolóban, hogy igazi emberszeretet legyen benne.

Arra kell törekednünk, hogy a társadalom magasabb szinvonalán álló egyéneket nyerjünk meg az ápolói hivatásnak.

Décsi Károly. Köszöni a hozzászólásokat, melyek mások tapasztalataival egészitik ki a magáét. A Schwartzer-féle magánintézet viszonyait nem hasonlithatja össze a mieinkkel, mert ott teljesen jók a viszonyok, mig a mi viszonyaink a lehető legrosszabbak.

(III. ülés 1902 október hó 27-dikén d. e.)

Elnök: **Rickl Gyula**, később **Konrád Jenő**, **Biringer Ferencz**. Jegyzők: **Epstein László**, **Németh Ödön**.

A nemi perversitások. Előadta Salgó Jakab.

Történelmi visszapillantással kezdi előadását, melyben kimutatja, hogy a nemi élet pervers megnyilatkozásai nem a mai decadens világfölfogásból és a vele járó idegrendszerbeli elfajulásból erednek, hanem ezek a nemi ingerrel egy időben fejlődhettek. Már a legrégibb időktől fogva divott a nemi perversitás, a magas kulturájú Rómában és Görögh onban ép úgy, mint a legelmaradottabb afrikai népeknél. Csak azóta, hogy e kérdéssel tudományosan foglalkoznak, kezd orvosi s jogászi körökben polgárjogot nyerni.

A kérdésnek csakis orvosi oldalával foglalkozván, ráútal arra, hogy újabban egyes orvosi szakemberek eme nemi perversitásokat a „psychopathia sexualis“ név alatt foglalván össze, ezeket mint kóros elmebeli állapotok nyilvánulásait tüntették fel. Előadó tagadja, hogy a pervers egyéneknél található úgynevezett stigmák (egyes psychikai és testi eltérések) kóros elmebeli állapotnak kétségtelen jelei lennének. Viszont van számos pervers nemi életű egyén, a kiknél semminemű degenerativ jelet sem találunk. De semmi sem bizonyitja jobban, hogy a homosexualitás nem egy veleszületett inversio, mint az a körülmény, hogy nemcsak egyes egyéneknél, hanem egész népeknél a homosexualis üzelmek nem zárták ki a rendes heterosexualis életet. Kiderül ezekből, hogy úgy a homosexualitás, mint sok más perversitás nem egyéb, mint a *Hoche* által úgynevezett ingerre való éhség (Reizhunger), mely a legkülönfélébb külső okokból eredhet. Eredhet abból, hogy a nemi inger rendes kielégitésére hiányzik az alkalom és eredhet abból is, hogy a megszokottá vált rendes nemi közösülés nem elégiti ki már a kivánt sensatiót. Pedig tudjuk jól, hogy az élvezetek fölkutatásában és a kellemes sensatiók kiváltásában általában és a nemi élet terén különösen mennyi leleményességet produkál az ember, a nélkül, hogy ezen iparkodását kórosnak nézhetnők.

A mi pedig azon szellemi és testi elfajulási tüneteket illeti, melyeket oly gyakran találnak perversus egyéneknél, úgy azok pathologiai értékét nem ismerjük. Semmiféle bizonyitékunk nincsen arra, hogy ezek az úgynevezett stigmaták mennyiben függnek össze idegrendszerbeli abnormitásokkal és hogy ilyenek kifolyásaiként tekinthetők-e.

Mindezzel nem azt akarja bizonyitani, hogy a nemi perversitás nem fordul elő elmebetegeknél. Sőt az idevágó tapasztalat bizonyitja, hogy számos kóros elmebeli állapot tünetcsoportjában a nemi perversitás is figurál. A perversitás egymagában nem tekinthető elmebetegségnek, sőt semmiféle elmebetegség pathognomoniás tünetének sem. Ott, a hol a nemi perversitás valamely elmebetegség tünetcsoportjának részét képezi, ott sokkal jellegzőbb tünetekből ismerjük föl a kóros állapotot és ott a többi tünetek után diagnostizált betegség nyomja rá a nemi perversitásra is a pathologikus tünet bélyegét.

A kérdés jogi oldalával foglalkozván, ráútal, hogy a büntetőjogi eljárások felette hiányosak. Mert büntetőjogunk csak a férfiak közötti homosexualitást bünteti, továbbá a necrophiliát és zoophiliát; a két utóbbi majdnem kizárólag kóros elmebeli állapot nyilvánulásai, melyek mint ilyenek nem büntethetők; a büntetőjog ezeket mégis sújtja, ellenben nem bünteti a perversitásnak számos más válfaját, például a nők egymás közötti fajtalanságát, mely ép úgy lenne büntetendő, mint a férfiaké.

Pedig ha okkal és joggal kivánja büntetni a társadalom a nemi perversitásokat, akkor azt sem az erköles, sem pedig az izlés szempontjából nem teheti, hanem csupán akkor és azért, a mikor és a miért a társadalom érdeke ellen vétenek. Vétenek pedig a nemi perversitások a társadalom kardinális érdeke ellen abban, hogy a propagatio ellen irányulnak. De ha tényleg ezen főbenjáró sérelmet akarja büntetni a törvény, akkor világos dolog, hogy a legitim nemi élet perversitásait ép úgy tartozik sujtani, mint az illegitimeit és világos az is, hogy a perversitások közt kivételt tenni nem lehet.

A kifejtetteket ezek szerint összefoglalhatja abba, hogy:

1. A nemi perversitások, mint olyanok, sem magukban nem képeznek elmebetegséget, sem pedig nem tekinthetők olyan pathognomoniás tüneteknek, melyekből kóros elmeállapotra lehetne következtetni. Az elmebetegség kimutatására sok más fontosabb és biztosabb tünet szükséges és áll is rendelkezésre.

2. Miután a törvényhozás nem csak nálunk, hanem mindenütt azokat a nemi perversitásokat nem sujthatja, melyeknek megbüntetését a társadalom elrő rendű érdeke, a propagatio megkövetelne és miután az ebbeli cselekmények, a mennyiben másnak egészségrontásával, veszélyeztetésével vagy végre a közszemérem megsértésével járnak, már a büntető törvényben helyet találtak, a nemi perversitások ellen irányuló különös büntetőjogi intézkedés fölösleges.

A nemi perversitások elmekórtani és büntetőjogi szempontból. Előadta Baumgarten Izidor dr. m. k. koronaügyészhelyettes.

Előadó bevezetésül kijelenti, hogy a felvetett kérdésnek csak a férfiak között véghezvitt fajtalanságára (az úgynevezett uranismusra) vonatkozó részével fog foglalkozni, és pedig kizárólag abból a szem-

pontból, vajjon a tételes büntető törvénykönyv idevágó szakaszának módosítása indokoltnak mutatkozik-e. Ebben a tárgyban az európai törvényhozások két osztályba sorozhatók. Az egyikhez a germán és szláv, a másikhoz a román és némely keleti országok tartoznak. Az előbbeniek feltétlenül büntetik a homosexualis fajtalankodást, az utóbbiak csak közbotrány okozásának, erőszak használatának vagy fiatalkoruak elcsábításának esetében. A magyar büntetőtörvénykönyv a német codex rendszeréhez csatlakozott. Az utolsó évtizedekben az elmekórtan figyelme különösen a kérdéses természet elleni fajtalanság felé fordult, melyet nagynevű psychiaterek kóros ösztön kifolyásának tekintenek és büntető úton üldözhetőnek nem tartanak. A tudomány ily határozott állásfoglalásával új stadiumba lépett a homosexualis nemi érintkezés megbüntetése ellen irányuló hadjárat, és a criminalista sem térhet ki az újabb elmekórtani kutatások eredményének mérlegelése elől. E feladat annál nehezebb, mert szilárd természettudományi alapon nyugvó elmélet hiányát csak egymással ellenkező vagy egymást keresztező merész hypothesisek pótolják.

Akármennyire térjenek el azonban egymástól e rejtélyes tünemény magyarázatában az elmegyógyászok: abban majdnem valamennyien egyetértenek, hogy a homosexualis hajlam nemcsak veleszületett az emberrel, hanem megszokás, suggestio, a környezet befolyása stb. útján meg is szerezhető, illetőleg átültethető. E körülmény legjobban bizonyít állami óvintézkedések szükségessége mellett. A ragályozás veszélye kiváltja a megelőzés kötelességét. Másrészt még azok a tudósok sem, kik az ösztön kóros elfajulására vezetik vissza a természet elleni fajtalanságot, nem tekintik oly elmezavar kifolyásának, mely az akarat szabad elhatározását kizárná.

A legmesszebbmenő engedékenység a psychiatria követelményeivel szemben is csak annyit ismerhet el, hogy az uranista akaratszabadsága ki van zárva a kielégítés módja tekintetében, a mennyiben kényszerképzetei lehetetlenné teszik neki az érintkezést más nembeliekkel, de nincs kényszerítve a homosexualis érintkezésre.

A normális embertől is megkívánják természetes nemi ösztönének féken tartását és a tartózkodást annak jogellenes kielégítésétől. A tettessel született pervers-hajlam sem élvezheti tehát azt a kiváltságot, hogy mások kárára érvényesüljön. Való ugyan, hogy a normalis ember nincs feltétlenül elzárva nemi ösztönének kielégítésétől, hanem csak abban korlátozva, de ezzel szemben az uranistának, ha tényleg kóros állapot jelenségével állunk szemben, bele kell törődnie a beteg helyzetébe és oly élvezetekről le kell mondania, melyeket bajának természete tőle megtagad.

Miután előadó még behatóan ismertette azokat a veszélyeket, melyek a kór átültetéséből egész nemzedékek testi és ethikai épségére hárulnak és azok között különösen reámutatott egy férfiuprostitutio megteremtésének szánalmas következményeire: végül annak a nézetének ad kifejezést, hogy a büntetőtörvénykönyv idevágó szakaszának módosítása vagy eltörlése indokoltnak nem mutatkozik.

Fischer Jakab egyetért Salgóval abban, hogy a nemi perversitás nem elmebaj jelensége, de ama nézetnek ad kifejezést, hogy az uranismusra való hajlam a legtöbb esetben veleszületett. Baumgartennel egyetértően megköveteli a homosexualisok abstinentiáját, a mint vannak abstináló heterosexualisok is. De ha urning más egyén beleegyezésével kielégíti nemi ösztönét, ennek büntetését nem tartja helyesnek.

Szigeti Henrik nézete, hogy a veleszületett homosexualis érzés minden körülmények között arra vall, hogy az illető elmetehetsége főleg a nemi élet terén meg van zavarva. De minthogy a psychiatria egyes szellemi functiók isolált megbetegedését nem ösmeri, általános elmebeli kórosságra utal a veleszületett homosexualitás. A nemi ösztön az ösztönök legerősebbje s ha ez valakinél — veleszületett dispositio folytán — rendellenes kielégítésre irányul, az illető egy belső kényszer hatása alatt cselekszik, a mely előtte rendesnek tünik, melynek büntethetőségének felismeréséhez nem bir belátással: miért is az illető ezen cselekedete miatt nem büntetendő. Élesen megkülönböztetendők ezektől a nem veleszületett, tehát nem is kóros nemi visszásságok, a melyek elkövetőit különböző erkölcsi vagy néha anyagi okok és érdekek késztetik cselekedeteikre és ezekre teljes szigorában alkalmazandó a törvény.

A veleszületett contraer-sexualis érzésen alapuló perversio főleg abban különbözik az erkölcsi romlottságból eredő perversitástól, hogy:

1. a nemi perversio nem bűn, hanem psychikus anomalia vagy elmekór, tehát a rendes physiologikustól eltérő abnormis, vagyis kóros (pathologiai) állapot;

2. a homosexualis férfiú kéjkielégítésére nem használ serdületlen (nem ivar-érett) gyermekeket, hanem csak felnőtteket, míg a közönséges fajtalanságot (perversitást) űző ember rendszerint fiúgyermekekkel vagy férfi-hetaerákkal vagy férfi-hetaeraként használtatva magát, szokott fajtalankodni;

3. a contraer-sexualis férfiú nem gyakorolja a szó mindennapi értelmében vett paederastiát (immissio penis in anum alterius) sem active, sem passive, mert undorodik tőle, míg a perversitás a leginkább activ és passiv paederastiából áll.

Mivel pedig az igazi urning serdületlen (nem ivar-érett) fiúgyermekekkel nem szokott fajtalankodni, hanem csak felnőttekkel és mert sem activ, sem passiv paederasta a szó mindennapi értelmében, nem szenved kétséget, hogy a terhére rótt cselekmény, a miért ez idő szerint a m. btkv. 241. §-ának alkalmazásával természet elleni fajtalanság vétsége miatt egy évig terjedhető fogházzal büntethető, nem erkölcsi romlottságból eredő, a szó mindennapi értelmében vett fajtalanság (perversitás), hanem csak a vele született contraersexualis érzésből kifolyó, tehát kóros eredetű pervers cselekedet.

De mert az igazi urning serdületlen (nem ivarérett) fiúgyermekeket nem szokott a kéjvágy kielégítése czéljából pervers cselekedetekre elcsábítani, miután éretlen gyermekek nem keltik fel benne a libido sexualist és mivel a perversio sexualist csak felnőttekkel és azoknak is csak beleegyezésével és sohasem erőszak alkalmazásával szokta gyakorolni, az emberi társadalomra nézve nem közveszélyes és ennélfogva tébolydai elhelyeztetése nemcsak nem szükséges, de még indokolt sem lenne.

Nem látja szükségesnek a 241. §. törlését, sőt ez fentartandó. Nehogy azonban ezen törvényszakasz miatt a kóros contraersexualis érzésből eredő perversio is büntettessék, szükséges, hogy a btk. 241. §-ába ütköző bűncselekmény miatti vád emelése előtt a terhelt elmebeli állapota mindenkor elmeorvos-szakértő által előbb megvizsgáltassék.

Salgó Jakab Baumgarten Izidor beható és kimerítő tanulmányáért az elmeorvosi értekezlet nevében köszönetet mond.

További adatok a paralysis kéregtopographiájához. Előadta **Schaffer Károly** egyetemi tanár.

Előadó két év előtt mutatta be az I. országos elmeorvosi kongressuson a paralytikus kéregelfajulásra vonatkozó legelső vizsgálatait. Azóta mindössze öt paralytikus agyvelőt dolgozott fel, a Weigert-féle haematoxylinos festéssel tanulmányozván sorozatos, az egész agyféltekén áthatoló nagy metszeteken a velős rostok kiesését. A vizsgálat alá került öt eset közül három egyszerűen a paralysis progressiva tiszta, kettő tabessel szövődött esete volt; kiemelendő, hogy a tabo-paralysis eseteiben is a paralysis szintén a fokozatosan előrehaladó elbutulás és súlyos beszédzavar által volt jellegezve. Vizsgálati eredményeit a következő pontokban foglalja össze:

1. A typusos paralysis folyamán fellépő velőrostelfajulás bizonyos typicitassal meghatározott kéregterületeken mutatkozik és ezzel szemben ugyancsak szabályszerűen bizonyos kéregpontokat teljesen vagy jelentékenyen megkimél. — A kéregdegeneratiót elszenvedő területek:

a) A homloki lebeny csúcsi és alapi része.

b) A fali lebeny egészben a félteke domborulatán.

c) A halántéki lebenynek 2-ik és 3-ik tekervénye egészben, az 1-ső tekervénynek a halántéki csúcshoz közelebb eső része.

d) A gyrus fornicatusnak elülső (frontalis) része.

Ezzel szemben az elfajulástól mentes részek:

a) A központi tekervények; a hátsó néha kevéssé szenvedt.

b) A homloki lebeny domborulata és pedig annyival inkább, mentül közelebb esik az elülső központi tekervényhez.

c) A nyakszirti lebeny, de főleg a cuneus.

d) A halántéki lebenynek mély és 1-ső tekervénye.

e) Az Ammonszarv és a gyrus lingualis.

2. A degeneratiónak fentebb jelzett eloszlása megfelel a *Flechsig*-féle kéregfelosztásnak, vagyis az elfajulástól mentesek maradnak a központi érző mezők, míg a *Flechsig*-féle társító mezők elfajulvák.

3. A paralysis atypusos, *Lissauer*-féle paralysis eseteiben, ellentétben a typusos paralysissel, a kéreg érző mezői fajulnak el; klinice itt az elmegyengeség kevésbé szembeszökő.

4. A rostelfajulásnak szabályszerű eloszlása bizonyítja a paralytikus kéregfolyamatnak electiv voltát. E mellett azonban a félteke kérgében szabálytalanul előfordulnak vascularis góczok is, de ezek superponált, nem lényegi elváltozások.

5. Ugy látszik, hogy a typusos paralysis különböző eseteiben a *Flechsig*-féle associatios góczoknak nem mindegyike, illetve fokozatilag is különbözőképen szenvedi el a degeneratiót. Igy pl. a nyakszirti társító gócz vagy igen kevéssé, vagy alig szenved; a homloki és a halántéki társító gócz degeneratioja a legsúlyosabb, míg a fali lebenyé némileg enyhébbnek mondható.

Az Achillesinreflex szerepe paralysis progressivánál. Előadta **Sarbó Arthur.**

Felemliti, hogy ezen inreflex vizsgálata a legutóbbi időkig el lett hanyagolva. Hivatkozik nem idegbetegeken végzett vizsgálataira, a melyek kideritették, hogy ezen inreflex náluk mindig kiváltható. Ismerteti annak kiváltási módját. 900 idegbeteg közül 109 esetben hiányzott ezen inreflex és pedig alcoholismus, poliomyelitis, tabes és paralysis progressiva eseteiben, vagyis oly idegbajoknál hiányzik a reflex, a melyekben joggal vehetünk fel anatomiai elváltozást. Áttér azután az Achillesinreflex viselkedésére paralysis progressivában. Az esetek egy részében rendes viselkedésű az, nagy számában az eseteknek rendkivül élénken váltható ki, 31%-ban pedig hiányzik. Előbb hiányozhatik mint a térdtünet.

Hangsúlyozza e reflex fontosságát különbözeti kórismészeti szempontból, különösen a neurastheniával szemben; vizsgálata ép oly fontos és minden esetben megejtendő, mint a térdtünet vizsgálata.

Donáth Gyula. Meglehetős hosszú idő óta ügyelt az Achilles-in által kiváltott reflexre és azt találja, hogy mindenféle combinatió előfordul, a mint azt előadó is mondta. Ámbár a francziák azt állitják, hogy az Achillesinreflex hamarább tűnik el tabesnél mint a térdreflex, mégis szóló eseteket észlelt, melyekben térdreflex nem volt már meg, míg az Achillesinreflex még megvolt. Attól függ, hol kezdi meg a tabes pusztító hatását.

Schaffer Károly. Hozzájárul előadó fejtegetéseihez, mert saját klinikai tapasztalatai is megerősitik előadó tapasztalatait. A mi Donáth

megjegyzéseit illeti, hogy néha a térdreflex tűnik el előbb, mint az Achillesinreflex, ez természetes, mert ez az anatomiai elváltozások helyétől függ; attól tudniillik, milyen magasságban kezdődik a radicularis bántalom. A kórszövettani anyag, mely felett szóló rendelkezik, azt mutatja, hogy a kórfolyamat túlnyomó a lumbosacralisban, semmint a lumbodorsalis segmentumban, ezért gyakoribb a térdreflex kimaradása, mint az Achillesinrefloxé.

Sarbó Artur. Köszöni Schaffer és Donáth kartársak hozzászólását; utóbbival szemben hangsúlyozza, hogy nem mint törvényt állitotta fel, hogy az Achillesinreflex hamarább tűnik el, mint a térdreflex, hiszen ő maga is említett fel olyan eseteket, melyekben a sorrend fordított volt, csak a túlnyomó részében az esetekben áll az, hogy előbb tűnik el az Achillesinreflex. A súlypontja szóló előadásának az, hogy ha az Achillesinreflex eltünt és más tünet nincs, sem a tabes, sem a paralysis progressiva nem diagnostizálható, de ha az Achillesinreflex eltünése mellett pl. Argyll-Robertson-tünet is van, az tabesra vagy paralysis progressivára utal, szóval az Achillesinreflex viselkedése ugyanazon jelentőséggel bir, mint a térdtünet viselkedése.

Spiritismus által előidézett hystero-epilepsia. Előadta **Donáth Gyula**.

A m. kir. belügyminister 1894. deczember 19-dikén kelt 103,816. sz. rendelete, mely a hypnotizálást csak orvosoknak engedi meg gyógyczélokra és azt is csak a hypnotizálandó beleegyezésével és egy harmadik személy jelenlétében, igen üdvös, mert egyrészt megakadályozza azon veszélyeket, melyeket laikusok idézhetnek elő, másrészt pedig gátat vet a bűnös szándéknak és elejét veszi a látványosságokra való felhasználásnak. De megvédi egyszersmind az orvost is a hypnotizált egyén részéről az esetleges alaptalan és rosszakaratú gyanusításoktól. De messzire is megy, a mennyiben megakadályozza e jelenség tanulmányozását a hozzáértőnek, mert tekintetbe kell venni, hogy a hypnotismus gyógyhatását, valamint annak feltétlenül szükséges egyéni adagolását, csakis körültekintő kisérletek és tapasztalások által lehetett megállapitani. Mig azonban e rendelet az orvos-búvár kezét megköti, addig az országban a hypnotismus titkos összejövetelekben virágzik és hirhedt hypnotizálók ép úgy folytatják mesterségüket, mint ha törvényes tilalom egyáltalában nem is léteznék.

A mi a spiritismussal való foglalkozást illeti, az itt szereplő nagy lelki izgalmak, különösen neuropathiákra hajlamositott egyénekre nézve veszélyessé válhatnak.

Előadó esetében, melyet Szt. István-kórházi idegosztályán észlelt egy addig teljesen egészséges leányon, a ki szolgálatadója parancsára a spiritistikai üléseken mediumként szerepelt, súlyos hystero-epilepsiás görcsök, aphoniával, concentrikus látótérszűkületekkel, félelmi állapotokkal, hallucinatiokkal és álmatlansággal léptek fel.

A második esetben csak mérsékelt hysteriás jelenségek mutatkoztak. A spiritismussal való négy heti foglalkozás által a fiatal nő ingerlékeny lett, félt a felidézett szellemektől s álmatlanságban szenvedett.

Ezen észleletekből is kitetszik, hogy nemcsak a hypnotismus, de a spiritista ülések is az idegrendszer súlyos zavaraira, különösen hystero-epilepsira vezethetnek. Bizonyos, hogy neuropathiásan hajlamositott egyének a spiritismussal való foglalkozásnak könnyebben lesznek áldozatai, de esetében hangsúlyoznia kell, hogy az erőteljes paraszt lánynál neuropathiás terheltség egyáltalában kimutatható nem volt.

A hypnostismusnak avatatlanok által való űzését betiltottuk, napjaink vallásos csodáit, ha legkisebb zavargást vagy közrendháborítást okoznak, erőszakkal elnyomjuk, bár egészségi szempontból ártatlan természetűek; előadó azt hiszi, hogy nem szabad tétováznunk, hogy a spiritismust is, üléseket és összejöveteleket, korunk e megszégyenitő cultusát, mely egyszersmind az egészségre is ártalmas, törvényes tilalommal meggátoljuk.

Előadó az elmeorvosok országos értekezlete elé két határozati javaslatot, elfogadás végett, terjeszt be:

1. Kéressék fel a belügyminister úr, hogy a hypnotismus gyakorlását laikusok által tiltó rendeletet szigorúbban hajtsa végre.

2. Bocsásson ki a belügyminister egy külön rendeletet, melyben a spiritista összejöveteleket betiltja.

Hajós Lajos felemlít egy esetet, hol a beteg, ki csak későn kezdett spiritistikus olvasmányokkal foglalkozni, de séanceokban részt nem vett, idővel tébolyodott lett; a tébolydában javult s kibocsátása után ismét spiritismussal foglalkozván, nemsokára újból a tébolydába került.

Ranschburg Pál hozzájárul előadó inditványához, mert a spiritismus okozta elmebajok elég gyakoriak. De társadalmi úton is kell hatni, a kellő felvilágositással. Sajnálandó, hogy épen hazánkban orvosok a spiritismus fővezetői, a helyett, hogy ellene küzdenének.

Telegdi Zsigmond. A spiritismus egy alak, melyhez az elmebajok csatlakoznak, ép úgy, mint a mi betegeinknél, kik telefont sohse láttak, hallucinatiójuk a telefonhoz tapad. Most a spiritismus a divatos, majd kimegy magától a divatból. Közigazgatási úton nem lehet ellene tenni semmit.

Doráth Gyula. Köszönettel vette az érdeklődést, különösen a Ranschburg hozzászólását méltányolja. Maga sem hiszi, hogy teljesen el lehessen nyomni, de bizonyos megszorítás következhetnék belőle különösen a hypnotikus séanceokra és legalább egy része a hivőknek megóvatnék a bajtól. Telegdi felszólalására az a megjegyzése, hogy legalább a publicum tudja meg, hogy az orvosi világ elitéli a séanceokat és ez már maga is a publicum hasznára válhatik.

(Folytatása következik.)

A „British medical association“ 1902. évi manchesteri nagygyülésének orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

Megvitatás tárgyává tüzettek ki a felső légutak és a tápcső idegen testei, továbbá az orr melléküregeinek kór- és gyógytana.

1. A légutak és a tápcső idegen testeinél a modern direkt endoskopikus vizsgálati módszerek diagnostikai és therapeutikai haladása.

Killian G. (Freiburg). A tápcső idegen testeinél a sonda és a Röntgen-világitás nem mindig adnak megbizható diagnostikai eredményeket. Az idegen test, ha erősen mellfelé fekszik, a sonda a hátsó falon tovasiklik, Röntgen-képben az idegen test árnyéka könnyen elfedetik a csigolyaoszlop és a szív árnyéka által, nem is tekintve azt, hogy sok idegen test egyáltalán árnyékot nem ad. Absolute megbizható a direkt oesophagoskopia. Rendesen elég a helybeli érzéstelenités cocainnal, izgatott, érzékeny egyéneknél, gyerekeknél a narcosis segit. Az oesophagoskopia megengedi a szabatos áttekintést a tápcsőnek egész hosszában, a nyákhártya állapotát, az idegen test helyét, nagyságát, alakját, consistentiáját; megfelelő karcsu fogókkal a tükör csövén keresztül, vagy ha nagyobb az idegen test, a tükörrel együtt eltávolitható. Óvatos húzás, esetleges visszatolás és forgatással az idegen test helyzetéből kimozditatik és eltávolitható. Bemutat nagy hegyes csontot, melyet narcosis nélkül egy 79 éves nőnél eltávolitott. Különösen becses szolgálatot tesz szűkületeknél az idegen test, különösen ételmaradványok eltávolitásakor. Igy az oesophagotomia és a gastrotomia is gyakran kikerülhető. Éles, hegyes testeknél, mint például álfogak stb. az extractio veszélyes, sőt halálthozó lehet, ezért, ha 24—26 cm.-nyivel nem fekszik mélyebben a felső metszőfogaktól, akkor oesophagotomia, ha mélyebben, akkor gastrotomia és a hátsó mediastinotomia jönnek alkalmazásba. Kivételt képez a gummiból készült álfoglemez; egy esetében 35 cm. mély helyzetében galvanokaustikus hurokkal több részre darabolta és darabonként távolitotta el. Ha a tápcső perforált sürélése forog fenn, akkor el kell tekinteni az extractiotól.

A gége idegen testeinél alkalmazásba jöhet a direkt laryngoskopia is, légzési nehézségeknél természetesen megelőzi a tracheotomia. Ilyen egy esetében gyermeknél egy a gégébe beékelt inggombot sikerült eltávolitani és kikerülni a laryngofissiot. A tracheoskopia illetve bronchoskopia vizsgálatánál alkalmazza a 25% alkoholos cocaint helybeli érzéstelenitésre, esetleg előzőleg egy morphium-injectiót; gyereknél legjobb a chloroform narcosis, a függő fejjel végzendő vizsgálat. A bronchoskopot pusztán a szem ellenőrzésével vezeti be. Idegen testek igy könnyen eltávolithatók és légcsőmetszéseknél az alsó tracheoskopia jó eredménynyel jár. Előszeretettel a hörgökbe ékelődnek az idegen testek, a rugalmas bronchus a tükörrel a középvonal felé tolható baj nélkül. Ha a tükör az egyik főbronchusba megy, akkor szükséges egy oldalnyilással biró bronchoskopot alkalmazni, hogy elegendő levegő jusson a másik hörgbe, ha az idegen test teljesen elzárja az egyik hörgöt. Ajánlja úgy a fogókkal, mint a horoggal való begyakorlást az ő phantomján. Eddig idegen test 20 esetében lett a bronchoskopia alkalmazva, 11-et maga észlelt, ebből fele gyermek volt, 6 gyermek 2—6 évvel, 4 gyermek 8—12 évvel. Az idegen testek napok, hónapok, éveken át voltak a légutakban. A felső bronchoskopia 11 eset közül 9 esetben biztos diagnosishoz vezetett. Az alsó bronchoskopia 9 esetben mindig diagnosishoz vezetett, 2 esetben biztosan lehetett megállapitani, hogy a vélt idegen test nincsen jelen. 15 esetben lett extractio végezve, 8 sikerült az alsóval, 5 a felső bronchoskopiával, 2 esetben nem sikerült, lethalis véggel. A súlyos heveny tüdőcomplicatiok az extractio után gyorsan visszafejlődtek.

Macintyre (Glasgow). A radioskopiát az idegen testek felismerésénél csak bizonyos szűk határok között lehet használni. A fémtestek eltávolitására az elektro-magnes jöhet szóba, melylyel *Garel* egy esetben jó eredményt ért el. A bárzsingba jutott fémtestek felismerésére a villamos csengő módszer is alkalmas, melynek készülékét bemutatja. Számos idegen testet demonstrál, egy ezüsttubust a Highmor-üregből, két golyót a garatból, egy tűt a nyelvgyökből, több gombot és halszálkát a gégéből; ez utóbbiak közül egy szálkát csak a Röntgen deritett fel. Egy esetet emlit fel, hol egy fél sovereign tiz évig volt a bal hörgben minden tünet nélkül.

Walker Downie (Glasgow). Idegen testek egész gyüjteményét demonstrálja vetített képekben. Az orrből: üveg, gyöngy, fadarab, czipő- és ruhagomb, lencse, borsó, cseresznyemag, draincső, ecset; a bárzsingból: 14 félpenny, két 1 penny, fogpiéce, tű, csont, $1^1/_2$ hüvelyk hosszú csavar; a gégéből: tűk, pennyk; légcsőből: egy fogpiéce, melyet légcsőmetszéssel távolitott el. A jobb hörgből két hüvelyk hosszú tű 17 hónapos gyereknél légcsőmetszéssel lett eltávolitva.

Th. Thomas (Liverpool.) A fogpiéceket oesophagotomiával kell eltávolitani, az extractiot mellőzni kell.

Wild (Zürich). Jó a radioskopia, de nem mindig, nagyon fontos a bronchoskop. A mágnessel való kihúzás esetleg veszélyes is lehet.

(Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

20219/1902. közig. sz.

Szilágyvármegye **zilahi közkórházánál**, 1903. évi január hó 1-től újonnan rendszeresitett és 1200 korona évi fizetéssel, természetben való lakással, ennek fűtésével és világitásával javadalmazott **harmadorvosi állásra** ezennel pályáza-

Negyvenhatodik évfolyam. 47. szám. *Budapest, 1902. november 23.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrássik 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.

Hőgyes Endre: A budapesti egyetem általános kór- és gyógytani intézetével kapcsolatos Pasteur-intézet 1901-dik évi működése. 755. l.

Aujeszky Aladár: Közlemény a m. kir. állami bakteriologiai intézetből. (Igazgató: Preisz Hugó dr. ny. r. tanár.) A veszettséggel összetéveszthető oktanilag ismeretlen fertőző betegségekről. 757. l.

Dollinger Gyula: A repositio anatomiai akadálya az idült subcoracoidalis vállizületi ficzamoknál és a véres úton való repositionak új módszere. 759. l.

Konrádi Dániel: Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József tud.-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből. (Igazgató: Lőte József dr. ny. r. tanár.) Adalék a kisérleti veszettség tüneteinek és prophylaxisának ismeretéhez. 760. l.

Tárcza. Kuthy Dezső: A vizzel gyógyitás lényege és multja. 762. lap.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Hültl Hümér**: Törekvések az eszközök, a kötőszerek és a varróanyag csirátlanitását tökéletesiteni. 744. lap. — *Könyvismertetés. Jellachich:* Törvényszéki orvostan jogászok számára. (M.) — *Josef Müller:* Das sexuelle Leben der Naturvölker. (R—i.) — *Josef Müller:* Das sexuelle Leben der alten Kulturvölker. (R—i.) 764. l. — *Lapszemle. Elmekórtan. Serieux* és *Mignot:* Szósüketség és sensoriás aphasia rohamaival váltakozó hallási hallucinatiok egy hüdéses elmezavarban szenvedő egyénnél. (Pétzy-Popovits.) — *Raymond* és *Janet:* Az „akathisia" psychastheniás tünetcsoportja. (Pétzy-Popovits.) — *Ennen:* Az időszakos elmezavar tanához. (Pétzy-Popovits.) — *Venereás bántalmak. Brocq, Civatte, Fraisse, Scholem* és *Werler:* Újabb higanykészitmények. (Sellei.) — *Lumière:* A syphilis kezelése hermophenyl injectiokkal. (Sellei.) — *Jullien:* A higanyinjectiok. (Sellei.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. — Folyóiratok átnézete.* 764—766. lap.

Hetiszemle és vegyesek A főváros egészsége. — Kinevezés. — A belgyógyászok congressusa. — Egy Landois-emlék. — Külföldi gyógyszerek behozatala. — Az egyetemi II. sz. szülészeti és nőgyógyászati poliklinikum. — Megjelent. — 766. lap. — Pályázatok — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Magyar tudományos akadémia. — Budapesti kir. orvosegyesület. — A második országos elmeorvosi értekezlet. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. — A British medical association 1902. évi manchesteri nagygyülésének orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti egyetem általános kór- és gyógytani intézetével kapcsolatos Pasteur-intézet 1901-dik évi működése.[1]

Közli: *Hőgyes Endre* tanár.

I. Az intézet forgalmának egyetemes átnézete.

Az intézetet az 1901. év folyamán 2974 egyén kereste fel orvosi tanács és esetleges antirabikus védoltások elnyerése végett. 2687 ezek közül Magyarország 62 megyéjének 1001 községéből jött, 287 pedig a szomszédországok, nevezetesen Horvátország és Szlavonia, Bosznia és Herczegovina, Galiczia és Szerbia 148 községéből érkezett.

A jelentkezettek közül 371 egyént nem vettünk fel a védoltásokra, mivel ezeknél a marás előadott körülményei rájuk nézve biztosan kizárták a veszettséggel való fertőzés eshetőségét. Maradtak tehát 2603-an, kik közül teljes védoltást kapott 2563 egyén, 40 pedig csak részleges védoltást, a mennyiben 28 egyénről az oltások folyamán kiderült, hogy a maró állat nem volt veszett, 12 egyén pedig önkényesen abbahagyta a védoltást.

A védoltásra felvett 2603 egyén közül magyarországi illetőségü volt 2319 (89·1%), 284 (10·9%) pedig a fentebb említett szomszéd országokból való.

A védoltásokra felvett egyének *nemére, korára, foglalkozására* a statistikai adatok a következők:

A 2603 egyén kor és nem szerint következőleg oszlott meg:

1—5	évesek közül	189	férfi,	126	nő,	összesen	315
6—10	„ „	347	„	202	„	„	549
11—15	„ „	315	„	151	„	„	466
16—20	„ „	185	„	89	„	„	274
21—25	„ „	138	„	47	„	„	185
26—30	„ „	105	„	47	„	„	152
31—35	„ „	96	„	54	„	„	150
36—40	„ „	105	„	44	„	„	149
41—45	„ „	75	„	29	„	„	104
46—50	„ „	51	„	24	„	„	75
51—55	„ „	48	„	23	„	„	71
56—60	„ „	32	„	18	„	„	50
61—65	„ „	15	„	15	„	„	30
66—70	„ „	12	„	8	„	„	20
71—75	„ „	3	„	4	„	„	7
76—80	„ „	3	„	3	„	„	6
Összesen:		1719	férfi,	884	nő,	összesen	2603

Foglalkozásuk vagy családjuk társadalmi állására nézve a védoltásra felvettek következőleg oszlottak meg:

Földbirtokos	20	egyén
Földmives	1022	„
Iparos	481	„
Napszámos (cseléd)	697	„
Kereskedő	66	„
Hivatalnok	163	„
Magánzó	23	„
Vasutas	69	„
Katona	44	„
Orvos	18	„
Összesen	2603	egyén.

Ez adatok tehát az 1901. évre is mutatják az előbbi évek azon statistikai törvényét, hogy *Magyarországon és szomszéd országaiban a veszett állatmarás esélyeinek a földmivesek, hivatal-*

[1] Bemutattatott a M. T. Akademia III. osztályának 1902. junius 16.-án tartott ülésén.

nokok, iparosok, cselédek 6—15 év között levő fiúgyermekei vannak leginkább kitéve.

A veszettség *fertőzés forrásaira* nézve az 1901. év tapasztalata szintén egyezik az előbbi évek tapasztalataival. A 2603 védoltásra felvett egyén közül veszett vagy veszettségre gyanus *ebmarást* szenvedett: 90·70%, hasonnemü *macskamarást* 7·60% és csak 1·70% egyéb veszettségfertőzést. Ezt és a marások tömegességének módját mutatja a következő tábla az 1901. évi megmartakra:

1087	esetben	1—1	kutya	mart	1—1	egyént,	összesen	1087	egyént
245	„	1—1	„	„	2—2	„	„	490	„
106	„	1—1	„	„	3—3	„	„	318	„
40	„	1—1	„	„	4—4	„	„	160	„
36	„	1—1	„	„	5—5	„	„	180	„
7	„	1—1	„	„	6—6	„	„	42	„
1	„	1	„	„	7	„	„	7	„
1	„	1	„	„	8	„	„	8	„
3	„	1—1	„	„	9—9	„	„	27	„
1	„	1	„	„	11	„	„	11	„
1	„	1	„	„	15	„	„	15	„
1	„	1	„	„	16	„	„	16	„
1529	kutya mart összesen							2361	egyént

72	esetben	1—1	macska	mart	1—1	egyént,	összesen	72	egyént
23	„	1—1	„	„	2—2	„	„	46	„
15	„	1—1	„	„	3—3	„	„	45	„
3	„	1—1	„	„	4—4	„	„	12	„
2	„	1—1	„	„	5—5	„	„	10	„
1	„	1	„	„	6	„	„	6	„
1	„	1	„	„	7	„	„	7	„
117	macska megmart összesen							198	egyént

1	esetben	1	farkas	megmart	6	egyént,	összesen	6	egyént
6	„	1—1	ló	„	1—1	„	„	6	„
1	„	1	ló	„	2	„	„	2	„
6	„	1	szarvasmarha	„	1—1	„	„	6	„
1	„	1	„	inficiált	10	„	„	10	„
8	„	1—1	sertés	megmart	1—1	„	„	8	„
1	„	1	nyúl	inficiált	1	„	„	1	„
5	„	1—1	ember	„	1—1	„	„	5	„
29	különböző állat mart összesen							44	egyént

Ebmarottak száma	2361	= 96·70%
Macskamarottak száma . . .	198	— 7·60%
Farkasmarottak száma . . .	6	44 = 1·70%
Egyéb állatmarottak száma .	38	
Összesen:	2603	

Az intézetbe felvételre jelentkezés időszaki fluctuatioja az 1901. évre nézve is azt tüntette fel, mint az előbbi években, hogy a tavaszi és nyári hónapok azok, melyekben Magyarországon és a szomszéd országokban leginkább el van terjedve a veszettség.

A jelentkezés havi ingadozása a 2603 egyénre 1901-ben következő volt:

Hónap:	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
Egyén:	222	198	237	220	256	251	251	251	161	208	164	184

összesen 2603 egyén.

A védoltások ez év folyamán is az előbbi évekhez hasonló módon történtek. A védoltó anyag termelése és a védoltások tényleges kivitele az egyetem általános kór- és gyógytani intézetével kapcsolatos helyiségekben, az úgynevezett Pasteur-intézetben történt. A 2603 beteg közül 2147 volt a szt. István-kórházban, 456 pedig magánlakáson elhelyezve, valamennyien ambulanter kezeltettek és a szükséghez képest naponként egyszer vagy kétszer jelentek meg a 12 éven aluli marottak kisérőkkel együtt a védoltásokra. A kórházban ápolt 2147 megmartnak és 700 kisérőjének, tehát összesen 2847 egyénnek ápolási napja az 1901. évben 37,183 volt, egy egyénre átlag 13·07 ápolási nap esett.

A napi oltások számának minimuma és maximuma az egyes hónapokban a következőleg ingadozott.

Hónap:	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.
Szám:	63—110	72—96	82—121	73—109	72—120	89—112

Hónap:	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
Szám:	95—124	93—125	54—101	65—120	58—103	54—108

Leginkább igénybe volt véve tehát az intézet munkássága ez évben is, úgy, mint az előző években, junius és julius hónapokban.

A veszettség kitörésének megakadályozására ez évben is kizárólagosan az intézet vezetőjének védoltó módszere alkalmaztatott, az úgynevezett *fix virus diluáló* módszer, mely lényegében abban áll, hogy a sterilizált physiologiai konyhasó-oldatban diluált fix virus nagy higítási fokokon kezdve successive erősödő fokozatokban fecskendeztetik a bőr alá. A kiindulási fokozat 10,000-szeres, 8000-szeres higítás, melyet később 5000-szeres, 2000-szeres, 1000-szeres, 500-szoros, 200-szoros, súlyosabb esetekben 100-szoros higítások követnek bizonyos empirikus sorrendben és cyclusokban.

Az egyszer befecskendezett mennyiség a magasabb dilutiokból 2—3 köbcentimeter, az erősebb dilutiokból 2—1 köbcentimeter. A fix virus ilyen dilutioinak alkalmazása az ember bőre alá absolute veszélytelen. A dilutiok előállítása könnyü és egyszerű, az adagolás practikus. Az activ immunitást a veszettség ellen épen olyan biztosan megadja, mint az eredeti Pasteur-féle „szárított velö“-módszer. A gyakorlati alkalmazásban a veszettségellenes védoltásokra ez előnyök miatt a szárított velőmódszer felett előnyt érdemel.

A mi most a védoltások ez évi gyakorlati hasznosságát illeti, a következő statistikai eredmény mutatkozik:

A 2603 védoltásra felvett egyén közül 12 a védoltások folyamán azoknak folytatásától és befejezésétől önkényesen visszalépett, 28 egyénről pedig szintén az oltások folyamán kiderült, hogy az őket megmart veszettségre gyanus állat nem volt veszett; igy védőoltásuk továbbfolytatása abbanmaradt. Teljesen befejezett védőoltást ilyképen a fennebbi számból 2563 egyén kapott. E 2563 egyén közül a védőoltások daczára 26 egyén kapta meg a veszettséget és halt el abban, 2537 pedig életben maradt. Ez 1·01%-nyi halálozásnak, illetőleg 98·99% gyógyulásnak felel meg.

Ama 26 haláleset azonban a gyógymód valódi eredményességének megitélése szempontjából nem számítható be valamennyi a halálozási és gyógyulási statistikába. 3 azok közül a védoltás folyamán, 13 a védoltás befejezése után 15 napon belül kapta meg a bajt. E 16 lyssa-halottat le kell vonni a 26 esetből, mert ezek — a párisi Pasteur-intézeti statistikai kimutatásokban legelőször, a mi korábbi kimutatásunkban is részletesen kifejtett és általában elfogadott okok miatt — úgy tekinthetők, mint a melyeknél a védoltás azért nem vezethetett eredményre, mert a baj lappangási szakának oly késő szakában jutottak a védőoltáshoz, hogy azt teljesen befejezni nálok nem lehetett. A fentebbi 26 haláleset közül csak 10 olyan van, melynél a védőoltások befejezte után 15 napon túl tört ki a veszettség. E 10-re mondható joggal az, hogy ezek a teljesen befejezett védőoltások daczára is megkapták a veszettséget; és e 10 az, mely joggal beszámítható a halálozási és gyógyulási statistikában a veszettségellenes gyógyítás rovására. A 16 lyssa-halálesetet ilyeténképen levonva 2563 esetből, 2547 eset marad mint kellő időben és teljes védoltást kapott eset. Ezek közül 10 halván el, *a tulajdonképeni halálozási százalék gyanánt 0·39, gyógyulási százalék gyanánt pedig 99·61% tünik elő.*

Két évvel ezelőtt ugyanezen helyről volt szerencsém közölni a tek. Akademiával, hogy öt éven át (1892, 1893, 1895, 1896, 1897) a lehető legnagyobb pontossággal gyüjtött és a legkörültekintöbb szorgossággal elemzett statistikai adatokból az derült ki, hogy ez időben Magyarországon

I. 855 az intézetben meg nem jelent és igy nem védoltott veszett állat marta egyén közül

megkapta a veszettséget	119	= 13·91%
nem kapta meg a veszettséget	736	= 86·09%

II. 5271 az intézetben megjelent és védoltott veszett állat-marta egyén közül

megkapta a veszettséget	22	= 0·41%
nem kapta meg a veszettséget	5249	= 99·49%

hogy tehát azon idő alatt az antirabikus gyógyitás a megmart egyének halálozási százalékát 13·91%-ról leszállitotta 0·41%-ra.

Az 1900. évi statistikai eredmények szintén megfelelnek az empirikus tapasztalatnak, söt 0·02% javulást mutatnak ahhoz képest.

A következő két tábla a párisi Pasteur-intézet után általánosan gyakorlatba vett schema szerint tünteti fel az 1901. évben orvosolt 2563 veszett állatmarta egyént, tekintettel a maró állat veszettségének bizonyosságára és a marás súlyosságára.

A) csoportba vannak felvéve azon esetek, melyekben a maró állat veszettségét laboratoriumi vizsgálat vagy az a körülmény igazolja, hogy az egyidejüleg megmart emberek vagy állatok közül valamelyik megkapta a bajt.

B) csoport tartalmazza azon eseteket, hol a maró állat veszettségét állatorvosi észlelet bizonyítja.

C) csoport azokat, a hol az előbbi vizsgálatok nem történhettek és csak a marás körülményei tanusítják, hogy a maró állat veszett volt.

A marás sebek súlyossága szerint a csoportok *a)* fej- és arczsebek, *b)* kézsebek, *c)* láb- és törzssebek czimét nyerik.

Az első tábla a fentebbi levonások nélkül, a második a fentebb említett levonásokkal tünteti fel az eredményeket.

a) Levonás nélkül.

	Fejseb			Kézseb			Láb- és törzsseb			Összesen		
	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%
A) csoport	32	2	6·25	70	—	—	85	2	2·35	187	4	2·13
B) csoport	131	9	6·86	657	6	0·91	851	1	0·11	1639	16	0·97
C) csoport	52	1	1·92	270	3	1·11	415	2	0·48	737	6	0·81
Összesen	215	12	5·58	997	9	0·90	1351	5	0·37	2563	26	1·01

b) Levonással.

	Fejseb			Kézseb			Láb- és törzsseb			Összesen		
	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%
A) csoport	31	1	3·22	70	—	—	85	2	2·35	186	3	1·61
B) csoport	123	1	0·81	654	3	0·45	851	1	0·11	1628	5	0·30
C) csoport	51	—	—	268	1	0·37	414	1	0·24	733	2	0·27
Összesen	205	2	0·97	992	4	0·40	1350	4	0·29	2547	10	0·39

(Folytatása következik.)

Közlemény a m. kir. állami bakteriologiai intézetből. (Igazgató Preisz Hugó dr. ny. r. tanár.)

A veszettséggel összetéveszthető, oktanilag ismeretlen fertőző betegségről.

Irta: *Aujeszky Aladár* dr. állatorvosi főiskolai segédtanár.

A gyakorló orvos gyakran juthat abba a helyzetbe, hogy valamely állatmarta egyén sérülésének prognosisát illetőleg nyilatkoznia kell. Véleménye ilyenkor természetesen első sorban attól függ, hogy a maró állat veszett-e vagy sem; mert nyilvánvaló, hogy a veszett állat okozta marási sebnek prognosisa — daczára az antirabikus védőoltás ma már kétségtelenül megállapított üdvös hatásának — mindenkor kedvezőtlenebbnek tekintendő, mint az olyan sebzésé, melyet egészséges állat okozott. Ha a maró állat ismeretlen s a marás után eltünt, nem dönthető el, hogy veszett volt-e vagy sem. De ha nem tünt el s elegendő ideig, legalább 8—10 napig tovább észlelhető, viselkedése s esetleges betegségének további lefolyása többnyire útbaigazít; ha pedig elhullott vagy kiirtották, csak a kisérleti állatoltás eredménye tisztázza a kérdést, mert a veszettség tudvalevőleg nem jár olyan jellemző anatomiai változásokkal, hogy a bajt ezek alapján biztosan diagnostizálni lehetne.

Azonban a veszettségnek kisérleti úton való megállapítása átlag 16—20 napot, esetleg még többet is kiván; ellenben hamarabb juthatni czélra, ha a maró állatot még életében figyeljük meg s pontos észleletünkre alapítjuk véleményünket. De a tévedés lehetőségétől ekkor sem vagyunk biztosan mentesek, mert vannak olyan betegségek, a melyek némely jelenségeik hasonlósága miatt a veszettséggel esetleg összetéveszthetők. Ilyen betegség az is, melyet legújabban volt alkalmam tanulmányozni, s a melyről — ámbár a házi állatokon, kivált *macskán* és *kutyán* olykor-olykor észlelhető — semmi feljegyzést sem találtam a szakirodalomban. Minthogy pedig megeshetik, hogy az e fertőző betegségben szenvedő állat véletlenül embert mar vagy (mint a hogy egyik esetemben történt) passive sért meg, s e körülménynek így gyakorlati fontossága is lehet: úgy hiszem, nem végzek fölösleges munkát, midőn e téren szerzett tapasztalataimat, habár ezeket az állatorvos szempontjából a „*Veterinarius*“-ban már közöltem,[1] röviden e helyütt is ismertetem.

A betegség lényegét röviden a következőképen jellemezhetem: E fertőző betegség gyors lefolyású, helybeli gyuladásos változással és általános, főleg izgatottságban nyilvánuló jelenségekkel járó kórfolyamat, mely feltétlenül halálos, s a melynek fertőző anyaga legtömörebben a fertőzés helyén s a központi idegrendszerben van jelen.

Kétségtelen, hogy e fertőző betegség nem nagyon gyakori, de olykor-olykor nyomára akadhatunk, a mit legjobban az bizonyít, hogy intézetünkbe egy esztendő leforgása alatt két olyan veszettségre gyanus jelenségek között elpusztult állatnak (ökörnek és kutyának) agyvelejét küldték be vizsgálat végett, a mely állatok nem veszettségben, hanem e bajban pusztultak el. Legutóbb pedig egy, az állatorvosi főiskola belgyógyászati osztályán elhullott s *Marek József* tanár szívességéből rendelkezésemre bocsátott macskán konstatáltam e fertőző betegséget.[2]

Hogy a fertőző anyagot valamely élő mikroba alkotja, nagyon valószinü; de a bakteriologiai technika ma ismert módszereivel sem kitenyészteni, sem meglátni nem lehet. (Midőn első, a gyanus agyvelő emulsiojával koponyalékelés útján beoltott kisérleti állataim elhullottak, septicaemiás fertőzésre gondoltam. Azonban csakhamar meggyőződtem, hogy ez ki van zárva, minthogy a septicaemia bacillusát a hullában kimutatni nem nehéz, ez állatok szerveiben pedig bakteriumot egyáltalában nem találtam.)

A fertőző anyag iránt — közönségesen használatos kisérleti állataink közül — sorrend szerint a *legfogékonyabb a házinyúl és a kutya*, azután a *tengerimalacz*, majd az *egér* (mind a szürke, mind a fehér). Az egeret azonban nem mindenkor sikerült biztosan fertőznöm. (A virulens agyvelő-emulsioval subcutan beoltott egerek vagy teljesen egészségesek maradtak, vagy pedig 3—4 hét mulva elhullottak, a nélkül, hogy rajtok valamely betegség nyomát észlelhettem volna. Az elhullott kisérleti állat oltáshelyéről kimetszett bőralatti kötőszövet-részlettel subcutan fertőzött egerek rendszerint 3—6 nap mulva betegedtek meg s pusztultak el; az ilyen módon való fertőzés után az előbb említett chronikus lefolyás ritkábban volt észlelhető). Általában feltehető és már eddigi tapasztalataim szerint is valószinű, hogy az emlős állatok sok faja megkaphatja a betegséget; de az ember — úgy látszik — nem hajlamos reá. Ugyanis az ember betegségeit már régibb idők óta tanulmányozzák, s ezért jobban ismerik is, mint az állatok betegségeit, s így e betegség aligha kerülte volna el a figyelmet, ha az embert is megtámadná.

[1] L. a Veterinarius 1902. évfolyamának 12. számát.

[2] Az *ökör* betegségének lefolyásáról *Buzi János* jár. m. k. állatorvos ezeket irta: „Az állat egy reggel felfuvódott s izgatott lett, orrát teljes erővel a jászolhoz dörzsöli, erősen tüszköl, nyelvével és szájával folyvást rágómozgásokat végez; tekintete vad, a szemgolyók beesettek, mindkét szemnyilásból könnyezés van jelen, az egész fej rángatódzik, nemkülönben a test többi része is“. Az ökör izgatottsága s e jelenségek súlyosbodása egyre fokozódott, mig végre az állat összeesett s ugyanaznap délutánján elhullott. A tetembontás eredménye: „Az agyvelő burkaiban véres savó van, az erek tágultak; az orrban a jobboldali orrkagylók között 6 cm. hosszú, 2 mm. vastag fűszál találtatott, a Centaurea cyanus szára, a melyen megvolt a kehely, a virág szirmai hiányzottak. Ezenkivül kisfokú szárrétű beszáradás és a vastagbél erős vérömléses hurutja találtatott. A lép rendes; a máj vérbő, duzzadt“. Az *eb* gazdája, miként szóbeli értesítéséből tudom, egy reggel azt vette észre, hogy az állat nyugtalan, mérsékelt nyálfolyása van, alsó ajkának külső szélét nyalogatja, majd dörzsölgeti. A bőr e helyen körülbelül kétfillérnyi területen piros, duzzadt, majd folyvást pirosabb lett, úgy, hogy e terület kis tenyérnyi nagyságot ér el, miközben az állat izgatottsága folyvást növekedik, beteg állát lábával kaparja s a falhoz dörzsölgeti; szájkosarat tesznek reá, lábát megkötik, hogy ne sebezze fel magát, azonban a szájkosarat, köteléket letépi, kinja egyre nagyobbodik, végre teljesen kimerül s az éj folyamán elhull. A tetembontás eredménye (*Schuhmayer Mátyás* m. k. állatorvos értesítése szerint): az állalatti mirigyek vizenyős beszűrődése, a bélfodor erős belöveltsége s hevenyés gyomor- és bélhurutra utaló nyálkahártya-duzzadás.

A *madarak* nem fogékonyak a virus iránt; sem galambot, sem tyúkot nem sikerült vele fertőznöm. A virulens agynak 1 : 10 arányú emulsiojából 1½—2 cm³-t fecskendeztem 8 galambnak és egy tyúknak bőre alá, illetőleg mellizmába, s egyiknek sem lett baja, pedig az 1 : 10000 arányú emulsio 1 köbcentimetere 4 nap alatt ölt nyulat. A *hidegvérü állatok* azonban nem absolut immunisok e virus iránt. Házinyulak virulens ideganyag-emulsiojának békák háta bőre alá való fecskendezésével nem sikerült ez állatokat megbetegítenem; ugyanazon házinyulak oltáshelyéről kimetszett böralatti kötőszövet-részletnek békák bőre alá oltása után azonban a békák egy része 4—5 nap mulva elpusztult, de központi idegrendszerük nem bizonyult virulensnek.

A betegség iránt fogékony állatok *mesterséges fertőzése* testöknek úgyszólván bármely pontjáról könnyen sikerül; a *természetes fertőzés* kiindulászpontja valószinüleg a bőr vagy a nyálkahártya valamely sérült pontja.

Az *incubatio* ideje az állatfajok fogékonysága, a virus erőssége és a szervezetbe való jutásának helye szerint változik. Házinyúlak ha az elülső szemcsarnokba, avagy subduralis úton fertőzzük őket, rendszerint 36—48 óra múlva betegednek meg; bőr alá, a hasüregbe vagy izomba való fertőzés után rendesen 40—96 óra múlva jelentkeznek a betegség első tünetei. 5—8 napos incubatio már ritka, s csak erősen gyengült vagy kevés virusnak beoltása után észlelhető.

A betegség *jelenségeit* a következőkben összegezhetem: a kór kitörésének első jele a *nyugtalanság*, melyet a virus bejutása helyén keletkező gyuladásos folyamat vált ki. A fertőzés helyén az odajutott virus elszaporodván, előbb hyperaemiát, majd csakhamar gyuladást, vérkiömlést, sokszor szövetelhalást is okoz. Ennek a helybeli folyamatnak foka az illető szervezet fogékonyságán kivül a virus erősségétől, mennyiségétől és a fertőzés helyétől is függ. Míg a subdurálisan fertőzött házinyúlak agyában csak nagyfokú hyperaemiát látunk, addig a subcutan fertőzés bőséges savókiválással járó, sőt bőrelhalásra vezető súlyos bőrgyuladást idézhet elő. Ha pedig gyengült vagy erősen higított virust oltunk a nyúl bőre alá, később betegedik meg, s a helyi változás az egyszerü gyuladás határát el nem hagyja.

A helybeli gyuladásos folyamat megindulásakor a kisérleti állatokon némi *hőemelkedés* észlelhető, a mely olykor csak néhány tizedfokkal, gyakran 1—1½ fokkal növeli a test hőmérsékletét. Ha a fertőzés a bőrön át történt, a beoltás helyén keletkezett bőrpirosodás gyorsan halad; az eleinte rózsaszín-piros bőrrész egy-két óra alatt haragos-vörös szinü lesz, esetleg el is hal, s e kóros terület kis tenyérnyi nagyságot is elérhet; ha a fertőzés kapuja a nyálkahártya, a kóros folyamat valamivel diffusabb, csekélyebb terjedelmü. *A helybeli jelenségek súlyosbodásával karöltve fokozódik az állat nyugtalansága, izgatottsága.* Úgy látszik, a heves viszketés okozza, hogy szünet nélkül kaparja, nyalja, olykor rágja is a beteg területet, s ha lábával, fogával nem férhet hozzá, ketreczéhez vagy valamely más tárgyhoz igyekezik dörzsölni. *Támadó fellépést a kisérleti állatok egyikén sem észleltem* (s mint értesültem, a természetes fertőzést szenvedett állatok sem voltak aggressivek). A kínos nyugtalanság egyre jobban növekedik, majd általános *kimerülés* mutatkozik: az állat fáradtan fekszik, tagjai olykor *görcsösen rángatódznak* (a rágóizmok görcse igen gyakori). Ilyenkor az állat testének hőmérséklete is rendszerint sülyedni kezd (collapsus-hőmérséklet). Időnkint azután erejét kissé összeszedve ismét felkapaszkodik, hogy kétségbeesetten vakarja magát, azonban lábai nem birják, csakhamar oldalt dől, folyvást gyengül, lélekzése is folyvást lassúbb, csendesebb. Ez az állapot rendesen néhány óráig tart; ritkán fél napnál tovább, s még ritkább, hogy a halál a kimerülési szak kezdetén, vagy már az izgatottsági szakban (még mielőtt a helybeli változás nagyobb kiterjedést nyert volna) hirtelen köszönt be (szívbénulás).

A betegség *tartama* felette rövid. A mint első tünetei megjelennek, biztosan mondhatjuk, hogy az állat élete már csak órák kérdese: 3—30, rendszerint 6—10 óra mulva elpusztul.

A *kóros változások*, melyeket az elpusztult állat tetemében a már emlitett helybeli jelenségeken kivül észlelhetünk, jelentéktelenek. Vérbőség, esetleg apró, kölesnyi vérömlések a belső szervekben, kivált a középponti idegrendszerben s az agyburkokban, gyakran az emésztőcsatorna nyálkahártyáján is; olykor a belek puffadtsága és a hólyag nagyfokú kitágulása: az összes változások, melyeket a tetembontás elénk tár. A fertőző virus mindenkor jelen van a középponti idegrendszerben és többnyire a vérben is. Ez magyarázza, hogy az elhullott állatnak majdnem minden szerve fertőző lehet, kivált a vérdús szervek. Nem megy át a virus az epébe, valamint a vizeletbe, s úgy látszik, a nyálba sem.

A fertőző virust tartalmazó ideganyag meglehetős hosszú ideig megtartja fertőző tulajdonságát, ha a kiszáradástól megvédjük. Miként a veszettség fertőző anyaga, glycerinben jól conserválható, s benne 2—2½ hónapig, kivételesen 3 hónapig is virulens marad.

Úgy látszik, a fertőző anyag nem nagyon ragályos. Fertőzött és egészséges állatokat ugyanabban a ketreczben tartottam, s az utóbbiak sohasem kapták el a betegséget. A fertőző anyagnak különböző desinficiensek, valamint a hő iránt való viselkedését nem volt még alkalmam behatóbban tanulmányozni; hogy azonban nem a legkönyebben elpusztíthatók közé tartozik, abból is kiderül, hogy a virulens ideganyagnak ½0%-os carbololdattal készült, s elkészülte után azonnal nyúlba fecskendezett emulsioja az egyik fiatalabb kisérleti állatot 4 napon belül megölte. Ezzel szemben akadt néhány — talán idősebb kora miatt, vagy más okból kevésbbé fogékony — nyúl is, a mely az ¼, illetőleg ½0%-os karbololdattal készült agyemulsiotól nem betegedett meg. Ezeket a nyulakat, valamint olyanokat, a melyek bőre alá a virulens ideganyagnak 5 perczig áramló gőzben sterilizált emulsiójából két kcm.-t fecskendeztem, két hét múlva próbafertőzésnek vetettem alá a végből, hogy lássam, vajjon nem tettek-e szert immunosságra. Egyik sem lett immunos: 2—4 nap múlva valamennyi megkapta a betegséget s elpusztult. Hasonlóképen negativ eredményü volt az a kisérletem is, a mikor azt vizsgáltam, hogy az elpusztult kisérleti állatok epéjének más állatokba való fecskendezésével nem idézhetek-e elő immunosságot.

A betegség leirt jelenségeiből kitetszik, hogy *e bántalom és a veszettség* között néhány rokon vonás mutatkozik, a mi esetleg téves diagnosisnak lehet a forrása.

A klinikai jelenségek közül az idegrendszer nagyfokú izgatottsága, a betegségnek aránylag gyors lefolyása, a kimerülési szakban jelentkező görcsök; a fertőző virus tulajdonságai közül pedig az, hogy a központi idegrendszerben mindig jelen van, s glycerinben épen úgy megtartja fertőző mivoltát, mint a veszettség virusa; hogy kórokozóját sem mikroskopos vizsgálattal kimutatni, sem kitenyészteni nem sikerül; hogy az agyagszürőn (Nordtmeyer-Berkefeld) át nem megy: megannyi olyan tulajdonságok, a melyek a veszettségre emlékeztethetnek.

Épen ezért kétségtelen, hogy a *gyakorlatban* a betegségnek olyan eseteiben, a midőn a fertőzés időpontja s így az incubatio sokkal rövidebb tartama ismeretlen, valamint a mikor a fertőzés kapuja a testnek rejtettebb helye (pl. az orr nyálkahártyája), a mikor továbbá a helybeli változások csekélyek s elkerülik a figyelmet, s csupán az idegrendszer nagyfokú izgatottságára való általános jelenségek észlelhetők, a klinikai jelenségek alapján, kivált ha a betegségnek csak utolsó szakát láthatta az észlelő: veszettségre irányulhat a gyanu. E gyanut még jobban megerősíti azután az elhullott állat tetemének felbontása, mert az ilyenkor talált változások épen olyan csekélyek és határozatlanok, mint a veszettségnél. Ismétlem, e tévedés csak akkor lehetséges, ha a fertőzés helyén keletkezett kóros változások csekély terjedelmök, elrejtettségök vagy más ok miatt elkerülik a figyelmet.

A laboratoriumi vizsgálat azonban mindenkor ki fogja deríteni a valót, a kisérleti állatoltás (a gyanus állat agyvelő-emulsiojának subduralis és bőr alá való fecskendezése egy-egy házinyúlba) *mindenkor útbaigazít.* S e laboratoriumi vizsgálatból kiderül az is, hogy a leirt betegség csak némely tulajdonságában hasonlít a veszettséghez; több, még pedig lényeges tulajdonságában határozottan különbözik töle. Ilyen különbség első sorban a kór rövid incubatioja, a betegség gyorsabb lefolyása, a veszettségre jellemző fokozatos bénulás hiánya, a beteg állat vérének fertőző volta, valamint az a körülmény, hogy a subcutan fertőzés mindig sikerül s heves helyi reactio (gyuladás) kiséri; ellenben a veszettség incubatioja nem napokra, hanem hetekre terjedő, a betegség többnyire tovább (2—4 napig) tart, a veszett állat

vére rendszerint nem fertőző, a virulens ideganyagnak subcutan való beoltása pedig nem mindig (átlag csak az esetek 50%-ában) idézi elő a betegséget, mely ilyenkor helyi reactioval nem jár, vagy ha helyi reactio mutatkozik is, az jelentéktelen s legfeljebb a fertőzés helyének viszketésében nyilvánul.

A leirtam betegség tehát bizonyos tulajdonságainál fogva élesen különbözik a veszettségtől s virusa nem azonos e bántalom fertőző anyagával.

A repositio anatomiai akadálya az idült subcoraco-idealis vállizületi ficzamoknál és a véres úton való repositionak új módszere.

Dollinger Gyula dr. egy. ny. r. tanártól.

(Vége.)

Ha a sebész túlbuzgó repositiós kisérletei közben a felkarcsontot eltöri, Deprés példájával vigasztalódik, a ki ilyen sebészeti baleset után a felkar szándékos eltörését methodussá emelte. De ha a praeaseptikus aera szomorú napjaiban jogosultnak is tartottak ilyesmit, ma a felkartörést, az idült vállizületi ficzam repositioja közben, szerencsétlenségnek tartom. Mert először is megtörténhetik, hogy a felkar nem a felső végén, hanem mélyebben lenn szenved törést és ebben az esetben a betegnek a törésből nemcsak semmi haszna sincs, hanem még egy második súlyos sérülést is szenvedett, másodszor pedig a különben annyi joggal elterjedt rotatiós eljárásnál, még akkor is, ha a felkar a legkedvezőbb helyen, a collumon törik el, rendesen nem haránt, hanem szálkás spirális törés jön létre, melynél a törvégek nem alkalmasak egy hasznavehető pseudarthrosis képzésére. Az idült vállizületi ficzam repositioja közben létrejött felkartörés tehát a betegre nézve súlyos balesetet jelent, melyet igyekeznünk kell elkerülni.

Az erőszakolt repositiós kisérletek ezen súlyos következményén kivül meg kell még említenem a felkarfejecs zúzódását és decorticatioját, a mely ugyan nem szembeötlő, de a kar későbbi functioját mégis jelentékenyen befolyásolja.

Mindaddig, a míg az idült subcoracoidalis vállficzamok repositiojának valódi akadályát nem ismertük, menthetőnek tarthattuk az erőszakos repositiós kisérleteket, de ma, midőn e tanulmány alapján a valódi akadályt felismertük és a rossz hírbe hozott véres repositio kis mütétté, egyszerű nyilt tenotomiává zsugorodott össze, indokolt a véres mütéti beavatkozás, mihelyt a szabályszerű repositio nem sikerül.

Ha már most ezen álláspontról, a melyre a fenti tapasztalatok alapján jutottam, a jövőbe tekintek, akkor néhány megoldásra váró kérdés nyomul azonnal az előtérbe.

Kérdés először is az, hogyan akadályozhatnók meg az idült ficzamoknál végzett arthrotomiáknál a rendkivül gyakori genyedést? A klinikán szigorúan aseptice operálok és rendesen jó eredménynyel, de az idült ficzamokkal én is csak úgy jártam, mint más sebészek. Súlyosabb természetü genyedéseim nem voltak, egy betegem sem halt meg annak következtében, de a gyógyulást mégis zavarólag befolyásolták. Azon 11 eset közül, melyben idült vállficzam miatt véres mütétet végeztem, 6-ban lépett fel genyedés, azon esetben pedig, mely a tuberculum majus törésével volt complicálva, a felkar fejecse necrotizált és azt utólag el kellett távolítanom. 5 esetem genyedés nélkül gyógyult. Azt hiszem, hogy e genyedések egy részét, eltekintve a kedvezőtlen területtől, annak tulajdoníthatom, hogy első eseteim tanulmányi esetek voltak, a melyeknél talán nagyon is sokat nyultunk bele a sebbe, és ezért remélem, hogy a jövőben e tekintetben is jobb eredményeket fogok felmutathatni.

Minden sebésznek ideálja, hogy a mütéti beavatkozást lehetőleg egyszerűsítse. Miután itt a szükséges mütéti beavatkozás lényege a m. subscapularis tenotomiája, bizonyára jobban megközelítenők ezt az ideált, ha sikerülne ezen tenotomiát subcutan módon elvégezni.

A tenotomiát idült vállficzamok repositiojára már Diffenbach (1839), később Wutzer és legújabban Polaillon[3] és mások is ajánlották, sőt végezték is, de eredménytelenül, mert az említett szerzők egyike sem hárította el vele a repositio valódi akadályát. Diffenbach átvágta a m. pectoralis majort, a latissimus dorsit, a m. teres majort és minort és azon vaskos kemény álszálagokat, melyek az újon képzett izületet körülveszik. Wutzer, Bouvier a m. coraco-brachialis inát vágták át, Polaillon pedig az összes szálagos összenövéseket a felkarfejecs mellső és hátsó felületén. Szóval eddig csak olyan izmokat és képleteket vágtak át, melyek a repositiora jelentőséggel nem birnak. Én erre vonatkozólag kisérleteket végeztem hullán, mülegesen előidézett ficzamoknál; sovány egyéneken a tenotomia kivitele semmi különös nehézségbe sem ütközik, mindazonáltal egyelőre inkább végzek nyilt tenotomiát, mint a mely pontos kivihetősége miatt előnyösebb.

A harmadik kérdés az, nem volna-e lehetséges nem complicált esetekben egyáltalában minden mütéttől eltekinteni, és ott, a hol a repositio nem sikerül, a retrahált m. subscapularist elasticus nyujtás, vagy súlynyujtás, vagy gypskötésben való kifelé rotatio segélyével annyira megnyujtani, hogy ez nem akadályozná többé a repositiót. Iparkodni fogok, hogy mindjárt legközelebbi eseteimben megvalósíthassam ezen eszméket és választ adhassak a fenforgó kérdésekre. Kétségtelen, hogy a repositio ezen esetekben különböző módon lesz kivihető s csak a kérdés részletes kidolgozása fog felvilágositást nyujtani arra vonatkozólag, hogy melyik módszer érdemli meg az elsőbbséget, de a fenti tapasztalatok alapján szem előtt kell tartani azt, hogy a repositio akadálya minden nem complicált esetben a retrahált m. subscapularis, és hogy ennélfogva minden akár véres, akár vértelen beavatkozásnak ezen izom ellen kell irányitva lenni.

A repositio befejezése után nagyon fontos a pontos vérzéscsillapitás. Minél kiméletesebben és minél több tájékozottsággal hatolunk előre az izomrések között, annál csekélyebb a vérzés. Ha parenchymás vérzés van jelen, legjobb ha a sebet nyitva kezeljük, steril gaze-zel kitömjük és később másodlagos varratot alkalmazunk.

Az utókezelést mindjárt a seb gyógyulása után, tehát körülbelül 10—14 nappal a mütét után el kell kezdeni, s az a ficzam idősége szerint hosszabb vagy rövidebb ideig tart. Szükségtelen hogy ezen kérdésnél tovább időzzek. A mechanotherapia összes eszközei szorgalmasan alkalmazandók. Gyors eredményekre itt nem lehet számitani, ha meggondoljuk, hogy mindazon mütétek, melyek az izületeken vagy azok közelében végeztetnek, periodikus izületi merevséget vonnak maguk után, a mely egyes esetekben hónapokig is eltarthat. De még más szempontok is tekintetbe jönnek. Az egész vállizomzat hosszú ideig müködésen kivül volt helyezve, egy része a trauma által erősen összezúzódott, a m. subscapularis erősen retrahálódott, a m. supra- és infraspinatus és a teres minor megnyult és az izület felett megfeszült, a tokszálag beszakadt s részben a tapadásánál leszekittatott. Ezen súlyosan sérült izmok functioja annál lassabban és annál tökéletlenebbül áll helyre, minél hosszabb idő óta áll fenn a ficzam. Igen régi ficzamoknál az izomelváltozások már sohasem jöhetnek rendbe. Az ilyen nagyon elavult subcoracoidalis vállficzamot már nem érdemes reponálni, hanem ha a ficzam alkalmatlanságot okoz, úgy az ilyen esetben egyedül az osteotomia és a resectio jöhet számba.

Kórtörténetek.

I. Idült vállizületi ficzamok, melyek az én módszerem szerint, véres úton reponáltattak.

1. P. Gy. 40 éves pályaőr. 8 hét előtt bal vállára esett A sérülést felkartörésnek tartották és gypskötést alkalmaztak Mütét 1899. junius 21-dikén Ezen első esetemben a m. deltoideus és m. pectoralis közötti metszésen kivül a m. deltoideus mellső széle is 6 cm. hosszúságban a kulcscsontról leválasztatott, és hogy a fovea glenoidalist láthatóvá tegyük, a m. supra- és infraspinatus a tub. majustól kifelé harántul átmetszetett. A foveát sértetlennek találtuk. A repositio csak a m. subscapularis inának átmetszése után sikerült. A sebet varrattal egyesitettük. VI. 30. fonálkiszedés, genyedés nélküli gyógyulás. VII. 3. beteg elhagyja a klinikát és utókezelés végett az ambulantiára fog bejárni.

2. E. S. 41 éves. 4 hónap előtt egy magas lejtőről a jobb vállára esett. Repositiós kisérlet csak három hét mulva történt, azonban eredménytelenül. 1900. márczius 12-dikén jelentkezett a klinikán. Mütét 1900. márczius 12-dikén. A m. deltoideus

*

és m. pectoralis major közötti hasadékon keresztül a mélybe hatolva átmetszettük a m. subscapularis inát. Ezen metszésből a fov. glenoidalist ujjal megvizsgálván, sértetlennek találtuk, mire Kocher szerint reponáltunk. A sebet elzártuk, később azonban lázas mozgalmak miatt ki kellett azt nyitnunk. Beteg csak május 18-dikán távozott a klinikáról. Akkor felkarját a vállizületben 60—70 fokig abducálni és teljesen adducálni tudta.

3. R. J. 48 éves, napszámos. 5 hét előtt jobb vállára esett. 3 héttel később eredménytelen repositiós kisérlet történt. 1900. márczius 27-dikén jött a klinikára. Mütét márczius 31-dikén. A subscapularis inának átmetszése után a repositio Kocher szerint azonnal sikerül. A sebet először varrattal elzártuk, később azonban kinyitottuk és nyitva kezeltük. Mérsékelt genyedés. Beteg május 20-dikán hagyta el a klinikát még egy keskeny sarjadzó csíkkal a bőrmetszés helyén. Secundaer varratot nem alkalmaztunk. Távozásakor a felkart a vállizületben 80 fokig tudja abducálni és a test középvonaláig adducálni. Előre 30 fokig, hátrafelé 20 fokig tudja emelni.

4. K. J. 38 éves, napszámos. 10 héttel a klinikára való felvétele előtt 3 méter magasságból leesett. A sérülést egyszerü contusionak tartották, csak 4 héttel később kisérlették meg a repositiot, de eredménytelenül. Mütét 1901. márczius 11-dikén. Behatolás a mélybe a m. deltoideus és m. pectoralis közötti hasadékon keresztül, úgyszólván minden vérzés nélkül. Repositio az ínmetszés daczára nem sikerül. Most behatolunk a fovea glenoidalishoz az ínmetszés hasadékán keresztül: a tokszálag a limbus mellső részéhez odanött, ezt elevatoriummal leválasztjuk, mire a repositio könnyen sikerül.

A sebet varrattal elzárjuk. Reactiomentes lefolyás. Fonálkiszedés III. 20-dikán. Genyedés nélküli gyógyulás. III. 24-dikén elkezdjük a passiv mozgatást. Beteg a mechanikus kezelésre kitanítva IV. 5-dikén elhagyja a klinikát.

5. B. A. 28 éves, kereskedősegéd. 3 hóval a mütét előtt magas lépcsőről jobb vállára esett 10 hétig kuruzslóval kezeltette magát, csak ezután ment orvoshoz, ki őt a klinikára utasította.

Mütét 1901. október 19-dikén. A subscapularis ínának átmetszése után a repositio Kocher szerint könnyen sikerül. A seb varrattal egyesíttetett, később genyedés miatt nyitva kellett kezelni. XII. 7-dikén hagyja el a klinikát keskeny sarjadzó csíkkal.

6. L. M. 53 éves asszony. 3 hó előtt a pinczébe leesett. IV. 10-dikén jött a klinikára, ugyanott mütét 1892. IV. 18-dikán A m. subscapularis nyilt tenotomiája után a repositio igen könnyen sikerül.

Mütét után csekély genyedés. 28 nappal később secundaer varrat. Mechanikus utókezelés végett ambulatiánkra jár.

7. K. S. 30 éves, czipész. 4 hónap előtt bal felkarját kificzamította. Repositiós kisérlet akkor nem történt. Mütét 1902. IV. 19-dikén. A m. subscapularis ínának átmetszése után a repositio feltünő könnyüséggel sikerül. A felkarfejecs porczborítékán friss sérülések nyomait találtuk. Ezen sérülések csak a mütét előtt végzett reponálási kisérletek alatt jöhettek létre. Sebet varrattal elzártuk. Gyógyulás per primam intentionem. 9 nappal a mütét után elhagyja a klinikát. Utókezelés végett az ambulantiára utasíttatott, ott azonban mindeddig nem jelentkezett.

II. A tuberculum majus törésével complicált idült subcoracoidalis vállizületi ficzam.

8. P. F. 25 éves, vasuti munkás. 8 hét előtt egy vasuti kocsi és a töltés közé került s ez alkalommal jobboldali vállficzamot szenvedett. Repositiós kisérlet azonnal történt, eredmény nélkül.

1900. márczius 30-dikén a klinikán megoperáltatott. A leszakított tuberculum majus a fovea glenoidalison fekszik s ezt eltávolítjuk. Erre a repositio könnyen sikerül. A biceps hosszú ina a sulcus intertubercularisból részben ki van szakítva. Mütét után genyedés lépett fel s ezért a necrotizált felkarfejecset IV. 7-dikén le kellett fürészelni. Beteg V. 21-dikén hagyja el a klinikát kis sarjadzó sebbel, mely odahaza csakhamar begyógyult. Revisio 1902. VII. 13-dikán. A felkart 45 fokig tudja abducálni, de csak kevéssé előre emelni. Tudja előkarjait a mellén keresztbe tenni és jobb előkarját, bár nehezen, hátára tenni. A fovea glenoidalis üres. A resecált felkarcsont a proc. coracoideus alatt fekszik.

III. A collum anatomicum törésével complicált idült subcoracoidealis vállizületi ficzam. Osteotomia.

9. U. J. napszámos. 4 héttel a klinikán való jelentkezése előtt egy tehén fellökte, mikor is bal vállán az alább leirandó sérülést szenvedte. Orvosa azonnal megkisérlette a repositiot és később kötést alkalmazott. Mütét 1897. IX. 9-dikén. A felkarfejecs a collum anatomicumnak megfelelőleg le volt törve és a collum chirurgicum belső oldalához odanött. Osteotomia a törési vonalban. A fejecset nem fejtjük ki, hanem ott hagyjuk új helyén. Az alsó törvéget reponáljuk a fovea glenoidalisba. Gyógyulás per primam. XII. 7-dikén elhagyja a klinikát. Karját 90 fokig tudja előre emelni és abducálni.

IV. A collum chirurgicum törésével complicált idült subcoracoidalis vállizületi ficzam. Resectio.

10. K. S. 47 éves földmüves; 3 héttel a mütét előtt egy tehén legázolta, mikor is baloldali vállficzamot és collum chirurgicum törést szenvedett. Kezelő orvosa később felismerte a ficzamot és sikertelen repositiós kisérleteket végzett. Mütet 1899. II. 27-dikén. A felkar a collum chirurgicumon le volt törve. A felső törésvég az alsóval szögletben gyógyult össze és vaskos callustömegek vették körül. Ezen tömegek közül csak darabokban sikerül a csontvéget kifejteni. A felkarfejecs hasonló callustömegektől szintén oly szorosan körül van zárva, hogy kifejtése, jóllehet a porczborítéka nincs azokkal összenőve, csak úgy sikerül, hogy előbb a csontvelőt kanállal kikapartuk, a mire a porczborítékot ki tudjuk választani. Resectio után a sebet drainezzük. Daczára ennek genyedés áll be s a beteg secernáló sipolylyal hagyja el a klinikát 1899 III. 25-dikén.

V. A felkar közepén történt töréssel complicált idült subcoracoidalis vállizületi ficzam. Operativ előhatolás a mélybe. Repositio tenotomia nélkül.

11. V. J. 41 éves. 3 hó előtt jobb vállára esvén kificzamította jobb vállizületét, a mit complicált a felkarnak közepén történt törése. A felkartörés 3 hét alatt gypskötésben meggyógyult, de a vállficzamot nem reponálták. 1902. III. 21-dikén jött a klinikára. Azon hiszemben, hogy a callus még nem elég erős arra, hogy a 3 hónapos ficzamnál a rotatiohoz szükséges erőkifejtést kibirja, véres mütétre határoztam el magamat III. 21.-én. A szokott módon behatoltam a mélybe a m. subscapularis ináig s azután mint rendesen kifelé rotatiot végeztettem. A rotatio könnyen ment és a callus ezt olyan jól türte, hogy azt óvatosan folytattam, mire a repositio szemem láttára végbement.

Tehát itt a m. subscapularis nem lehet átmetszvn. Revisio 1902. VIII. 2-dikán. A kar teljesen szabadon mozog.

Irodalom. 1. *Th. Kocher.* Über die Behandlung der veralteten Luxationen im Schultergelenk. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1890. Bd. XXX. P. 437. — 2. *H. Engel.* Aus der chir. Universitätsklinik des Herrn Geheimrath von Bergmann. Zur Frage der blutigen Reposition veralteter Luxationen in grossen Gelenken. Archiv für klin. Chirurgie 1897. Bd. LV. P. 603. — 3. *Polaillon*: Bulletin de la Société de Chir. 1882. Paris.

Közlemény a kolozsvári m. kir. Ferencz József tud.-egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből. (Igazgató: Lőte József dr. ny. r. tanár.)

Adalék a kisérleti veszettség tüneteinek és prophylaxisának ismeretéhez.[1]

Konrádi Dániel dr. tanársegédtől.

A mióta Pasteur állatokon tett kisérletekkel és marott embereken védőoltásokra vonatkozóan szerzett tapasztalatok segítségével is kimutatta, hogy a veszettség kitörését alkalmas védőoltásokkal meg lehet akadályozni, azóta alig van a kisérletes kórtannak olyan kérdése, a melylyel oly számosan foglalkoztak volna, mint épen a veszettséggel.

Nem feladatom most e kisérletes vizsgálódásokat és azok

[1] Előadatott az Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztályának 1902. évi november hó 14-dikén tartott orvosi szakülésén.

eredményeit felsorolni. Azokról részletesen beszámolt Hőgyes tanár nagy monographiáiban[2] és közleményeiben, csupán néhány oly adattal kivánok jelen alkalommal foglalkozni, a melyeket az utóbbi négy év alatt a kórtani intézetben tapasztaltam.

Ismeretes, hogy ha valamely egészséges házi nyúlat a veszettség fertőző anyagát tartalmazó állati részszel beoltunk, rövidebb-hosszabb lappangás után megkapja a veszettséget, a mely néhány nap alatt meg is öli az állatot.

A lappangó szak tartama agyburok alá oltásnál Hőgyes tanár közlései és az intézetünkben nyert saját tapasztalataink szerint is 12—21 nap, a betegség *tünetes szaka* (a tünetes szak elnevezésen Lőte tanár a betegség nyilvánvaló szakát, a *stadium morbi*-t érti) pedig 3—5 napig tart, ámbár észleltünk intézetünkben olyan eseteket is, a melyekben a lappangás 11, a tünetes szak $1^1/_2$—2 napig tartott.

Ámde a mindennapi életben, a gyakorlatban nem találkozunk agyburok alá oltással, hanem mindig külső sérülés nyomán támad a fertőzés.

A természetes fertőzés viszonyait igyekeztem kisérletileg utánozni az alább leirandó esetekben és egyszersmind megkisérteni azt is, vajjon *sikerül-e rövid időn belől alkalmazott helyi orvoslással a veszettség kitörését megelőzni.*

Ily irányú kisérleteket ugyanis a rendelkezésemre állott irodalomban nem találtam, pedig nemcsak tudományos, de gyakorlati szempontból is igen fontos az alább említendő tüneteket és óvóintézkedéseket ismerni.

Kisérleteim elrendezése a következő:

Kisérleti veszettségben elhullott kutya fültőmirigyét a kellő ügyelettel felapritottam, kevés 0·6%-os sósvízzel összedörzsöltem s rongyon áttörtem. Ezzel a lével fertőztem kisérleti állataimat.

A szőr leborotválása után minden előzetes fertőtlenítés nélkül kissé felkarczoltam a czomb bőrét, ügyelve arra, hogy a vér a karczolás helyén még csak ki se serkenjen. Ekkor a nyálmirigyes lébe mártott ecsetet *egyszer* végig húztam a sértett helyen s meghatározott idő múlva 1‰ sublimatum-oldattal kimostam annak rendje-módja szerint a fertőzött területet, aztán alapos fertőtlenítés után sublimatum oldatba áztatott gyapottal kötést tettem reá.

Összesen 13 nyúlat fertőztem igy 1901. junius hónap 10-dikén. Ezek az alábbi táblázatban vannak feltüntetve:

Sorszám	Kisérleti állat	Súly gm.	Mennyi idő mulva orvosoltatott?	Megjegyzés
1.	Szürke nyúl	1710	1 percz mulva	Nyaka fehér
2.	Fekete „	1500	2 „ „	
3.	Sárga „	2110	3 „ „	Lombos szőrű
4.	Szürke „	2610	4 „ „	Orrán fehér csik
5.	Fakó „	1730	Ellenőrző	Nem orvosoltatott
6.	Fehér „	1620	5 percz mulva	Feje kékkel festett
7.	Szürke „	1620	6 „ „	Bal lába fehér
8.	Hamvas „	1620	7 „ „	Mindkét füle hibás
9.	Hamvas „	1920	8 „ „	Bal füle csonka
10.	Szürke „	1600	9 „ „	Jobb füle csonka
11.	Hamvas „	1300	Ellenőrző	Nem orvosoltatott
12.	Fehér „	1900	10 percz mulva	Háta fuchsinnal festett
13.	Fehér „	1420	Ellenőrző	Nem orvosoltatott

Miként e táblázatból is kitetszik, az I. számú nyúl oltás helyét I., a II., III., stb.-ét 2—3—10 percz mulva orvosoltam. Az V., XI., és XIII. számú nyúl (tehát 3) ellenőrzésül maradt, a mennyiben hasonló módon megejtett fertőzés után az oltás helyét egyáltalában nem orvosoltam. Mind a 13 nyúl külön helyen élt, másokkal nem érintkezhetett.

A sértett hely mindenik állatnál néhány nap alatt tisztán begyógyult, a szőrük kinőtt, egyszóval olyanok voltak mint az egészségesek.

Az V. sz. nyúl, a mely ellenörző kisérletül szolgált, 174 nap múlva szomorú, nem eszik, reszket, hátúlja gyenge, egyensúlya bizonytalan, hőmérséke a rendesen alól van, a 180-dik nap hátsó végtagjai bénultak, a 184-dik nap a bénulás annyira haladt, hogy oldalt egészen elterül az állat, csupán a fejét tudja emelni, s a fertőzés után a 186-dik napon elpusztul. Testsúlya az eredeti súly közel $^1/_3$ részére csökkent. Tetemvizsgálatkor a nagyfokú lesoványodáson, az agyvelő vérbőségén kivül semmi felötlő elváltozás. A nyúlt agyából agyburok alá oltott két tengerimalacz közül az egyik 14, a másik 16 nap alatt pusztult el jellemzetes veszettségben.

A szintén ellenőrzésül szolgáló XIII. sz. nyúl a fertőzés utáni 177-dik nap az V. számúhoz hasonló képet mutat s a 217-dik nap pusztul el. Az ebből agyburok alá oltott nyúlak közül az egyik 16, a másik 17 nap mulva pusztul el jellemzetes veszettségben.

Az ellenőrzésül szolgáló harmadik nyúl, a XI. számú, a fertőzés utáni 289-dik nap ugyanazt a képet mutatja, mint előbbi két társa s a 313-dik nap pusztul el. A belőle agyburok alá oltott nyúlon 28 nap múlva ütött ki a veszettség.

A orvosolt I., II., III., IV., VI., VII., VIII., IX., X. és XII. számú nyúlnak ma, 523 nap múlva még nincs semmi baja, sőt az alatt az idő alatt még szaporodtak, híztak az állatok. Mindazonáltal tovább figyeljük őket.

Feltünő mind a három ellenőrző nyúlnál úgy a lappangó, mint a tünetes szak hosszas tartalma. Az V. számúnál a lappangó szak 174, a XIII-nál 177, a XI.-nél 289 nap; a tünetes szak pedig 12,40, illetőleg 24 nap.

Feltünően hosszú lappangást tapasztaltunk egy párszor akkor is, ha a fertőző anyagot bőr alá juttattuk. Ez állításom bizonyítására felhozom annak a nyúlnak a kórrajzát, a melyet 1901. május 1-én oltottunk be. Fertőző anyagul egy XXV. izbeli átoltásból származó nyúl nyúltagyával készült oltó szolgált. A lappangó szak 512 napig, tünetes szak pedig 18 napig tartott. Az ebből agyburok alá oltott nyúl a 8—9. napon lázas, s a 11. nap veszettség tünetei között elpusztul.

Volt olyan kisérleti sorozatunk is, a melyben a fertőző anyagot izomsebbe juttattuk. 1899. október 21.-én rendeztünk ilyen kisérleteket. Az agyburok alá oltott nyúl 15 nap alatt pusztult el jellemzetes veszettségben, ellenben az ugyanakkor, ugyanabból a nyúlból származott fertőző anyaggal izomsebbe beoltott 5 nyúl közül egyen 1900. április 9.-én vagyis 169 napos lappangás után jelentkeztek a veszettség nyilvánvaló tünetei s a nyúl harmadnap bele is pusztult.

Ha összegezzük ezeket az adatokat, azt a tanúlságot vonhatjuk le belőlük, hogy kis sérülések, egyszerü karczolások nyomán is támad veszettséges fertőzés. Nem szabad tehát az ilyen apró sérüléseket figyelmen kivül hagyni, miként az rendesen meg szokott történni. Igy pl. 1899. november 20-dikán ejtett ily kis karczolást egy veszett kutya egy idevaló katona bal kezén. Védőoltásban nem részesült. 1900. márczius 21-dikén, tehát 120 napos lappangás után kiütött rajta a veszettség, a mely 4 nap alatt meg is ölte. A nyúlt agyából beoltott 2 nyúl közül az egyik 13, a másik 15 nap alatt pusztult el jellemzetes veszettségben.

Azt is láthatjuk ezekből az adatokból, hogy úgy az embernél, mint a kisérleti állatoknál igen hosszú lehet a lappangás. Ha e tényeket nem ismerjük, igen elhibázott következtetésekre juthatunk, a mi úgy tudományos, mint főleg gyakorlati szempontból szerfelett hátrányos. E miatt semmi esetre sem helyeselhető *Krokiewicz*-nek az idei Wien. klin. Wochenschr. 6. számában közölt kisérlete, a melyben két nyulat oltott be agyburok alá, egyiket a terhesség 9-ik hónapjában elhalt anya, a másikat a magzat nyúltagyából. Az anyából beoltott nyúlon 18—19 nap alatt kiütött a veszettség, s minthogy a magzatból beoltott állaton ennyi idő alatt nem ütött ki, 4 hét mulva megölte. A tetem vizsgálatánál sem talált semmi elváltozást, a miért ebből a negativus eredményből azt a következtetést vonja, hogy a veszettség virusa nem megy át a placentán.

Nem akarok e vitás kérdés tárgyalásába belemenni, csak azt jegyzem meg, hogy az ily kisérletből következtetni nem lehet, hiszen a kisérletes veszettséggel foglalkozó ember igen gyakran találkozik olyan esetekkel, midőn nemcsak első, hanem többszörös izbeli átoltásnál az egyik állaton (nyúlon) jóval előbb, az ugyanakkor ugyanabból az anyagból beoltott társán hetek mulva üt ki

[2] Hőgyes Endre: Veszettség. Rabies. Bókay, Korányi, Kétli: A Belgyógyászat kézikönyve I. k. és „A veszettség elterjedéséről“ stb. Magy. orvosi Arch. 1900. I., valamint az Orvosi Hetilap hasábjain.

a veszettség. Észleltünk olyan eseteket, a midőn 5-ik izbeli átoltásnál 35, 49, sőt 54 nap mulva ütött ki a veszettség, tehát négy hétnél jóval később.

Abból a körülményből, hogy 13 fertőzött nyúl közül a 10 *orvosolton* nem tört még ki a veszettség 523 nap alatt s remélni lehet, hogy túl vannak a megveszés veszélyén, ellenben a 3 *nem orvosolt* mindenikén kitört, azt a gyakorlati következtetést vonhatjuk le, hogy 10 perczen belül alkalmazott helyi orvoslással ily kis sérülések esetében emberen is sikerülhet a veszettség kitörését megakadályozni, a mi különösen laboratoriumi fertőzéseknél a gyakorlatban igen nagy szolgálatot tehet.

Jelen adataimat csak előzetes közleménynek tekintem, ily berendezésű kisérleteimet folytatom, hogy megállapíthassam azt az időt, a melyen belül helyi orvoslással sikert érhetünk el.

TÁRCZA.

A vízzel gyógyítás lényege és multja.

(Vége.)

A vízzel gyógyítás tehát, mint jó magyar neve igen világosan mondja, a víz segítségével igyekszik a beteg állapotán javítani, mint mondottuk, a vizet használja fel az alkalmazandó thermikus inger vivő anyagául. Miért épen a vizet?

Azért, mert a víznek igen nagy a hőcapacitása, a hőtartó ereje, nehezen melegszik, de aránylag elég lassan is hül, a víz jelentékeny fajmeleggel rendelkező test (specifikus melege 33-szor nagyobb a kénesőénél). Egy liter vízzel tehát, ha alacsony hőmérsékű, ceteris paribus tetemes hőt vonhatunk el a testtől; ha pedig melegebbre temperált, jelentékeny hőmennyiséget vihetünk a testhez a nélkül, hogy az alkalmazás módja ellen a betegnek kifogása lehetne, mert egyébként egy chemiailag ártatlan, tiszta, sőt tisztító, a bőr életműködéseit is javító anyagról van szó, a mely jól elterül rajta, mindenüvé oda fér és mégis a bőr szövetébe belé nem hatol.

Vízzel nedvessé tett bőrön a thermotherapiás gyógyítás kisegítő erőművi része, a beteg dörzsölése is — hidegebb fürdőknél vagy más műveleteknél — ügyesebben hajtható végre s innen van, hogyha tulbuzgóságból vagy olykor az indicatio diktálta kényszerűségből tulnagy hőingert nem használunk, az egész vízzelgyógyító eljárás a betegre subjective is kellemes, a legtöbben szívesen veszik alkalmazását.

Meg is volt már a vízzel gyógyítás bizonyára az emberek őskorában, már t. i. a maga egyszerű, alacsony fokán. A sebesült testrészt nem hiszem, hogy az ősember is ne első sorban a patak hűs vízébe mártotta volna be, hogy ott kiáztassa, fájdalmait enyhítse. A gyuladt helyre minden possibilitás szerint csak oly enyhítő hatásúnak találta a természet hamisítatlan embere a forrás hideg vízmedenczéjét, mint a sebhedt lábú őzbak, mikor fájós végtagjával naponta felkeresi az erdő itatóját.

Az ember az ő értelme fölényével önként érthetőleg kezdettől fogva jobban birta a víz előnyeit gyógyítási czélból is kihasználni, vízbe mártott leveleket, fűvet stb. rakhatott a gyuladt testrészére, megadván a borogatások legegyszerűbb formáját is.

Északi népek ősidők óta használták a vizet testedzésre s a történelem emlékezetének hozzáférhető korban a napsugaras dél fiainál már az orvosok kezében látjuk a víz igénybevételét, mint therapiai eszközt.

Hippokrates, az orvostudomány atyja, ezelőtt 2300 esztendővel tud a különbözően temperált víz izgató és megnyugtató hatásáról, kifejti, hogy a hidegleöntések és fürdők után a test jobban kimelegszik, mint kevésbbé alacsony hőmérsékek alkalmazásakor, ajánlja a hideg vízzel gyógyítást köszvényes betegnek stb. Ha meggondoljuk, hogy benne van e tanításokban a helyes sejtelem a hőmérséki ingernek a thermopoesisre, az anyagcserére kifejtett hatásáról, valóban meglepőnek kell a megfigyelés helyességét jeleznünk, melylyel amaz idők nagy orvosai birtak.

Hippokrates tanitványai, nevezetesen az *alexandriai iskola*, a láz vizkezelését is megteremtették s ez Egyiptomban késő századokig fentartotta magát, holott a typhust kivéve egyéb lázas fertőző bántalomban — mint tudjuk — általánosságban manapság is perhorreskálják.

A mester egy tanitványától maradt fenn egy munka egyenesen a *„folyadékok használatáról“* (De liquidorum usu, *περὶ ὑγρῶν χρήσιος*), melyben a forrás és tengervíz hideg és meleg állapotban való alkalmazásáról van szó a különféle betegségekben.

Augustus császárt egy *Antonius Musa* nevű felszabadított rabszolgája kurálta ki vízzel valami májbajából, *Aurelius Cornelius Celsus* Kr. születése körül már vizes ledörzsölésekről beszél, sőt a dussok legegyszerűbb alakját ösmeri megfecskendezések képében. *Galenus* a II. században Kr. u. úgy nyilatkozott, hogy lázas betegségekben a hideg víz és érmetszés minden egyéb orvoslást feleslegessé tesznek. Iparkodott is külsőleg és belsőleg alkalmazott vízzel a lázat lehetőleg teljesen megszüntetni vagy legalább csökkenteni. A nedves fűben járás, mint edző eljárás, már az ő idejében divatban volt, mint edző és derivativ eljárás. 1500 évvel ezelőtt az ephesusi *Soranus* a női betegségek hydrotherapiáját illetőleg ma is mindenben megálló tanácsokat adott a betegnek. Fájdalmas menstruatio esetén meleg mosásokat és ülőfürdőt ajánl, vászonnal körülcsavart, forró vízbe mártott spongyát javasol a hypogastriumra; menorrhagiáknál nyugalom mellett hideg vízbe mártott spongyát ir elő a mons Veneris tájára, a csípőkre és a hideg ülőfürdők előnyét hangsúlyozza.

Az arab orvosok, a kik az ó-világ két nagy nemzetéből való kartársak örökét átvették, sokkal nagyobb mesterei voltak a chemiának, semhogy rossz néven vehetnők tőlük, hogy főleg orvosságos gyógyitást alkalmaztak s a hydrotherapiát háttérbe szoritották. Mind a mellett *Rhazes* a IV. században Kr. u. a víz használatának (lemosás, fürdők, vizivás) előnyeiről számol be himlő és kanyaró esetén, gyomorbántalmakban stb.

A középkorban sok más egyéb hasznos dologgal együtt a vízzel gyógyitás is a feledés tengerébe sülyedt, az elhanyagolás martalékává lőn. Mátyás királyunk idejében a hazánkban névvel biró orvosok egyike, *Nicolaus de Dacia,* 1464 körül, az „astronomiai medikának“ volt egyik jelese, *Frankovith,* a XVI. századbeli magyar növénytani irodalomnak művelője, mint „általa az embereknek adott isteni ajándékot“ irja le a „serapium“ nevű kenőcsöt, mely 30 különféle növényi részből, 16 különböző állat zsírjából és 10 más és másfajta olajból volt megszerkesztve; a XVII. szazadban pedig nagyban gyártották Francziaországban is a „magyar királyné vizét“ (l'eau de la reine d'Hongrie), mely a rozmarinvirág szagos és egyéb jótévő anyagait tette hozzáférhetővé az embereknek, a kik köszvényt kaptak, gyönge testtel születtek vagy utóbb idegbajt szereztek stb.

Lassankint azonban kezdett derengeni és pedig angol földön. Verulami *Bacon* lord a XVII. század legelején már ismét nagy szószólója volt a hideg fürdővíznek, mely „ellentállóbbá teszi testnedveinket“, mintha csak a viznek hűvös vizműveletekre bekövetkező alkalicitás-emelkedését sejdítette volna.

1702-ben jelent meg Sir John *Floyer* könyve: „The ancient Psychrolousia revived“, melynek előszavában a víz diaetetikus használatának elhanyagolását veti nemzetének szemére a szerző s kéri a londoni orvoskollégiumot, venné pártfogásába az ő törekvését, a hydrotherapiának újból működési tért hódítandó. Divatja is kezdett lenni a rhachitis és különféle rheumatismusok vízkezelésének s *Wright* egy Nyugotindiából jövő hajón igen jó eredménynyel küzdvén meg vízkezelés útján egy útközben kitört lázepidemiával, elő volt készítve a talaj Angliában James *Currie* fellépésére.

Ez a liverpooli orvos adott igazi lökést az acut fertőző bántalmak vizkezelésének 1797-ben megjelent művével, „a hideg és meleg viz hatását illető vizsgálatokról lázaknál és más betegségekben“.

A XVIII. század, a hydrotherapia ujjáébredésének százada közepén ugyan *Hahn Gottfried* breslaui orvos leirt egy typhus-járványt (1757), melyben hideg lemosásokkal jó hatást ért el, *Hahn János Zsigmond* pedig kevéssel utóbb valóságos tudományos értekezést adott ki „a hideg víz-kúrákról acut betegségekben“, mégis a hasi hagymáz vízzel gyógyítása is csak azóta kezdett komolyan szóba kerülni, mióta *Currie* megkezdette a láz paroxysmusán az ő betegeit 20—30 liter igen hideg tengervízzel naponta többször leöntözni.

A XIX. század elején már Pozsonyban is akad orvos, *Kolbany*, a ki skarlatinánál alkalmaz hydrotherapiát; a milanói *Giannini* pedig divatba hozza a hűvös fürdőket acut fertőző bántalmakban. *Currie* és *Giannini* munkái franczia nyelvre is lefordittatván, ez ország orvosai közül *Portal* és *Recamier* szegődnek a vízzel gyógyitás hiveivé. 1848-ban *Flenoy* a franczia akadémia elé már egy sorozat hydrotherapiai dolgozattal lép, melyekben a dussok hasznossága van egyebek közt bőven kifejtve, hatásuk váltóláznál, chlorosis és skrofulás állapotok esetében.

A német lingua területén a vízgyógyászat igazi föllendülésére egy laikus ember, *Priesnitz* adta meg az impulsust. 1830 körül Osztrák-Szilézia Gräfenberg helységében mind nagyobb hirre vergődött az ő működése. Egy bordatörése alkalmával önmagán érezvén a hasznát a vizes borítások alkalmazásának, jó megfigyeléssel, következetes észszerű gondolkodással fogott a vízzel kúráláshoz először családtagjai, utóbb idegenek körében. Csakhamar magasrangú pártfogók is keresték fel Gräfenberget, a kiknek révén mind nagyobb elösmerésben részesült az ő csodadoktorsága s végül hatóságilag is engedélyezett vízgyógyintézete állott a Sudetekben. Tőle való a félfürdők alkalmazása, a nedves begöngyölések divatba hozása s ámbár sokszor hagyta cserben szerencséje, orvosi készültség hián nem egy durva tulságba is csapott, el kell ösmernünk egyszerű észjárásának rationalitását s azt, hogy nélküle a hydrotherapia népszerűvé válása korántsem haladt volna oly gyorsan előre. Magyarjaink is buzgón keresték fel az egyszerű eszközökkel orvosló egyszerű embert, a ki mentes volt a sarlatánság mindeu nűanszától, s ott is lovagiasan viselkedvén, egy 15 mázsás vasoroszlánt állitottak a gräfenbergi erdőszegélyes dombsor egy kirúgó pontjára. Az emlék alapzatán elül e sorok:

„A' vaddal köz italt megkezdé vetni az ember
'S göge' fejében kór ágg leve és nyavalás
Priesnitz visszaadá a' viznek régi hatalmát
'S ősi erőben kél újra az emberi faj.“

Oldalt pedig:

„Priesnitznek, az emberiség' jótevőjének
Erdemeit hálásan méltató magyarok
Üdvözlik Gräfenberg életújító forrásainál
A később évek fiait hazájukból.“

És: MDCCCXXXIX. és —XL.

A németeknek egyik legnagyobb emberük a hydrotherapia terén a stettini *Brand* volt, kinek működése 1861—77 közé esett. A typhus vízzel gyógyítását fejlesztette ki annyira, hogy ezzel a viz-therapiának

az acut lázas fertőző bántalmak ez egyik tipusos alakjánál klinikai elösmerést szerzett. Kivétel nélkül minden hasi hagymázesetet 18—25° C. hőmérsékű hűvös fürdőkkel, hideg leöntésekkel és gyakran változtatott hasborításokkal rendelt kezelendőnek s 1868-ban megjelent műve: „A typhus hydrotherapiája“ széles körben keltett feltünést. A német-franczia háborúban a stettini katonakórház is hydrotherapiával kezelte a typhust s itt tanulta meg egy fogságba került franczia orvos, *Glénard*, Brandnak elveit és módszerét. Tudását utóbb hazavitte lakóhelyére, *Lyon*-ba, s innen van, hogy Francziaország második legnagyobb városa volt az, mely a typhus vizkezelésében a többiek előtt járt, elsőül honositotta meg az eljárást kórházaiban.

Bartels, *Jürgensen*, *Liebermeister*, *Ziemssen*, *Riess* stb. aztán továbbfejlesztették, részben módositották a hagymáz vízkezelését, mind egyetértvén e therapiai irány praeponderantiáját illetőleg az exspectativ kezelés fölött.

E közben már a 60-as évek közepe óta munkálkodni kezdett Bécs egyetemének egyik akkoriban habilitált belgyógyász-docense, *Winternitz Vilmos*, a kinek magántanári próbairása ezt a czímet viselte: „Zur rationellen Begründung einiger hydrotherapeutischen Proceduren“. (Jahrb. der k. k. Gesellsch. d. Ärzte in Wien, 1865.)

Ez az értekezés egy mai napig nem lankadó ernyedetlen tudományos munkásságnak volt a beköszöntője, melylyel az 1897 elején 40 éves doktorjubileumát ünneplő hydrotherapeuta széles mederben törekedett kidolgozni a modern vízgyógyászat alapjait, azt a physiologiai és pathologiai irányban egyaránt fontos basist, mely nélkül a hydrotherapia továbbra is csak „kalózzászló alatt járó bárka“ maradt volna orvosi tudasunk tengerén: durva empiria, tiszta látás, finomabb betekintés nélkül a mikor? miért? és hogyan? kérdéseibe.

Dicsérettel kell elismernünk az orosz orvosok korai tevékeny működését a hydrotherapia terén. *Inosemtzeff* a typhus fürdőkezelését már az 50-es évek eleje óta gyakorolta jó sikerrel, *Botkin* tanár pedig oly érdeklődést és vonzalmat ébresztett volt tanitványaiban e tudományág iránt, hogy már *Winternitz* munkálkodásának kezdetével egyidejűleg jelentek meg a szentpétervári orvosi akademiáról idevágó komoly dolgozatok.

Nálunk *Pete Zsigmond* foglalkozott, mint 1863/4-től a budapesti egyetemen a balneologia docense, irodalmi munkálatai tanusága szerint mellesleg a vizzel gyógyitás kérdéseivel is, még előbb jelentékeny sikerrel működött a gyakorlati hydrotherapia terén egy igen világos elméjű orvos, *Fischhof J.*, a ki egy pesti és egy Lunkányban (Krassó-Szörény m.) épült vizgyógyintézetnek volt a vezetője. Az elmult évtizedben még tevékeny művelője volt vizgyógyászati irodalmunknak Uj-Tátrafüred néhai főorvosa, *Szontagh Miklós*, napjainkban pedig már egy sora a hivatásos hydrotherapeutáknak foglalkozik nálunk is a gyógytudomány ez ágának gyakorlatával és irodalmi továbbfejlesztésével.

Az egyetemi intézetek vezetői közül a hydrotherapiát *Wagner* és *Kétly* tanárok alkalmazták előszeretettel a klinikáikon előfordult typhusesetekben, *Bókay János* tanár pedig egyes gyermekbetegségekben látja kiváló hasznát. *Bókay Árpád* tanár évente velős áttekintést nyujt előadásaiban is a hydrotherapia lényegéről, nem késik hallgatóinak érdeklődését a tárgy iránt ébresztgetni s esztendőnként módot ád nekik vidéki vízgyógyintézetek megtekintésére is az általa rendszeresített balneologiai kirándulásokon.

A XIX. század utolsó két tizedje aztán erős fellendülést adott a tudományos vizzelgyógyitásnak világszerte. Amerikában *Kellogg*, Olaszországban *Vinaj* és *Maggira*, Austriában *Winternitz* iskolája *(Strasser, Buxbaum)*, Oroszországban *Storoscheff* stb. dolgoztak vállvetve a hydrotherapia egyenjogúvá tételén az orvostudomány többi ágaival. A kellő pathophysiologiai tájékozottságot a számos dolgos agyvelő munkája megszerezvén, manapság mindjobban foglalkoznak is már művelt nemzetek főiskolái azzal a gondolattal, hogy a hydrotherapiát az egyetemi tanitás keretébe is beilleszszék, annak, a ki gyógyitani készül, s annak, a ki gyógyulni óhajt, egyaránt javára.

Kuthy Dezső dr. egyet. magántanár.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Törekvések a sebészeti eszközök, a kötőszerek és a varróanyag csirátlanitását tökéletesiteni.

Közli: **Hültl Hümér** dr.

(Folytatás.)

76. *Larrabee:* The sterilisation of catgut by boiling alcohol. Boston med. and surg. journ. 1897. Ref. Cblatt f. Chir. 1898. 765. l. — 77. *Bardy:* Sterilisation du catgut à l'alcool. Gaz. des hopitaux. 1899. 98. sz. — 78. *Saul:* Untersuchungen über Catgutdesinfection. Langenbeck Archiv. LII. k. 98. l. — 79. Ugyanaz: Zur Catgutfrage. Berliner klin. W. 1897. 5. sz. — 80. Ugyanaz: Zur Catgutfrage. Berl. klin. W. 1896. 42. sz. — 81. *Cunningham:* New-York surg. society. 1895. Ref. Hofmeister. — 82. *Renner:* Gekochtes Catgut. Prager med. W. 1901. 5. sz. — 83. *Hofmeister:* Ueber Sterilisation des Catguts durch Auskochen in Wasser. Cbl. f. Chir. 1896. melléklet 53. l. — 84. Ugyanaz: Ueber Catgutsterilisation. Cbl. f. Chir. 1896. 193. l. — 85. Ugyanaz: Ueber Catgutsterilisation. Beitr. zur klin. Chir. XVI. k. 3. f. — 86. Ugyanaz: Erklärung zu dem Vortrag des Herrn Schäffer „Über Catgutsterilisation“. Berl. klin. W. 1896. 42. sz. — 87. *Elsberg:* Ein neues und einfaches Verfahren der Catgutsterilisation. Cbl. f. Chir. 1900. 537. l. — 88. *Edebohls:* What is the best method of making and of closing the coeliotomy incision. Amer. gyn. and obstetr. journ. 1896. R. Cbl. f. Chir. 1898. 375. l. — 89. *Bary:* Sur l'asepsie operatoire. Bull. de la soc. de chir. de Paris. XXV. k. 336. l. — 90. *Poppert:* Zur Frage der Catgut-eiterung. Cbl. f. Chir. 1896. 620. l. — 91. Ugyanaz: Über Eiterung durch keimfreies Catgut. D. med. W. 1896. 48. sz. — 92. *Orlandi:* Gelegentlich eines Artikels „Über Eiterung durch keimfreies Catgut“, von Prof. Poppert. Cbl. f. Chir. 1897. 153. l. — 93. *Hahn:* Zur Catgutfrage. Cbl. f. Chir. 1896. 945. l.

3. *Kocher* eljárása (desinfectio tiszta juniperus olajjal). *Schönbein* és *Schär* szerint különösen bizonyos aetherikus olajok az élenyt ozonizálják. A szabaddá vált ozon az aetherikus olaj egy részével a hydrogenhyperoxyddal analog összekötettésbe lép. Ennek hatalmas desinficiáló erejét kivánta *Kocher* igénybe venni, midőn a catgutot 24 órára tiszta juniperus olajba tette. A további eltartás 95%-os alkoholban történik.

Zajaczkowsky szerint a catgut teljesen steril és használatra kész lesz, ha 24 órán át oleum juniperiben, 12 órán át aetherben, és további 60 órán át sósavas vízben (1 : 500) hagyjuk feküdni.

Midőn *Jakobi Rosenbach* vezetése mellett lépfenével fertőzött catguton vizsgálta az alkoholban oldott jodtrichlorid, jodtinctura, chloros víz, monochloreczetsav, hydroxylamin, phenylhydrazin, szénkéneg, β-naphtol, terpentin olaj és juniperus olaj baktericid hatását, azt találta, hogy aránylag legjobb eredményeket a juniperus olaj ad, azonban még 58 napi juniperus olajban való áztatás után is csirok keltek ki a catgutból, sőt 8 eset közül egyszer még a lépfenét is ki lehetett tenyészteni. Érdekes tudnunk, hogy a juniperus olaj csiraölő képességét még 20%-os tiszta carbolsav hozzáadás sem növelte, a fonal pedig csak akkor lett valóban csirátlan, ha három hónapig ázott. *Jakobi* czélszerűnek tartja a juniperus olajban csirtalanított catgutot jodoformozni, hogy tartósan antiseptikus legyen. Ezen eljárás tulajdonképen *Körte*-től származik, kinek előirása értelmében 6 napon át juniperus olajban csirátlanított catgut 6—8 órára glycerin és absolut alkohol keverékébe jut, majd ugyancsak 6—8 órára 5 grm. jodoform, 25 grm. aether és 75 gram. alkohol keverékébe. *Jakobi Körte*-vel szemben azt kivánja, hogy a catgut három hónapig legyen juniperus olajban, hogy azután 24 óráig aether és alkohol keverékében kimosassék, hogy legalább 8 óráig legyen a jodoformos oldat hatásának kitéve. Az igy elkészitett catgutot szárazon jodoformgaze között bádog szelenczékben lehet eltartani.

4. *Kossmann* és *Wollmer*-féle csirátlanitás formalin oldatban. A formalinról *Ritsert* intézetében *Stahl* mutatta ki, hogy rendkivüli bakteriumölő képessége daczára aránylag nem mérges. Ezt a tulajdonságát használták fel a catgut csirátlanitására *Kossmann* és assistense *Wollmer*. A formalinról azt tartják, hogy 1%-os oldat 24 óra alatt kiöli a catgutból az összes hasadó gombákat, holott 1/1000 sublimat mellett 24 óra után is a legszebb coloniak kelnek életre. Az eljárás előnye, hogy igen egyszerű, olcsó, ügyetlenség folytán nem romolhat el a catgut, mint a cumol sterilisationál. Hátránya, hogy az igy kezelt catgut csak 14 nap alatt szívódik fel, a mi azonban véleményünk szerint épen ellenkezőleg nem egy esetben előnyül szolgál. A kórodán *Kossmann* és *Wollmer* szerint kitünően beválik.

Harrington a catgutot tiszta formalin-gőzökkel sterilizálta, mert azt találta, hogy a nedves formalin még gőz alakjában is csökkenti a catgut tartósságát.

Miután a *Kossmann-Wollmer* szerint elkészitett catgutra vonatkozólag azon kétely merült fel, vajjon egész állagában (belsejében is) csiramentes-e, *Rajewski* azt kivánja, hogy a beleket 1%-os formaldehyddal már a feldolgozás alatt csirátlanitsák, akkor a nyersfonal belseje eleve csiramentes lesz, úgy hogy csak a felületét kell még desinficiálni.

Halban és *Hlavacek* felemlitve, hogy formalinnak sokáig kell behatni, hogy valóban desinficiáljon, utaltak először arra, hogy a *Kossmann*-féle eljárás nincs *Geppert* értelmében ellenőrizve. *Schaeffer* az ammoniákban találta meg a formalin antidotumát, melynek alkalmazása mellett kiderült, hogy a *Kossmann-Wollmer*-féle eljárás ép úgy elégtelen, mint a többi vegyszerrel történő desinfectio.

II. Száraz meleggel történü catgut csirátlanitás.

1. A száraz meleggel való catgut sterilizálást először *Reverdin* használta, oly módon, hogy a catgutot négy órán át 140°-ra hevitette. *Reverdin* az eljárásnál első sorban az követeli, hogy a catgut teljesen zsirtalan legyen. *Döderlein*, ki szintén ezen nyomon indul, azt kivánja, hogy a melegités lassanként történjék, hogy a hygroskopicus viz a fonalból elszállva, megakadályoztassék az enyvképződés. Ő egy órán át 130°-ra hevíti a fonalakat. *Benckiser* megpróbálta a catgutot 100°—110°-nál főző folyadékokban (olaj, glycerin) forralni, de eredmény nélkül, mert a catgut szakadékony és törékeny lett. *Benckiser* azért a catgutot a *Rohrbeck*-féle sterilizáló kemenczében 130—140° melegnek teszi ki, papirborítékban.

Ugyanigy jár el *Carstens* is. Fertőzött fonalak ezen eljárás után csiramenteseknek bizonyultak. *Moore* figyelmeztet először arra, hogy nem minden catgutfaj tűri el a kihevitést. Ezen hátrányon kivül ki kell emelnünk, hogy a száraz eljárás szerfelett nehézkes, fárasztó, igen drága készülékeket, finom thermoregulatorokat igényel.

2. *Krönig*-féle eljárás cumolban való kifőzéssel. Ezen mód a desinfectio szempontjából biztos ugyan, de mindennek nevezhető, csak egyszerűnek nem, mert az elkészitésnél a catgutot először is üveg orsókra kell felcsavargatni. Azután szárító szekrényben lassan 70°-ra kell heviteni, mi alatt folyton ügyelünk, hogy a hő 100°-ot ne érjen el, mert az által szenved az anyag minősége. 2 órai szárítás után a catgut

cumolba kerül, melyet homokfürdőn kell mázos vasfazékban forralni. A cumol gyúlékony, erre vigyázni tessék. A kellő idejü főzés után a fonalakat sterilizált csipeszszel kiveszszük a cumolból és petroleum benzinnel leöntjük, hogy a cumolt eltávolitsuk. A megszáritott catgutot *Petri*-féle csészékben őrizzük meg. Az eljárás annyira bonyolult, hogy nem lehet csodálni, ha nem terjedhetett el és ha mindenki más egyszerübb eljárást keres. *Kossmannt* is pl. az ő módszerének kieszelésére főleg az késztette, hogy egy ügyes segédje egyszer fel nem derithető okból cumol főzéssel 60 márka ára catgutot tett pocsékká.

Zajaczkowsky azt ajánlja, hogy a catgutot $2^1/_2$ órán át xylolban (forrpontja 136—140°) főzzük, a mint azt már régebben *Brunner* is tette. A catgutban azonban olyan bakteriumok is vannak, melyek sokkal resistensebbek, mint a lépfene csirái (pedig ezekről tudjuk *Brunner* után hogy 140°-ot $1^1/_2$—2 óráig is eltűrnek), azért sem a xylol, sem az anilin, bergamotte olajban való főzés nem elégséges. Jó azt szem előtt tartani, a mit már *Schimmelbusch* kimutatott, hogy olyan sporák, melyek forró vizben 2 percz alatt elpusztulnak, 100°-os anilin-olaj behatása alatt mit sem szenvednek.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Jellachich: Törvényszéki orvostan jogászok számára. 56 ábra. Kiadta Politzer Budapesten.

Jellachich, a pécsi jogakadémia tanára, könyvét voltaképen hallgatói számára tankönyvnek irta, de hasznát veheti az egész jogászközönség. A könyv a bevezető általános fogalmak magyarázása után előbb az alaki, azután az anyagi részt tárgyalja. Az anyagi rész eleje mintegy 40 oldalon boncztani és élettani alapismereteket nyujt, és olvasóját ilyenformán az alapvető ismeretekkel felszerelve, kezdi meg a tulajdonképeni törvényszéki orvostan tárgyalását. Az ábrák, ha nem is valami művésziek, de mindenesetre megkönnyitik a laikusnak a tárgy megismerését. Az igazán hézagpótló, 361 oldalra terjedő könyv ára 7 korona.

M.

Josef Müller: Das sexuelle Leben der Naturvölker. II. stark vermehrte Auflage. Leipzig, Th. Grieben's Verlag, 1902.

Josef Müller: Das sexuelle Leben der alten Kulturvölker. Leipzig, Th. Grieben's Verlag, 1902.

Ha orvosi vonatkozásaiban nem is, de általános művelődéstörténeti szempontból igen érdemes munkát végzett szerző ezen sorozat megindításával, a melyben a minden idők, nemzetek és népfajok nemi életét irja meg.

Munkája nem frivol, nem ölti magára a tudományosság köntösét, hogy alatta az érzékizgató lascivitások dugárujat csempészsze be. Szerző szándéka komoly és komoly a kivitel is. A ki e könyveket kezébe veszi, hogy psychopathiás obscoenitásokat történelmi keretben vagy ethnographikus környezetben élvezzen végig, az csalódottan teszi le e könyveket.

Az emberiség nemi eszméit és nemi életét összefüggő egészben, szigorúan pragmatikus történelmi alapon, eredeti forrástanulmányok alapján tárja elénk, hogy előkészitse talaját annak a nagy socialis problemának, a mely a családi és nemi élet reformjára törekszik.

Munkája rengeteg irodalom felhasználása daczára és daczára annak, hogy minden túlzott naturalismust kerüli, rendkivül vonzó és a figyelmet lebilincselő. Az e fajta munkák olvasása és tanulmányozása az orvos szükebb szakmabeli kötelességét talán nem képezi, de látkörének oly óriási kitágitását jelenti, hogy mindenképen csak ajánlható. *R—i.*

Uj könyvek. *Bernhard:* Die physikalisch-diätetische Therapie. A. Stuber. Würzburg. 1902. — *Bresler*: Alkohol auch in geringen Mengen Gift. Halle a. S., C. Marhold. — *Pick:* Hydrotherapie. Berlin, Heine. — *Blau*: Bericht über die neueren Leistungen in der Ohrenheilkunde. 5. Bericht. Leipzig, S. Hirzel. — *Presch*: Die physikalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis. Würzburg, Stuber. — *Braun:* Die thierischen Parasiten des Menschen. 3. Auflage. Würzburg, Stuber. — *Herz:* Der Sanitätsdient bei der englischen Armee im Kriege gegen die Buren, Wien, Safar. — *Kobert:* Lehrbuch der Intoxicationen Zweite, durchweg neubearbeitete Auflage. I. Band: Allgemeiner Theil. Stuttgart, F. Enke. — *Nassauer:* Doktorsfahrten. Aerztliches und Menschliches. Stuttgart, F. Enke. — *Rubner*: Die Gesetze des Energieverbrauches bei der Ernährung. Wien, F. Deuticke. — *Esmarch*: Hygienisches Taschenbuch. 3. Auflage. Berlin, J. Springer. — *Ekgren*: Taschenbuch der Massage. Berlin, S. Karger. — *Gauthier*: Les médications thyroidiennes. Paris, Baillière et fils. — *Bernheim:* Traité clinique et thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. Deuxième edition. Paris, Rudeval. — *G. Mann*: Physiological histology. Oxford, Clarendon press. — *T. N. Kelynack:* The selection of consumptive cases for sanatorium treatment. London, The scientific press. — *J. P. Tuttle:* Diseases of the anus, rectum and pelvic colon. New-York, Appleton and Co.

Lapszemle.

Elmekórtan.

Szósüketség és sensoriás aphasia rohamaival váltakozó hallási hallucinatiok egy hűdéses elmezavarban szenvedő egyénnél. Egy 41 éves, hűdéses elmezavarban szenvedő férfibeteg esetéről értekeznek *Serieux* és *Mignot*. Az általuk észlelt betegnek üldöztetési és nagyzási téveszméi intensiv hallás-, szaglás-, izlés- és érzésbeli hallucinatiok alapján fejlődtek ki. Ezek kisebb-nagyobb alászállásokkal tizennyolcz hónapig állottak fenn, mig a hallucinatiokban nyilvánuló izgalmi tünetek, hirtelen fellépő eskórszerű rohamok után, kéregbeli süketségnek, de csak néhány napra adtak helyet, hogy azután ismét előbbi intensitásukkal lépjenek fel. A bonczolás meningoencephalitisből eredő roncsolásokat mindkét félteke több helyén, de különösen kifejezetteket a baloldali gyrus supramarginalis táján derített ki. Jobb agyfélteke súlya 551, balé 526. A kéreg górcsői vizsgálata megerősitette a hűdéses elmezavar kórisméjét. Szerzők szerint valószinűleg nem mennek ritkaság számba a hűdéses elmezavar azon esetei, a hol a sensorikus tünetek uralják a képet, úgy hogy jogosultnak tartják a hűdéses elmezavar egy külön sensoricus válfaját megkülönböztetni. Ujabban Lissauer és Alzheimer atypusos formák név alatt összefoglalták a paralysis progressiva ilyen alakjait. Ezen válfaj ismerete az irányban is bir fontossággal, hogy hallucinatiok kiséretében fellépő szósüketség és sensorikus aphasia eseteiben a hűdéses elmezavar ezen alakjaira is gondolhassunk. (Neuvelle Iconographie de la Salpêtrière 1902. 4. szám.) *Pétzy-Popovits.*

Az „akathisia" psychastheniás tünetcsoportja (Le syndrome psych. asthenique de l'akathisie). Egy eddigelé még kevéssé ismert, 1901-ben Haskowec által leirt és „akathisia" névvel ellátott tünetcsoport érdekes esetét ismertetik *Raymond* és *Janet*. A 42 éves férfibetegnél a kit észlelni alkalmuk volt, a betegségi tünetek főleg akkor jutnak kifejezésre, a midőn ülő helyzetet foglal el. Alig hogy pár perczig ül, sajátságos szorongó érzés kezd rajta erőt venni, s rövid néhány pillanat alatt a legnagyobb fokú félelmi érzésig fokozódik. Lábát hol kinyújtja, hol maga alá húzza, fejét bal vállára támasztja. Szivét dobogni érzi, a a légzés szapora, az arcz rémült, fájdalmas kifejezést ölt, majd nagy verejtékgyöngyök jelennek meg a homlokán, s mindkét kezével görcsösen a székhez fogódzik. A vele való foglalkozás huzamosabb időre teszi képessé a beteget, hogy ülő helyzetét megtartsa, mig az állapot súlyosbodik, ha magára van hagyva, még inkább, ha dolgozó asztalához kell ülnie és dolgoznia. A beteg foglalkozására nézve ékszerész, de ülési képtelensége miatt nem tudja munkáját folytatni. Családilag terhelt, és egész életén át gyenge akaraterejű volt, úgy hogy minden feltett szándékának kivitelére képtelen volt. Ez kilencz hónapi kórházban való fekvése után, hol lábbaja miatt megoperáltatott, elannyira fokozódott, hogy hivatását nem volt képes betölteni. Ezen eset kapcsán a szerzők igyekeznek a tünetcsoport természetét megállapitani és az eset elemezése s minden mozzanatának szorgos megfontolása után ellentétben Haskovec-czel a ki az eseteit a hysteriás astasia-abasiaval analogizálja, eredményképen oda jutottak, hogy a szóban forgó ülési képtelenség a hysteriás astasia-abasiatól lényegesen különbözik. A szerzők ugyanis, úgy az általuk észlelt, valamint Haskowec mindkét esetében nem a beidegzési zavart, hanem a félelmi érzést tekintik a tünetcsoport mintegy legkimagaslóbb és legjelentékenyebb részjelenségének és az eseteket phobie du metier név alatt a phobiákhoz sorozzák. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière 1902. 3. szám.)

Pétzy-Popovits.

Az időszakos elmezavar tanához czim alatt *Ennen* (Grafenberg) a circularis elmezavar három esetéről értekezik. Ezek közül az első alkalmas arra, hogy a circularis elmezavar és agyvérzés közötti oki összefüggéshez egy további adatot szolgáltasson, a mire újabban különösen Pilcz felhivja a figyelmet. A 69 éves egyén circularis elmezavarban szenved s betegségének 29-dik évében felvétetett az intézetbe, a hol a szerzőnek alkalma volt észlelni. A felvételnél négy hónap óta fennálló maniakalis izgatottság van jelen, ezt megelőzőleg másfél évig tartó depressio. Három héttel a felvétele után motorikus aphasiaval, jobboldali facialisparesissel és jobb kar bénulásával járó agyvérzés lépett fel, egyszersmind az izgatottság érzékeny nyomott hangulatba csapott át, mely állandóan fennáll és csak az azóta több izben fellépő minden apoplexiát kisérő pár napig tartó könnyű maniakalis izgatottság váltja időnként fel. Utóbbi időben szellemi gyengeség jelei mutatkoznak. A második eset egy 53 éves betegre vonatkozik, ki évek óta circularis elmezavarban szenved. Nevezetes, hogy a dühösség és búskomorság szabályszerűen váltják fel egymást az utolsó években. A két elmekórtani alak élesen el van különitve egymástól és a dühösség intentitásában mindig a megelőző nap búskomorságának felel meg. Utolsó években bizonyos szellemi gyengeség vehető észre. Ilyen napi váltakozásokkal járó eset nem gyakori az irodalomban. A harmadik eset egy 70 éves férfiról szól, a ki az utolsó két évben kétszer szenvedett fejtraumát, s a másodikkal kapcsolatosan fejfájás, nyugtalanság, izgatottság fejlődött. Ezek időnkinti alászállásokat mutattak, sőt teljesen szabad órái is voltak. Egy idő óta a tiszta, nyugodt állapot az izgatottsággal két napon belül szabályszerűen felváltva jelentkezik olyaténképen, hogy a beteg, ha p. o. nappal nyugodt volt, este felé már izgatott lesz s izgatottsága mindinkább fokozódik, hogy reggeli négy óra körül elérje tetőpontját és másnap estig tart. Azután nyugodt lesz, egész éjjel alszik és másnap rendesen viseli magát, sőt nyugtalan időszakára részben vissza tud emlékezni s belátással is bir róla, azt hiszi, hogy az orvosok mesterségesen idézik elő izgatottságát, hogy az napi táplálékát megtakarítsák. Idővel szellemi gyengeség fejlődött ki nála. Mind a három esetben arteriosclerosis jelei voltak észlelhetők s e miatt szerző a többi hasonló esetekről értekező szerzők véleményét osztja, hogy ugyanis az asteriosclerosis aetiologiai mozzanatként szerepel s ennek folytán a gyógyitást ilyen esetekkel szemben „meglehetős tehetetlennek" mondja. (Neurologisches Centralblatt 2. szám.)

Pétzy-Popovits.

Venereás bántalmak.

Újabb higanykészítmények. 1. *Hydrargyrum lacticum*; ez a higany oxydatum rubrum oldata egy 10% tejsavoldatban. 1‰ oldatban vagy pilula alakjában rendelhető. 2. *Cacodylatum hydrargyro-jodatum*, melyet *Brocq*, *Civatte* és *Fraisse* ajánlanak. A készítményben a higany joddal és arsennel van combinálva és malignus syphilisnél, a hol gyors hatás kivánatos, fenti szerzők szerint kitünőnek vált be. 3. *Mercurcolloid.* E szert újabban *Scholem*, valamint *Werler* próbálták ki, s emplastrum, 10% kenőcs, valamint pilula alakjában jó sikerrel alkalmazták. (Monatshefte für prakt. Dermat. 1902. 8. füz.)

Sellei dr.

A syphilis kezelése hermophenyl injectiokkal. E szert *Lumière* (Lyon) állította elő s tulajdonképen nem egyéb, mint higanyoxyd feloldva natrium carbolicum bisulfurosumban. Desinficiens hatását először *Bérard* tanulmányozta és mivel ezen hatása jónak bizonyult, *Reynès* syphilisnél is kipróbálta. R. egy 1/2% vizes oldatot alkalmazott és abból 4 naponkint injiciált. A gyógyeredmény R. szerint kitünő volt, miért is e szernek nagy jövőt jósol a syphilis therapiájában. (Marseille méd. 1901. okt.; valamint Monatshefte für prakt. Dermat. 1902. 8. füz.)

Sellei dr.

A higanyinjectiokról értekezik *Jullien*. Szerinte az oldható és oldhatlan higanysók adagolására külön-külön indicatiok forognak fenn. Theoretikus szempontból az *oldható higanysók* befecskendése idealis eljárást képez, mert mindenkor a kivánt higanymennyiség adható belőlük a nélkül, hogy a szervezet higanynyal tultelíttetnék; azonban tekintettel arra, hogy sokszor nagy veszedelem esetén, a midőn a higany gyors hatása valamely a syphilis által megbetegedett életfontos szervre kivántatik meg, az oldható higanysókat nem ajánlja. J. igen gyakran alkalmazza a higany succinimid-et, azonban a többi oldható higanysónak jó hatását — ha fenti indicatiok nem forognak fenn — szintén elismeri. Az *oldhatlan higanysók* közül, mint a francziák különben is, előszeretettel a calomel-t alkalmazza, melyből 8 naponkint egyszer ad egy-egy injectiot. A calomel mennyiségét illetőleg J. szerint 0·05 elegendő 50 kgr. súlyú egyénnek, 0·10 pedig 80 kgr. súlyú egyénnek. Az oldhatlan higanysók a syphilis súlyos alakjainál válnak be jól, de különösen oly esetekben, midőn a diagnosis syphilis és álképlet között ingadozik. J. továbbá az oldhatlan higanysókat a syphilis kezdetén abortivumnak tartja. (Journal des maladies cutanées et syphil. 1902. 7—8. füzet, valamint Monatshefte für prakt. Dermatol. 1902. 8. füzet.

Sellei dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A creosotalt specificumnak tartja *Smith* pneumoniánál. Szerinte (Med. Record, 1902. márczius 15.) a láz az esetek 90%-ában lysissel hagy alább crisis helyett, s ez az alábbhagyás is hamarább elkezdődik, mint a hogy a crisis be szokott állni. 7—11 grammot adva pro die, legfeljebb 24 óra mulva elkezdődik a lysis. *Thomson* (Med. Record, 1902. február 1.) szintén kitünőnek találta a creosotalt pneumoniánál. Ő minden két órában éjjel-nappal 1 grammot nyujt, tehát 12 grammot pro die. A gyomor kitünően tűri a szert. Egy phthisikus betegnél pl. 9 hónapon át adagolta a nélkül, hogy a gyomor megsínlette volna, a beteg pedig meggyógyult. *Wilcox* (The Med. News. vol. 77., 24. füzet) influenzás pneumoniánál, *Steiner* (Allg. med. Centr. Zeit. 69. Jahrg. No. 74.) kanyarónál fellépett pneumoniánál látott kitünő hatást a creosotaltól.

A somatoset mint tápszert nagyon dicsérik *Dumarest* és *Jonnart* (Oeuvre Lyonnaise des tuberc. indig.) Főleg meleg levesben oldva vétetik azon betegeikkel, kiket jól kell táplálni, s kiknél a rendes táplálás valamely oknál fogva akadályozott (pl. oesophagus stenosisnál, mandula-phlegmonenál stb.). *Suchannek* (Deutsche Praxis, 1902. No. 14.) saját magánál és családjánál is tapasztalta a somatose kitünő hatását. Különösen ajánlja a 2% vasat tartalmazó vassomatoset, mely a mellett, hogy táplál, a vérképzést is előmozditja.

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 46. szám. *Török Lajos* és *Schein Mór*: Az acne vulgularis gyógykezelése Röntgen-sugarakkal. *Aczél Károly*: Az élesztési eljárásokról. *Bernard József*: A vállficzamodások visszahelyezéséről.

Orvosok lapja, 1902. 46. szám. *Décsi Károly*: Az ápoló-kérdésről. *Konrád Jenő*: Az elmebetegek jogvédelme. *Hajós Lajos*: A normalis psychikai habitus tudományos megismerése.

Magyar orvosok lapja, 1902. 46. szám. *Bárdi Dezső*: Kisérletek egy új phosphor- és vastartalmú tápszerrel. *Grósz Emil*: Okozott-e szintévesztés közlekedési balesetet? *Hoór Károly*: Válasz az előző czikkre. *Márer József*: Az emberi test különböző tájain lévő idegen testekről, a napi gyakorlat szempontjából tekintve. *Loewy Lipót*: „Egészségügyi szabályok" és az iskola. *Löbl Vilmos*: Az egészségtannak középiskolában való módszeres tanításáról.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 46. szám. *Haudek*: A modern orthopaedia műtevés-módszere. *Glas*: Az orrtorok daganatok kórtanához. *Freund*: Tetania és görcsneurosisok. *Dommer*: Új urethrotom. *Englisch*: Peniscarcinoma. *Zahradnicky*: Medulláris anaesthesia.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 46. szám. *Jellinek*: Az athmosphaerás és technikai villamosság okozta egészségzavarok klinikájához. *Marburg*: A nagy agyedények kórtanához. *Harmer*: A gége hátsó falának veleszületett hártyája. *Albrecht* és *Ghon*: Meningococcus intracellularis. *Schrötter*: Idegen test eltávolitása a jobb tüdőből direkt bronchoskopia útján.

Wiener medizinische Presse, 1902. 46. szám. *Henschen*: A gyomorfekély felismerése és orvoslása. *Tausig*: Kisérletek egy új aphrodisiacummal. *Hovorka*: Malaria ellenes oltások Kuhn-féle serummal. *Preindlberger*: Köműtétek.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 44. szám. *Reach*: A béltartalom forditott irányban való tovavitele. *Klümpl*: Casuistikus közlések a vidéki gyakorlatból.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 21. szám. *Tschlenoff*: Az ülőfürdők. *Labhardt*: Mélyen ülő ellágyult myoma operativ eltávolitása a terhesség alatt. *Schubiger-Hartmann*: Adrenalin. *Craandyck*: Ritka köpet.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 46. szám. *Gross*: Helyi melegalkalmazások. *Wolff*: Gyöngykór és emberi gümőkór. *Levinson*: Az oesophagus atoniás tágulata. *Mitulescu*: Adatok az anyagcsere ismeretéhez idült gümőkórban. *Hamburger*: A terhesség megszakitása gümőkóros munkásnőkben.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 46. szám. *Lipstein*: Immunizálás diphtheriabacillusokkal. *Heller*: Kötés felkar- és vállizülettörésekre. *Kuckein*: Aorta aneurysma képében lefolyt oesophagus-rák két esete. *Hecker*: A foetalis syphilis felismerése. *Fuchs*: Cholelithiasis és pankreasmegbetegedés. *Hofmann*: A bórsav állitólagos ártalmatlansága a húsban. *Weichardt*: Typhus béltünetek nélkül.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 43. szám. *Vulliet*: A kéz- és lábhát kemény traumás oedemája. 44. sz. *Sonnenschein*: Adat a végbélelőesés therapiájához infantilismusnál. 45. szám. *Kozlowski*: A lumbalanaesthesia új módja. *Wohlgemuth*: Oxygen-chloroform-narcosis.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 46. szám. *Kobert*: Oxalsav-mérgezés esete.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 21. szám. *Pick*: A motorius apraxia psychologiájához. *Nonne*: Fénymerev pupillák myotoniás összetétési renyhesége. *Schaffer*: Adat a cerebralis hemianaesthesia localisatiojához. *Piltz*: Paradox pupillareactio.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1902. október. *Storch*: Az önkényes mozgások mechanismusa.

Zeitschrift für Heilkunde, 1902. 9. füzet. *Spitzer*: Rákképződés gummás alapon. *Knapp*: A geny fehérjehasitó hatása. *Neumann*: Lymphangioma temporaer chylorrhoeával. *Statzer*: Lenyelt idegen testek viselkedése sérvekkel szemben. *Salzer*: Medialis alajk-áll-nyelvhasadék esete. *Zumbusch*: Anyagcserevizsgálatok psoriasisban.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 6. kötet, 7 füzet. *Krebs Mayer*: Vérlelet izzzasztó eljárásokban. *Jacobäus*: A mindennapi testsúlymérés mint diagnostikai segédeszköz főleg szivbajokban. *Loebel*: A lápfürdők hatása a szivizomzat megbetegedésében.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1902. 12. kötet, pótfüzet. *Münzer* és *Wiener*: Adatok a házinyúl agyának ismeretéhez. *Mann*: Cerebellaris hemiplegia és hemiataxia. *Strohmayer*: Abasia-astasia.

Zeitschrift für klinische Medicin, 46. kötet, 1—2. füzet. *Jaksch*: A nitrogentartalmú anyagok eloszlása beteg emberek vizeletében. *Mayer*: Kisérletes vizsgálatok szénhydratsavakkal. *Menzer*: A heveny és idült izületi csúz serumtherapiája. *Lang*: A vörös vérsejtek resistentiája hypoisotoniás konyhasó oldatokkal szemben pyomorráknál. *Rosin* és *Laband*: Spontan laevulosuria és laevulosaemia.

Virchow's Archiv, 169. kötet, 3. füzet. *Sick*: Adat a lymphangiomák szerkezetének és növekedésének tanához. *Jellinek*: Elektromos áram és villám okozta szöveti elváltozások az idegrendszerben. *Fischler*: A veseinfarctusok zsírtartalma; adai a zsíros elfajulás kérdéséhez. *Naegeli-Akerblom*: A geminitas az öröklés szempontjából. *Pick*: A rugalmas rostok elrendeződése a méhben. *Katzenstein*: Az idegátmetszés befolyása a paizsmirigyre.

Therapeutische Monatshefte, 1902. 10. füzet. *Kassowitz*: A diphtheria serumtherapiájának eredményei. *Floren*: Pernasalis és peroralis tubage. *Singer*: A somatose befolyása a gyomor motilitására. *Hoffmann*: Légzésgymnastika. *Thost*: Orrzuhanyzás. *Gerlach*: Az amyloform értéke a gyakorlatban. *Keller*: Az abortus kezelése különös tekintettel a narcosisra. *Bergel*: A láz és orvoslása *Boltenstern*: Súlyos kénsavmérgezés gyermekben.

Gazette hebdomadaire, 1902. 90. szám. *Detot* és *Grenet*: Traumás tetanus; antitoxin befecskendése a gerinczvelő burkai alá; halál. 91. szám. *Achard* és *Grenet*: Pneumococcus okozta meningitis esete; gyógyulás kisfokú brachialis paresis megmaradásával.

Le progrès médical, 1902. 45. szám. Az orvosi oktatásügyre vonatkozó czikkeket tartalmaz. (Le numéro des étudiants.)

La semaine médicale, 1902. 46. szám. *Emile-Weil* és *Clerc*: Idült splenomegalia anaemiával és a vér myeloid reactiója.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 46. szám. *Dekeyser*: Raynaud-féle betegség és összefüggése megfogyással.

Archives générales de médecine, 1902. október. *Barjon* és *Cade*: Bright-kórban szenvedők és szívbajosok mellüri folyadékgyülemeinek cytologiai vizsgálata. *Meige*: Gigantismus. *Waschide* és *Lahy*: A vérnyomás-mérés technikája.

Bulletin général de thérapeutique, 144. kötet, 16. füzet. *Robin*: A vesekőbetegség orvoslása. *Huchard*: A pericarditisek gyógyítása. *Renault*: A syphilis gyógyítása higanybefecskendésekkel. *Le Gendre*: Coffein-befecskendés érvágáskor. *Gallois*: Oxygenes víz mint epilatorium.

The lancet, 1902. II. 19. szám. *Ch. J. Cullingworth*: Méhenkivüli terhesség okozta intraperitonealis vérzés. *J. F. Goodhard*: Obstipatio. *A. Morison*: Cardialis fájdalom. *R. H. Elliot*. Öt hónap alatt végzett 500 műtét primaer cataracta miatt. *J. E. Judson*: A galandférgek esetleges szerepe a diabetes aetiologiájában. *Bryce J. Macauley*: Nagy dermoid tömlővel szövődött szülés. *Tom Bird*: A narcosisra vonatkozó megjegyzés. *A. P. B. Ellis*: Villámsujtás esete. *H. W. Syers*: Az aorta latens aneurysmájának esete.

British medical journal, 1902. november 15. *Dyce Duckworth*: A pneumonia orvoslása. *Raoul de Boissière*: A diazoreactio tüdőgümőkórban. *R. E. Lord*: Hyperpyrexia két gyógyult esete. *H. A. R. D. Spitta*: Általános pneumoniás fertőzés esete. *F. M. T. Skae*: Dengue-láz Penangban. *E. A. Dent*: Scarlatina és kanyaró egyidejű előfordulása. *J. Smyth*: Malaria gyógyítása chinin bőr alá fecskendésével. *W. Allen*: Kígyómarás esete. *J. W. Washbourn*: A pneumonia kórtana. *J. G. Mc Naught*: Epididymitis mint a typhus szövődménye. *J. Taylor*: Víz okozta typhusjárvány. *R. V. Dolbey*: Járványos sárgaság Dél-Afrikában. *C. Whipple*, *H. W. Webber* és *E. L. Fox*: Abdominalis actinomycosis esete. *Ph. A. Pearcey* és *A. Walker*: A jobb váll- és csipőizület amputatiója.

The practitioner, 1902. november. *S. Wilks*: Az alkohol mint ital és orvosság. *H. Thompson*: Tapasztalataim az alkoholt illetőleg. *W. H. Broadbent*: Az alkohol mint gyógyszer. *G. Sims Woodhead*: Az alkoholismus kórtana. *J. Edmunds*: Alkoholtartalmú italok. *Pearce Gould*: Alkohol a sebészetben. *J. Milne Bramwell*: A dipsomania és az idült alkoholismus gyógyítása hypnotikus suggestioval. *J. J. Ridge*: Az alkohol társadalmi szempontból. *Francis Vacher*: Az alkoholismus okozta mortalitás Angliában.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. november 21.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal ki mutatása szerint az 1902-dik év 44. hetében (1902. október 26-dikától november hó 1.-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 421 gyermek, elhalt 237 egyén, a születések tehát 184-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra 28·5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 16·1, az egy éven felüli lakosságnál: 12·9 az öt éven felüli lakosságnál: 12·1 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 1, pertussis 2, morbili 5, scarlatina 7, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 4, meningitis 7, apoplexia 5, eclampsia 4, szervi szivbaj 21, pneumonia 13, pleuritis 0, pneum. catarrh. 3, bronchitis 9, tuberculosis pulmonum 35, enteritis 17, carcinoma 15, ezek közül méhrák 2, egyéb újképletek 5, morbus Brightii et nephritis 5, veleszületett gyengeség 15, paedatrophia 0, marasmus senilis 13, erőszakos haláleset 5, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 1, baleset 3, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2950 beteg, szaporodás e héten 790, csökkenés 828, maradt e hét végén 2912 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi október 29-dikától november 4-dikéig terjedő 43. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 38 (51), diphtheria, croup 32 (30) hagymáz (typhus) 1 (9), kanyaró (morbili) 89 (119), trachoma 3 (6), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 6 (4), orbáncz (erysipelas) 28 (23), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (2) járv. fültömirigylob 6 (6), ezenfelül varicella 49 (56).

☒ **Kinevezés.** *Pantocsek József* dr.-t, a pozsonyi közkórház igazgatóját a belügyministerium vezetésével megbizott m. kir. ministerelnök a VI. fizetési osztályba léptette elő.

○ **A belgyógyászok congressusának** végrehajtó bizottsága elhatározta, hogy 1903-ról a szokott évi összejövetelt a madridi nemzetközi orvosi congressusra tekintettel 1904-re halasztja, a mikor is Lipcsében fog az megtartatni.

± **Egy Landois-emlék.** Mély fájdalommal olvastam *Landois*, a nagy német physiologus halálának hirét, a kinek ifjúkori emlékeim egyik legszebbikét, legfelejthetetlenebbjét köszönhetem.

Mint másodéves orvostanhallgató én is, mint kartársaim, az élettant *Landois*-nak általánosan elterjedt s számos európai nyelvre lefordított tankönyvéből tanultam. A szerző nevét, a mely az élettanban egyike a leggyakrabban idézetteknek volt, megboldogult tanárunk, *Jendrássik Jenő* mindig úgy ejtette ki, a hogyan azt irják, t. i. Landoisnak, míg én ösztönszerűleg annak franciás kiejtését tartottam helyesnek. Már nem emlékszem, hogy mi indított szerénytelenségemre, de tény, hogy egyenesen *Landois*-hoz fordultam felvilágosításért, a ki azután postafordultával a következő levéllel szerencséltetett meg:

„Igen tisztelt ifjú barátom!

Szives kérdésére tudomására hozom, hogy az Ön feltevése a helyes. Családom franczia származású s mi „Langdoah"-nak ejtjük ki nevünket.

Az Önnek való bemutatkozásomat teljessé óhajtván tenni, van szerencsém ide mellékelve arczképemet emlékül megküldeni.

A legjobb kivánságokkal további jóléteért maradok teljes tisztelettel

Landois.

Greifswald, 1883. junius 4."

Ezt a levelet, valamint az ajánlással ellátott arczképet, a mely rendkivül rokonszenves, szép férfiú vonásait adja vissza, reliquiákként őrzöm. A levelet megboldogult *Jendrássik* tanárnak is megmutattam s úgy tudom, hogy *Landois* nevét nálunk azóta helyesen ejtik ki.

Érdekes, hogy még Németországban sem voltak mindenütt tisztában a helyes kiejtéssel, a mire vallottak *Udránszky László* egyetemi tanárnak 1886-ban Strassburgból hozzám intézett sorai, a melyekben a fenti levél tartalmának vele való közlésére kért, mivel egy ottani tudós társaságban Landois nevének helyes kiejtése szintén vita tárgyát képezte.

Legnagyobb sajnálatomra nem volt alkalmam Landoissal személyesen megismerkedhetni, de a fiatal magyar medikussal szemben való viselkedése 19 év előtt arra mutat, hogy kedves, szerény, jó ember, a medikusokkal együtt érző tanár szállt vele sirba. Áldott legyen emléke!

Temesváry Rezső dr.

□ **Külföldi gyógyszerek behozatala.** A belügyminiszter körrendeletet bocsátott ki az összes köztörvényhatóságokhoz a gyógyszereknek külföldről való behozatala tárgyában. E szerint az *elkészített gyógyszerárúknak* és különleges gyógyszerkészitményeknek, a mennyiben azok emberek számára valók, külföldről behozatala végett magánszemélyek ezentúl azon törvényhatóság első tisztviselőjének engedélyét kötelesek kikérni, a melynek területén laknak. A törvényhatóság első tisztviselője az engedély megadásának kérdésében saját tiszti főorvosának véleménye alapján végérvényesen határoz. Az állati gyógyszerek behozatali engedélyének módositása tárgyában a földmivelésügyi ministerium külön rendeletet fog kibocsátani. Jelen rendelet 1903. január 1-évl lép életbe.

— **A II. sz. szülészeti és nőgyógyászati poliklinikum** október hóban 113 esetben 79 műtéttel nyujtott segélyt. Evi f. sz. 1174.

— **Megjelent.** *Bókay Árpád* dr. egyet. tanártól: „Vénygyüjtemény". 6-dik tetemesen bővitett kiadás. Singer és Wolfner. Budapest. Ára 3 k. 60 f.

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



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Természetes forró, meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások. zuhany-massage, vízgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyvíz uszodák. Olcsó és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága** Budán.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapesten, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle concentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Radiotherapia. — Átvilágitás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesités.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Elektromagneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában **Budapest, Városligeti fasor 13.** Elektromagneses erő alkalmazási tere: **álmatlanság, izomcsúz, neuralgiák, ischiás, szívneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine, stb. — Orvosi vezetés.** — Kezelés egész napon át. Mérsékelt díjak. Kivánatra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tud. Akadémia. (III. osztály ülése 1902. november 17-dikén.) 767. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XX. rendes ülés 1902. november hó 15-dikén.) 767. l. — A második országos elmeorvosi értekezlet. (III. ülés 1902. október hó 26-dikán d. e.) 769. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (III. szakülés 1902. évi márczius hó 15-dikén.) 750. l. — (IV. szakülés 1902. évi márczius hó 22-dikén.) 770. l. — (V. szakülés 1902. évi április hó 22-dikén.) 771. l. — A British medical association 1902. évi manchesteri nagygyülésének orr- és gége-gyógyászati szakosztálya. 771. l.

Magy. Tud. Akadémia.

(III. osztály ülése 1902. november 17-dikén.)

Elnök: **Thán Károly.** Titkár: **König Gyula.**

Orvosi érdekű tárgyak voltak:

I. **Donáth Gyula** egyet. m. tanár és Rókus-kórházi rendelő orvos részéről *Hőgyes Endre* r. tag előterjesztette a következő czimű értekezést: **„A cholin szerepe az epilepsiában“.** Szerző ez értekezésében azon vizsgálatokról számol be, melyeket részint a Rókus-kórházban, részint az egyetem gyógyszertani intézetében végzett epilepsiások gerinczagyi folyadékával. Körülbelül 80 betegtől vett részint diagnostikus, részint therapeutikus czélból a Quincke-féle punctio útján gerinczagyi folyadékot. Ennek chemiai és mikroskopiai vizsgálatát megejtvén, azt találta, hogy abból Halliburton és saját módszere szerint egy mérges hatású anyag, a cholin állítható elő. E cholint állatoknak (nyúl, kutya, tengerimalacz) agyvelejébe fecskendve, azoknál rángó görcsöket idéz elő. Igy ő hajlandó felvenni azt, hogy a cholinnak nagy szerepe van az epilepsiások rángó görcseinek előidézésében. Értekezése egész terjedelmében is meg fog jelenni.

II. **Farkas Géza** részéről: **„A vérsavó hydroxyl-ion tartalmáról“**, előterjesztette *Tangl* Ferencz l. t. A vér és savó vegyhatását eddig, mondhatjuk általánosan, lúgosnak tekintették. Ha indicatorokkal vizsgáljuk pl. a friss lósavót, lúgosnak jelzik destillált vizzel szemben: jodeosin, methylorange, lakmoid, alizarinsulfosav, azolithmin (lacmus), congovörös, rosolsav. Nem mutatnak eltérést: fluoresceïn és phenolphthalein. Különösen figyelemreméltó, hogy a lúgok iránt különben érzékeny phenolphthalein nem veresedik meg. Az, hogy methylorange a savót lúgosnak, phenolphthalein savanyúnak indicálja, az még leginkább a savó igen közel közömbös volta mellett bizonyító. A többi indicator relative erős sav, s igy valószinűleg a fehérjealkali felbontása révén adja a lúgos reactiót.

Tehát az indicatorok nem adván végleges felvilágositást a savó reactiojáról, physico-chemiai methodushoz, az elektromotoros erő méréséhez kell folyamodnunk, mint a mely módszer megengedi a savó s a vér reactiojának vizsgálását a nélkül, hogy megbontanók a chemiai egyensúlyi helyzetet. Höber ily módon vizsgálva a vért 1900-ban, azt találta, hogy körülbelül milliomod normal lúgnak megfelelő lúgosságot mutat.

De minthogy az oxygen eltávolitása czéljából mérés előtt s közben órákon át hydrogéngázt áramoltatott át a véren, a szénsav elhajtása révén túlmagos értékeket kapott. Ha a szénsavat nem hajtjuk el, s a Bugarszky tanár által ajánlott fogás alkalmazásával határozzuk meg az elektromotoros erőt, s ebből a lúgosság fokát, jóval kisebb értékeket kapunk, mint Höber. Az igy talált értékek 1—1·07 körül változnak, vagyis a savó mintegy tizmilliomod normal lúgnak felelne meg. De minthogy az ideális tiszta destillált viz is, tekintetbe véve, hogy benne 18 C⁰-on a OH ionak concentratioja körülbelül tizmilliomod normal lúgnak tekinthető, tehát a savó is tulajdonképen igen közel közömbösnek bizonyul. Minél inkább törekszünk arra, hogy lehetőleg ne változzék a savó összetétele a kibocsátás után, annál közelebb jutunk a közömbös reactiohoz, sőt a savi reactio határához érkezünk.

III. **Farkas Kálmán** részéről: **„A selyemhernyó anyag- és energiaforgalmáról fejlődése közben“**, előterjesztette *Tangl* Ferencz l. t. A vizsgálatok czélja az volt, hogy meghatároztassék azon munka nagysága, a melynek árán a költetlen petékből kész selyemhernyó fejlődik ki. A kisérletek berendezésükre nézve megegyeztek *Tangl* tyúktojás-kisérleteivel; nevezetesen meghatároztatott a költetlen és a kiköltött peték anyag- és energiatartalma, a két érték között mutatkozó differentia adta azon anyag és energia mennyiségét, a melyet a fejlődő embryok elfogyasztottak. Minthogy megállapittatott a kikelő hernyók súlya és azok száraz anyag tartalma, meghatárhozható volt az is, hogy mennyi energia használtatik el egy gramm hernyó embryonalis kifejlődése közben, illetve egy gramm embryonalis szárazanyag felépitéséhez (a fejlődés relativ, és a fejlődes specifikus munkája, *Tangl*). Külön kisérlet szolgált annak eldöntésére, hogy a kikelt selyemhernyók — teljesen hasonló viszonyok között tartva azokat, mint a költött petéket — koplalás alatt mennyi energiát szükségelnek.

A kisérletekből a következők derültek ki:

A peték kikóltése közben (89%-nyi kikelés mellett) azok szárazanyagtartalma 17%-kal, energiatartalma 24%-kal megfogyott.

A fejlődés relativ és specifikus munkája megegyezők a tyúknál talált hasonló értékekkel: a fejlődés relativ munkája 882 cal. (tyúknál 658 cal.), a fejlődés specifikus munkája 3125 cal. (tyúknál 3424 cal.)

Egy-egy selyemhernyó fejlődése közben 0·4 cal. (= 0·174 mkgr.) energia fogyasztatott el.

A fejlődés munkáját nagy energiatartalmú anyagok szolgáltatták (1 gr. elhasznált szárazanyagnak energiatartalma 8508 cal.). Az elhasznált anyagnak nagyobb része (57·74%) zsir, kisebb része (42·26%) valószinűleg fehérjék. Az elhasznált energiának kétharmad részét zsir elégése adta.

Költés alatt az embryók 1000 grammja 24 óránként 353 cal.-t használ el, míg a koplaló selyemhernyók csak 198 cal.-t, vagyis az embryo életben tartásához és fejlődéséhez — úgy mint a tyúknál — relative több energia szükségeltetik, mint a már kifejlődött állat életben tartásához.

A kikelt hernyók koplalás közben a zsiron és fehérjén kivül valószinűleg nagyobb mennyiségű glycogent is oxydálnak.

A peték és a hernyók a költés illetve koplalás alatt más gázalakú C.-tartalmú vegyületet nem adnak ki, mint kizárólagosan CO_2-t

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XX. rendes ülés 1902. november 15-dikén.)

Elnök: **Schwarz Artur.** Jegyző: **Wenhardt János.**

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesitésére felkéri Paunz, Kövesi, Áldor tagtársakat.

A rhinogen agytályog.

Paunz Márk. Az orrból és a mellüregeiből eredő intracranialis fertőzések még kevéssé ismertek, bár az agyburkok és az agy genyedő folyamatainak jelentékeny része az orrüregből származik. Előadó egy általa észlelt és operált eset kapcsán a rhinogen agytályogot ismerteti. Az orrból kiinduló — *rhinogen* — agytályog jóval ritkább, mint a középfülből származó agytályog. Eddig mindössze 30 rhinogen agytályog került észlelés alá; nagy részük csak a boncasztalon. Előadó esete: Sz. K. 16 éves munkás leány. Heveny-nátha után a bal felső szemhéjon tályog támadt, nagyfokú balhomloktáji főfájások kiséretében. A tályogot Mohr dr. felvágta. Múló javulás után néhány nappal később a fejfájások még fokozatosabb mértékben léptek fel. A bemetszés által keletkezett sipolyon át érdes csont tapintható szondával. A középső orrjáratban geny. Miután kifejezett agynyomási tünetek — hányás, gyérebb érlökés, igen heves fejfájások a bal homlokéből felett és kifejezett venosus hyperaemia a szemfenéken — jelentkeztek, az előadó a beteget azon feltevésben, hogy a bal homlokéből genyedése már intracranialis complicatiót is okozott, megoperálta. Nagyon kis sinus frontalis mellett a feszes, nem lüktető dura mater-re akadt a trepanationál. A dura feszes volta geny retentio mellett bizonyitott, ezért próba-punctio, mely positiv, a Pravaz-fecskendő genyet aspirál a lobus frontalisból. A tályog megnyitásakor mintegy 80 köbczentiméter geny ürült ki. A kezdetben kedvező lefolyást meningitis, majd később encephalitis suppurativa tovaterjedése zavarta meg, mely folyamatok klinice az ellenoldali nerv. abducens, majd nerv. facialis hűdésében nyertek kifejezést. Almanagyságú agyprolapsus is fejlődött. A beteg 5 hónappal a műtét után meningealis tünetek között meghalt. A bonczolás eredménye: a bal lobus-frontálisban több babnyi, mogyorónyi és egy tyúktojásnagyságú tályog, mely utóbbi a bal agygyomrocsba tört át. Meningitis basilaris suppurativa acuta. Az agyfertőzés a bal rostacsontsejtekben fejlődött genyedésnek volt következménye.

Az orrból kiinduló intracranialis fertőzések legtöbbször a homlokéből, a rostacsontsejtekből és az ikéből származnak, ritkán a Highmor-üregből, mert utóbbi csak közvetve jut vonatkozásba a koponyaüreghez. Az agytályog a fronto-ethmoidalis üregek genyedéseihez járul, mig az ikéből többnyire meningitist és a sinus cavernosus thrombosisát okozza. A Highmor-üregből kifejlődött intracranialis fertőzések több esetében az eredeti fertőzés szuvus fogból indult ki. Az agyfertőzés létrejöhet veleszületett csonthiányokon át. Ez ritka. Legtöbbször a geny usurálja a nyákhártyát és az alatta fekvő csontot és ezen perforatio folytán jön létre a complicatio, de létrejöhet ez a venák thrombosisa és a nyirkútakon való tovaterjedés által is. A genyedő folyamat az idegek mentén — nervus olfactorius, opticus — is tovaterjedhet az ezeket kisérő nyirkpályákon. Sokszor több mellüreg képezi a geny forrását. Az intracranialis genyedés lehet extraduralis és intraduralis tályog, általános genyes lágy agyburoklob, körülirt encephalitis suppurativa, vagyis agytályog és sinus-thrombosis. Ezen folyamatok egymással sokszor combináltak. A rhinogen agytályog csaknem mindig a lobus frontalisban fejlődik, csak egy esetben fejlődött a lobus temporalisban a Highmor-üregből kiindulólag. Általában heveny és idült lefolyást észlelünk. A mellüreggenyedés nem mindig nyilvánvaló, sőt az előidéző orrbántalom már gyógyulhatott is (*Jacubasch*), midőn az agytályog fejlődik. Ezen körülmények diagnostikus nehézséget okozhatnak.

A rhinogen agytályogra első sorban az eredeti orrbántalom és különösen a homlokéből genyedéséhez társuló külső complicatiók (periostitis a homlokcsonton, orbitalis phlegmone, a felső szemhéj lobosodása) hívják fel figyelmünket. Ezen külső complicatiók ritkán hiányoznak. A rhinogen agytályog tünetei miben sem különböznek más agytályogok tüneteitől. A fokozott agynyomás tünetei itt is megvannak. Az általános tünetek közül a láz rendesen nem nagyfokú, intermittáló. Magasabb hőemelkedés csak az orbitalis phlegmone és a meningitis társulásánál észlelhető. Az agynyomási tünetek között a fejfájás majdnem mindig a sinus frontalis falaira szoritkozik, mert annak közvetlen szomszédságában fejlődik az agytályog is. Ezen fejfájások különösen

akkor nagy jelentőségűek, ha a geny a sinusból akár az orron át, akár külső műtét által már kiürült. Ha ilyenkor az érlökések száma is csökken ,jogunk van a koponyaüreg megnyitására. Az érlökések számának csökkenése egyedül erre fel nem jogosít bennünket, mert újabb észlelések szerint melléküreg genyedéseknél az érlökések számának csökkenése reflektorikus úton is létrejöhet *(Killian)*. A szemfenék pangási tünetei agytályognál is megvannak, rendesen jobban kifejezve a beteg oldalon *(Bergmann)*. A beteg oldalon jobban kifejezett szemfenéki tüneteket illetőleg rhinogen agytályognál figyelembe veendő, hogy a gyakran jelen levő orbitalis phlegmone is okozhat szemfenéki változásokat a nélkül, hogy ezek agyi tünetek volnának. A rhinogen agytályognál a gócztünetek csak alárendelt szerepet játszanak, mert a homloklebenyben a gócztünetek daganatoknál, nagyobbfokú roncsolásoknál sem fejlődnek. Csak ha a tályog nagy, válthat ki nyomás, vagy a motorikus centrumokra való átterjedés által a motorikus sphaerákra vonatkozó tüneteket. Ha a tályog a bal homloklebeny 3-ik tekervényében képződik, beszédzavar (aphasia motorica) jön létre. Ezt két izben észlelték. Néha egyáltalában nincs semmiféle tünet. A rhinogen agytályog kórisméje sokkal könnyebb, mint a homloklebeny daganatainak diagnosisa. Az agytályog kórisméjének alapja az aetiologia (Oppenheim, Bergmann). Ismervén a geny forrását, a tályogot annak szomszédságában kell keresnünk. Mellékkörülmények azonban félrevezethetnek bennünket. *Kolbel* az agynyomási tüneteket az egyúttal jelenlevő otitis mediára vonatkoztatta és a fülön végzett radicalis műtétet, holott a keresett agytályog a homloklebenyben fejlődött vagy a homloköblökből kiindulólag.

Ha megtettük a tályog diagnosisát, azt meg is kell nyitni, mert különben halál a végeredmény (Bergmann). A halál részint mindinkább fokozódó agynyomás folytán, de még többször a tályognak az agyburkokba, vagy az agygyomrokba való áttörése által jön létre, súlyos meningealis tünetek között. A korai megnyitás elég jó eredményeket ad. Eddig 5 gyógyult eset van *(Denker, Rafin, Herzfeld, Killian, Luc)*. Legczélszerűbb Kuhnt eljárása szerint felnyitni a sinus frontalist, hátsó falát is eltávolítani. Ha a kemény agyburok feszes, nem lüktet, szabad próba-punctiót végezni. Ha a kemény agyburok lüktet, még ha találtunk is extraduralis tályogot, punctiót végezni nem szabad, hanem várnunk kell az agynyomási tünetek visszafejlődésére. A tályog megnyitása, utókezelése a szokott gonddal végzendő.

Prophylactikus szempontból fontos a melléküreggenyedések pontos észlelése és helyes kezelése. Különösen a fronto-ethmoidalis üregek genyedésénél nem szabad nagyon conservativeknek lennünk.

A rhinogen agytályog csak kis töredéke azon nagy jelentőségű fejezetnek, mely az orrból származó agyfertőzésekről szól. *Strümpell, Weigert, Weichselbaum* azon úttörők, kik először terelték a figyelmet e fontos kérdésre. Már nagyon sok az olyan észlelés, mely mutatja, hogy a meningitis suppurativa az orrból indult ki. Hogy e felfogás még nem hóditott tért, annak az oka abban rejlik, hogy ezelőtt a meningitis suppurativában elhaltak bonczolásánál csak kivételesen ügyeltek az orrüregre. Ebben rejlik a kérdés nagy fontossága. Csak akkor lehet szó helyes és tervszerű gyógyításról a genyedő agybeli folyamatoknál, ha a fertőzés forrásait és tovaterjedési módjait ismerjük.

Tövölgyi Elemér. A rhinogen agytályog létrejöttére befolyással bir a kor és a nem is. Rendesen a 10—30. év között és férfiaknál kétszer oly gyakran fordul elő, mint nőknél. Lermoyez egy család több tagjánál látott rhinogen agytályogot. Úgy magyarázza, hogy vagy egy congenitalis hasadék volt jelen, vagy a rendes koponyalikak, hol az edények és idegek átjárnak, voltak nagyon tágak. Agytályogok néha tökéletlenül végrehajtott melléküregműtétnél is kifejlődnek, mely traumaként hat. Lucnak van hasonló észlelete. Lermoyez egy melléküreggenyedésnél a sinus longitudinalis superior thrombophlebitiséből kiindulólag észlelte, hogy a fejbőr venái annyira kitágultak és kanyargósakká váltak, hogy a leborotvált fej Medusa-főhöz hasonlitott. Ez úgy jött létre, hogy a koponyacsont diploëvénáinak thrombophlebitise folytán a vérvisszafolyás a fejbőr venáiból meg volt nehezítve. Ezóta ezt fontos tünetnek tartja Lermoyez a sinus longitudinalis sup. thrombophlebitisére nézve. Néha kis elváltozások már nagy tüneteket hoznak létre. A pulsus lassúsága mellett annak erőteljes és rhythmikus volta, esetleg subnormalis temperatura, rhythmikus légzés ama tünetek, melyek agytályogra irányitják a gyanut.

Ónodi Adolf. Előadó jó szolgálatot tett, hogy e kérdést felvetette és e kérdés irodalmát szélesebb orvosi kör elé hozta és bevilágitott az orrbajokkal járó súlyos bonyodalmakba. Az aetiologiához kivánok néhány megjegyzést fűzni. Az előadó által felsoroltakon kivül fontosnak tartom az infectio létrejöttére nézve a *nyirokútakat* és a *vivőeres* hálózatokat, de ezeknek ismerete egyáltalában nem teljes, mert a nyirokútak ismeretében most is Sappeynél tartunk, bár az, a mit Sappey leirt, helyes. Schwalbe mutatta ki, hogy a subduralis üreg összefügg az olfactoriussal, Retzius pedig a subduralis és subarachnoidalis üregek összefüggését mutatta ki. De fontos az, hogy a subarachnoidalis üreg összefügg az orrüreggel, melyben a nyirokerek szabadon végződnek. Ezt eddig ugyan csak állatoknál mutatta ki Zuckerkandl, embernél még nem. A nyirokútak a choanákban és a lágy szájpadon gyülnek össze, de még további kiegészitésekre van szükség.

A vivőeres hálózatokra vonatkozó ismereteink sem teljesek. Az orr vivőeres hálózatának és az agysarló öblének összefüggése fontos a thrombophlebitisek létrejövetelére nézve, mert a vérperforansok az összekötéseket létesitik a melléküregek és a koponya vivőerei között. Kivánatosak és fontosak az ellenőrző vizsgálatok.

Fel akarom hivni még a figyelmet arra, hogy a kóroktanban, joggal felvétetnek a physiologikus csonthiányok, midőn dura mater és csonthártya képezi a falat, tehát úgy az áttörés, mint a folyamat tovaterjedésének az útja meg van adva; épen olyan joggal kell helyet adni azon anomaliáknak, melyek ezen esélyeket elősegitik. Igy a homloküreg a koponyaárokig, az ékcsont kis szarváig, a foramen opticumig terjed. Egy esetben észleltem, hogy a hátsó rostaöböl a szemgödör tetején 4 cm.-nyire volt elterjedve.

Ezek az áttörések is a folyamat tovaterjedésének esélyeit növelik. Hogy a Highmor-üregből is lehetnek rhinogen complicatiok, arra nézve felemlitem vizsgálataimat, 25 fejen háromszor találtam, hogy a Highmor-üreg és az iköböl vékony csontfal által volt egymástól elválasztva. Ilyenkor a Highmor-üreg empyemája áttörhet az iköbölbe és tovább. Ez az anomalia megmagyarázza Dmochovszky esetét, melyben a geny áttört az iköbölbe. Grünwald esete pedig bizonyitja, hogy egy az élőben fülcomplicatiokkal lefolyt eset a sectio után rhinogennek tünt ki ismeretlen anomalia folytán. Tudniillik a két rendes iköböl mellett volt egy rendellenes iköböl is, mely nem az orrüregbe nyilt, hanem az orrgaratüregbe, melynek empyemájából a geny az Eustachkürtbe jutott, a hallószerv genyes gyuladását okozva és lethalis kimenetelhez vezetett. E készitményt Grünwald Manchesterben demonstrálta.

Hangsúlyozom,hogy a kóroktanban ezen anomaliáknak is helyük van.

Pertik Ottó. A homloklebeny tályogának egy tanulságos esetét emliti az előadásban felhozott homloklebenybeli tályogok pendantja gyanánt. Strassburgban jobb társadalmi állású hölgy a tramwayról le akar szállani, a kalauz a vaskorlátot leereszti előtte és homlokon üti vele. Pillanatra elszédült, de rendes foglalkozását férje üzletében folytathatta. Majd fejfájások léptek fel, melyek között hat hét mulva hirtelen meghalt. Bonczoláskor a jobb homloklebenyben nagy agytályog volt, mely sima pyogen hártyával volt bélelve és hátul felfelé az oldalsó agygyomrocsok mellső szarvába tört be, a mi a causa mortis maximát képezte. Durában, agyban, homloköbölben semmi elváltozás.

Hogyan keletkezett e tályog?

Megérthetőbbé teszi ezen traumás agytályogok keletkezését véleménye szerint az a bakteriologiailag alaposan tanulmányozott és e tályogokkal párhuzamba állitható betegség, melyet osteomyelitis infectiosa primaria acutának nevezünk. A hol tudvalevőleg bőr- és nyálkahártyák legkisebb sebzése nélkül lépnek fel kiterjedt genyedések a csontvelőben, de csak a csontnövekedés epochájában. Hogy kerülnek a nagytömegű genyedést keltő mikrobák a csontvelőbe? Tapasztalás szerint minden egyes ilyen esetben a bántalmat trauma vagy nedves hidegnek tartósabb behatása előzte meg. Ez az alkalmi ok, mely a csontvelőbe a bél nyálkahártyáján át bekerült és ott inoffensive fekvő bakteriumok számára a locus minoris resitentiaet megteremti. Ez okból szóló a mondott traumás agytályogokat e bántalommal helyezi párhuzamba. Fel kell itt is tételeznünk, hogy az előremenő trauma a bakteriumok talaját előkészíti. E bakteriumok pedig azon legfinomabb nyirokpályák és vénák útján jutnak az agyba, melyek voltakép Sappey, Zuckerkandl, Schwalbe és — hozzátehetem — Fritz Fischer tanulmányai daczára még ma sem eléggé ismeretesek, úgy, hogy a kórboncznok ilyen esetekben majdnem mindig a nyirokpályák ismeretének elégtelenségét érzi. E pályák jelentőségére utal különben az agytályogok ismert localisatioja, pl. rhinogen agytályogok a homloklebenyben, otogen agytályogok a halántéklebenyben vagy az agyacsban localizálódnak. A halántéklebenyben akkor, ha a dobüreg vagy csontos hallójárat mellső falzata, a csecsnyújtványsejtek mellső segmentuma szenved genyedést vagy cariest, az agyacsban pedig akkor, ha a dobüreg vagy csontos hallójárat hátsó fala vagy a csecsnyújtvány hátsó-alsó segmentuma genyed el. Ezen localisatiók tisztán a megfelelő nyirokútak és vénák irányából magyarázandók.

Osztja Ónodi nézetét a finomabb nyirok- és vivőerek tanulmányozásának fontos és szükséges voltáról és épen Ónodi ilyen irányú tanulmányaitól sokat vár.

Paunz Márk. Tövölgyi felszólalására megjegyzi, hogy a munkás férfiosztálynál a füsttel, porral telitett levegőben való tartózkodás következtében gyakrabban észlelhetők az orr melléküregeinek genyedő folyamatai. Igy lehetséges, hogy férfiaknál cerebralis complicatiók is gyakoriabbak. Ónodinak azt válaszolja, hogy a physiologikus csonthiányok valószinűleg nagyobb szerepet játszanak. Ezt bizonyitja, hogy többször észlelték, hogy erősebb orrfuvás után súlyos orbitalis phlegmone fejlődött. Ez Hajek szerint csak úgy magyarázható, hogy ott csonthiány lévén, a nyákhártyából álló vékony fal beszakad. A koponyaüregbe is könnyebben juthat geny ily vékony falon át; a bonczolásnál azonban ez nem volt kimutatható, mert mire az eset bonczolásra kerül, rendszerint oly súlyos destructiók vannak, hogy az eredeti állapot fel nem ismerhető. Hogy még sok a tenni való a nyirokpályák tanulmányozása, a kórboncztani alap fejlesztése szempontjából, ezt nemcsak az orrból származó koponyaüregi fertőzéseknél tapasztaljuk, hanem fájdalmasan nélkülözzük a rhinolaryngologia majdnem minden fejezeténél. De a mindenütt serényen folyó munka ezen a téren is több világosságot enged reményleni. Az anomaliák is kétségtelenül lényeges szerepet játszanak intracraniális fertőzéseknél. Hiszen a kik sok melléküregműtétet végeznek, gyakran akadnak ilyenekre, sőt alig találni két egyforma esetet. Pertik tanárnak azt válaszolja előadó, hogy a trauma mint közvetitő ok melléküreggenyedéseknél is szerepel és tekintve azt, hogy az orr- és homloktájat kivülről érő tompa erőművi behatásoknál sokszor jön létre orrvérzés, a később fejlődő agytályog magyarázatot nyerhet. Az orr nyákhártyájának repedésein bevándorló bakteriumok a nyirokútakon át juthatnak a koponyaüregbe.

(Vége köv.)

A második országos elmeorvosi értekezlet.

(III. ülés 1902 október hó 27-dikén d. e.)

(Vége.)

Az epilepsia diaetás kezeléséről. Előadta: **Bálint Rezső.**

Előadó először röviden recapitulálja azokat az eredményeket, melyekről a chlorszegény diaetával való kisérletezése után másfél évvel ezelőtt az Orvosegyletben beszámolt s melyeket ugyanakkor az Orvosi Hl.-ban közölt. Már akkor kitünt, hogy egész csomó kérdés van, a melyre az akkori kisérletek nem adtak feleletet. Ilyen az, hogy chlorszegény diaeta hosszabb időre is alkalmazható-e, ha igen, úgy milyennek kell lennie a diaetának, hogy a beteg meg ne únja, hogy nem jön-e létre bromintoxicatio stb. Ezekre a kérdésekre keresett választ újabb $1^1/_2$ évi kisérletezéssel. Elősorolja aztán más vizsgálók eredményeit, melyek az ő előadása óta közöltettek s melyek egy kivételével megerősitik jó eredményeit. Majd beszámol eredményeiről. Öt esetben az Erzsébet szegényházban próbálta ki a methodust és pedig olyan eredménynyel, hogy a rohamszám átlaga a gyógymód alatti időben 78%-kal kisebb, mint a gyógymód előtt. Azonkivül még 5 esetről számol be, hol a gyógymódot 2 esetben $1^1/_2$ évig, egyben 7, egyben 6 és egyben 5 hónapig csinálta. Ezekben a diaetát úgy módositotta, hogy a szigorúan chlorszegény diaetáról lassanként a rendes étrendre tér át, de úgy, hogy mindent konyhasó nélkül főzzenek és bromnatriummal sózzanak. Ezekben az esetekben az eredmények még a szegényháziaknál is jobbak. Brommérgezést is észlelt egyes esetekben, a mi azonban állandó orvosi felügyelet mellett hamarosan visszafejlődésre birható, sőt elkerülhető. A betegek psycheja a gyógymód alatt nem változott. Mindezek alapján melegen ajánlja a gyógymódot, de feltétlenül szükségesnek tartja a hetenkénti testsúlymérést és az állandó orvosi felügyeletet.

Konrád Jenő. Sokat foglalkozott ezen kisérletekkel és mindenféle új gyógyeljárással szemben nagyon scepticus lett. Azonban néhány év előtt előadónak egy czikke jelent meg, a mely annyi sok biztatót tartalmazott, hogy a sószegény diaetával is kisérletezett. Huszonhét epilepsiás elmebeteget kiválasztott, kik naponta 1—8 gr. bromkálit szedtek. Külön főzette a sótalan kosztot és e mellett 2 gr. BrNa-t kaptak pro die, 1·0 gr.-t kenyérben, 1·0 gr.-t főzelékben. Négy hónapon túl alkalmazta ezt a diaetát és 27 beteg közül 9-nél mutatkozott határozott eredmény.

A milyen sceptikus volt és most is az, azt tartja, hogy a post hoc elvétől bizonyára legjobban kell óvakodni az epilepsia therapiájában, ezért ő ezen epilepsiás betegek régebbi tábláit átvizsgálta és azt találta, hogy nem ugyan valamennyinél, de voltak egynémelyeknél olyan időszakok, hogy a rohamok száma minden therapia nélkül is jelentékenyen alászállott, sőt el is maradt. Épen ezért nem kivánt végleges itéletet alkotni magának a sószegény táplálásról, hanem ellenőrző kisérleteket kell végezni, melyek pár évig tartanak. Ezeket kapcsolatban mennyileges húgyvizsgálatokkal a húgysav és sómennyiség iránt. Az eredményről majd beszámol.

Pándy Kálmán. Ugy maga, mint a tanitványai félév előtt beszámoltak a kura eredményeiről. E módszerben semmi csudálatos vagy meglepő nincs. Már Esquirol megírta, hogy minden új beavatkozással az epilepsia javul, azonban a kisérletek folyamán megint visszatérnek a rohamok és a kedvező itélet korai volt. Ez igazolja a Hippokrates mondását, hogy az epilepsiát nem lehet gyógyitani.

Honnan van a Toulouse és Richet kurájának jó hatása? E szerzők maguk irják, hogy NaCl-mentes koszt mellett a brom 4-szer olyan erősen hat, mint rendes táplálkozásnál, tehát Bálint 12·0, Konrád 8·0 gr. bromot ad naponként. De hol van az az idegorvos, ki 12—8 gr. brom hatásának tenné ki betegét? A dolog nehezen keresztül vihető és veszélyes. Igazolja, hogy két betegük meghalt. Figyelmeztetnek a bromintoxicatiora, szivgyengeség lép fel. Az anconai congressuson sokan kikeltek e kura ellen és azt mondják: a narcoticumok contraindicáltak epilepsiánál. Osztályán a 10%-os bromot leszállitották 5%-osra, a hiányt NaCl-dal pótolták, majd a bromot teljesen elhagyták és csak NaCl-ot kap a beteg. Osztályán most már csak kivételesen ad bromot. A Toulouse-Richet kurától tehát nem vár eredményt.

Ranschburg Pál. Uj gyógymódhoz sem elragadtatással, sem ellenszenvvel nem kell hozzászólni. Annál kevésbé az epilepsia therapiájához, mert az epilepsia minden különös indok nélkül, máskor új gyógymódra csökken, sőt el is mulhatnak a rohamok. Egy fiúnál több, 5—6 epilepsiás roham folyt le és $1^1/_2$ gr. bromtól pro die megszünt és nem ismétlődött. Máskor, bárhogy szeretnénk is, nem tudjuk megszüntetni vagy ritkitani a rohamokat. Ha három év mulva nem ismétlődik a roham, gyógyultnak lehet tekinteni. Toulouse-Richet gyógymódot alkalmazott ő is. Kérdés először, nem árt-e, azután, hogy használ-e? Négy esetben alkalmazta, de abba kellett hagyni, részben nem kellett a betegnek, részben oly gyengüléses állapotok mutatkoztak a sensorius, motorius sphaerában, a szivműködés terén, hogy nem folytatta a kisérleteket. Egy esetben heves megbetegedés, influenza, typhus lépett fel és e miatt kellett félbehagyni. A sótalan diaeta felhagyása nem okozott feltünő rosszabbodást. Egy idősebb leánynál a diaetára nehezebb rohamok nem fordultak elő, egy fiúnál szintén van javulás, úgy hogy most járhat iskolába. — A diaeta megszüntetésétől nem látott kárt, bizonyos napokban a rendes diaetával él, sőt sózottan is ette az ételeket.

Salgó Jakab. Az epilepsia ellen természetesen sok mindenfélét megpróbáltak, de a lefolyás miatt oly nehéz a control, hogy megnyugtató itéletet mondani alig lehetséges.

Bizonyos körülmények között az epilepsiás rohamok szünnek. De hozzá jön még a kétely, hogy az epilepsia diagnosisa helyes-e? Igaz, ex juvantibus et nocentibus nem kell következtetni, de az epilepsia elnevezés alatt sok bajt értünk, bár az elváltozásokat nem ismerjük. Csak a legnagyobb óvatossággal lehet a kezelés eredményessége vagy eredménytelensége felett dönteni. A sómentes diaetával, mert nem káros, a kisérletek mindenesetre folytatandók.

Poszvék Lajos. Tizenkilencz éves orvosi gyakorlata alapján mondhatja, hogy az epilepsiánál a therapiának suggestiv hatása van. Az orvos egyéniségétől függ az eredmény. Az új eljárás csak arra jó, hogy az orvos türelmét megtoldja és a betegnek kilátást nyujtson a gyógyulásra.

Bálint Rezső Konrád igazgató jó eredményeinek igazán nagyon örül. Az a tény, hogy a gyógymód előtti 189 roham után gyógymód alatt 36 roham jelentkezett, a diaetás kezelés nagy hatása mellett bizonyit. Nagy érdeklődéssel néz az ellenőrző kisérletek eredményei elé. A mi az átmenetet a sótalan diaetáról a rendeshez illeti, ennek fokozatosan kell történnie.

Pándy álláspontja kissé homályos előtte. Felszólalásában és czikkében is egyrészt azt mondja, hogy a gyógymód hatása a bromhatás fokozásában van, másrészt azt, hogy nem egyéb mint suggestio. Hát a bromhatás fokozása e suggestio? Kiemeli azt, hogy a kura az által hat, mint minden más therapeutikus beavatkozás, hogy tudniillik az epilepsiában azt a bizalmat kelti, hogy valami történik vele gyógyulása érdekében. Erre ő csak azt akarja felhozni, hogy például Schlön különböző diaetákkal tett kisérletet s épen csak a chlorszegény diaeta alatt csökkentek a rohamok, hát a többi diaetánál megmondták a betegeknek, hogy ez csak kisérlet? De különben is a Pándy békésgyulai betegeiben egyáltalában nincs meg a bizalom, hogy ő velük valami történik gyógyulásuk érdekében s ezért maradt hatástalan a gyógymód? A mi pedig azt a brommérgezést illeti, a mit Pándy felhoz czikkében s a melynek folytán a beteg meghalt, nem tartja biztosan brommérgezésnek. Mert ha egy beteg évek óta szed bromot, aztán 13 napig fokozott bromhatásnak (vagy suggestionak?) van kitéve, ekkor ezt is kihagyják, mert 96 a pulsusa s erre minden kezelés daczára, a nélkül, hogy bromot aztán még csak látott volna is, 36 nap mulva meghal, az előtte, főleg sectio nélkül, nem olyan egész bizonyos, hogy ez a beteg brommérgezésben halt meg.

Ranschburg hozzászólásához csak annyit akar megjegyezni, hogy a hajlam fertőző betegségekre chlorszegény állapotban nem igen látszik nagyobbnak, mert idevágó kisérleteken kivül pl. Toulouse osztályán sótalan diaeta idején heves influenzajárvány ütött ki s a gyógymódot tartó epilepsiások közül egy sem kapta meg.

Salgó főorvossal teljesen egyetért abban, hogy egy esetből sohasem szabad következtetést vonnunk, de főleg abban, hogy a kisérletezést sohasem szabad abbahagynunk, mert negativ álláspont még semmiféle tudományt sem vitt előbbre.

(Folyt. köv.)

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

III. Szakülés 1902. évi márczius hó 15-dikén.

1. **Hevesi Imre: Luxatio coxae congenita vértelen gyógyitásának esete.**

2. **Buday Kálmán** endocarditis ulcerosa következtében fellépett **aneurysma embolicum infectiosum** kórboncztani készítményét mutatja be.

A 33 éves meglehetős halvány nőnél a klinikai tünetek (szivtáji zörejek, szív megnagyobbodás, lázak, hemiplegia, aphasia) alapján *Purjesz* tanár endocarditis ulcerosát és agyi emboliát vett fel. A boncolásnál az aorta billentyükön csakugyan endocarditis ulcerosát lehetett találni, mindhárom félhold alakú billentyű átfuródott, a nyilás szélei szemcsés vagy polypusszerű rostonya felrakodásokkal ellepve, e mellett a billentyűkön régibb endocarditis által előidézett zsugorodások és vastagodások is voltak. A jobboldali art. fossae Sylvii 1 cm. hosszúságban érrög által van eldugaszolva s kissé kitágult fala részint belövelt, részint genyesen beszűrődött. A jobboldali nucl. lent. és corp. striatum nemcsak lágyak és szétmállók, hanem egyuttal élénk zöldessárga genynyel is beszűrődöttek, tehát már itt is fel kellett venni, hogy az emboliával együtt úgy a véredényfal, mint a lágyuló agyrészlet egyuttal genyes gyuladást is szenvedett, vagyis az emb. genyesztő microorganismusokat is tartalmazott.

Miután a jobb alsó végtag a balhoz képest vizenyősen duzzadt volt, a czomb nagy edényeit is kipraeparáltuk s a jobb art. femoralisban az art. fossae Sylviihez hasonló viszonyokat találtunk, csakhogy még kifejezettebb alakban. Az art. fem. ugyanis az art. prof. fem. eredésénél orsószerűen ki van tágulva s emb. által eldugaszolt. A tágulat hossza körülbelül 15 mm., szélessége 12 mm., holott a tágulat fölött az arteria fem. átmérője csak 5 mm. A tágulat 1 cm. hosszaságban az art. prof. fem.-ra is folytatódik; mellfelé erősen domború, hátsó fala laposabb. A mellső fal genyesen beszűrődött, sárgás-zöldes, ellágyult, szakadékony, a hátsó nagyobbrészt ép. A genyes beszűrődés részben az ütőeret környező szövetekre is átterjed. Nyilvánvaló tehát, hogy itt közvetlenül az edény elágazodás helyén szintén egy genyesztő microorganismusokat tartalmazó embolus akadt meg, a mely a véredényfal rétegek genyes beszűrődéséhez és kitágulásához vezetett. Az aneurysma ezen alakját, a mely rendszerint endocarditis ulcerosához csatlakozik s a beteg szívbillentyükről leszakadt thrombusok által idéztetik

elő, *Eppinger* irta le először. Előadó az Orv. Hetilap 1888. évfolyamában ismertetett egy hasonló esetet.

2. **Parádi Ferencz** bőrgyógyászati tanársegéd előadása „**A méhgonorrhoea gyógykezeléséről prostituáltaknál**". (L. Orvosi Hetilap 1902. évi 27. stb. számaiban.) A mult év folyamán *Marschalkó* tanár azzal a megbizással tisztelt meg, hogy állitsam össze azokat az eredményeket, melyeket a kolozsvári bőrgyógyászati klinikán a méhgonorrhoea gyógykezelése terén elértek 1897—1900-ig bezárólag. A klinikai adatok összegyűjtése abból a szempontból is érdekesnek igérkezett, hogy azok nagy része egy új szer hatását tünteti fel. E szer a natrium lygosinatum, melyet előállítója, *Fabinyi* Rudolf dr., egyetemünkön a chemia tanára, ajánlott fel kisérletezésre, miután a nevezett szer *Jakabházy* dr., egyetemi adjunktus vizsgálatai szerint erős bacteriumölő hatást mutatott. A kisérleteket a natrium lygosinatum vizes oldatával végeztük, eleintén gyengébb, 0.5—1%, majd 5% oldattal.

A méhgonorrhoea kezelésénél a fősúlyt a helyi kezelésre fektetjük. Az exspectatiós eljárást, fektetést, borogatások, jégzacskó alkalmazását helyi kezelés nélkül csupán heveny esetekben és a függelékek fájdalmassága esetén alkalmazzuk. Helyi kezelésnél a *Braun*-féle fecskendőt alkalmazzuk újabb alakjában 1 cm^3 ürtartalommal és reá csavarható ezüst canullel. Ezzel úgyszólván nem annyira befecskendezést, mint becseppintést végezünk s azután a canul visszahúzása által a becseppintett folyadékot és genyet kifolyni engedjük. Ilyenformán járva el, elkerülhetjük azokat a kellemetlen complicatiokat, a mik sok szerzőt visszatartanak a *Braun*-fecskendő használatától.

Minthogy nem ismerünk olyan tökéletes módszert, a melylyel a cervicalis és uterinalis gonorrhoeát biztosan meg lehetne különböztetni, azért minden esetben intrauterinalis kezelést végzünk. A kezelés megkezdését nőgyógyászati vizsgálat előzi meg, mely hivatva van azt eldönteni, vajjon az intrauterinalis kezelést megengedi-e a függelékek állapota.

A canul bevezetése előtt azt sterilizáljuk láng felett s a hüvelyi részt alkohollal és sublimátummal letakarítjuk. A canult óvatosan kell bevezetni, nehogy a nyálkahártya megsérüljön. A befecskendezéseket hetenként kétszer végezzük.

A gonorrhoea diagnosisát és a gyógyulást a górcsövi lelet alapján határozzuk meg. Ha gonorrhoeára gyanus kifolyásban gondos kutatások mellett sem találunk gonococcust, úgy csak valamely izgató szer befecskendése után végzett vizsgálatokkal dönthetünk. E provokáló eljárásra is alkalmasnak bizonyult a natrium lygosinatum 5% oldata.

Mielőtt a klinikai eredményeket vázolnók, pár szóban megemlékezünk azokról a bacteriologiai vizsgálatokról, melyeket a natrium lygosinatum gonococcusölő hatásának kideritésére gonococcus-tenyészeten végeztünk. Tenyésztésre a *Kiefer* előirása szerint készitett vérserumagar tenyésztőtalajt használtuk. Kisérleteinket *Schaeffer* előirása szerint végeztük. Ha az adatok nem is egyeznek meg teljesen más szerzők ugyanilyen módon végzett kisérleteinek eredményeivel, úgy ezt a gonococcus-tenyészetek igen változó ellenálló képességével magyarázhatjuk. A kisérleteket párhuzamosan argentaminnal is végeztük, hogy alkalmunk legyen a natrium lygosinatum gonococcusölő hatását egy ismert erős hatású szerrel összehasonlítani. Az eredmény azt mutatta, hogy a míg az argentamin 1 : 2000 higitásban már 2' mulva tönkretette a gonococcus-tenyészeteket, addig ugyanezen hatás a natrium lygosinatumnál csupán 1 : 1500 higitásnál következett be. 1 : 2000 higított natrium lygosinatum oldat csupán 10' mulva pusztitotta el a gonococcusokat. A klinikai adatok felsorolásánál fel fog tünni, hogy, bár a natrium lygosinatumnak kisebb gonococcusölő képessége van, mint az argentaminnak, az elért eredmények mégis igen kedvezőek. Ezt úgy magyarázhatjuk, hogy a natrium lygosinatum erősebb töménységben nyert alkalmazást, mint az argentamin.

A klinikai eredmények a következők: 1897—1900-ig 244 beteg részesült intrauterinalis kezelésben. A könnyebb áttekinthetés czéljából az elért eredményeket a következőkben foglalhatjuk össze:

Alkalmazott gyógyszer	Betegek	Közülök gyógyult	Gyógyulatlan maradt
Natrium lygosinatum	107	104	3
Argentamin	105	101	4
Protargol, majd argentamin	9	9	—
Előbb protargol, majd argentamin	1	1	—
„ argentamin, majd protargol	1	—	1
„ „ „ natrium lygosin. .	5	5	—
„ natriumlygosin., majd argentamin . .	7	5	2
„ argent colloidale, majd natr. lygosin.	2	2	—
„ natr. lygosin. majd protargol . . .	6	4	2
„ „ „ arg. colloidale .	1	1	—
	244	232 (95%)	12 (4·9%)

Összehasonlitva a natrium lygosinatummal és argentaminnal elért eredményeket, azt látjuk, hogy a natrium lygosinatummal 13·2%-ban, argentaminnal 10,8%-ban nem értünk el gyógyulást. Végeredményben mégis csupán 4·9% maradt gyógyulatlan. Ez onnan van, mert 23 beteg közül, kik egy bizonyos szer alkalmazására gyógyulatlanok maradtak, a szer változtatásával meggyógyult 17 beteg. Ennek alapján ajánlatosnak tartjuk a méhgonorrhoea makacs eseteiben a szert változtatni s ezzel esetleg olyan betegek is gyógyulhatnak, kiknél huzamos kezelés után sem tüntek el a gonococcusok.

A leírt módon kezelt méhgonorrhoeásoknál legrövidebb gyógyulási idő 12 nap, leghosszabb 115 nap volt. 20 napon belül az esetek 20%-a gyógyult. 50 napon belül az eseteknek kb. 65—80%-ánál lehetett a gyógyulást megállapitani.

A befecskendések száma III és XV között váltakozott. III—XII befecskendés után gyógyult natrium lygosinatummal kezelt 104 beteg közül 84, 101 argentaminnal kezelt beteg közül 81.

A kizárólag natrium lygosinatummal és argentaminnal kezelt betegek közül gyógyultan távozott 205. Közülök visszakerült a klinikára 69. Az argentaminnal gyógyitott betegek közül visszajött 31. Közülök 15-nél sem a felvétel alkalmával, sem pedig a további kórházi tartózkodás folyamán nem lehetett provocáló eljárás után sem méhgonorrhoeát kimutatni. A natrium lygosinatummal kezelt betegek közül 38 került vissza, köztük 24-en méhgonorrhoea nélkül. Az összes visszakerült betegek (69) 55%-a (38) gonorrhoeamentes volt. E szerint az argentaminnal és natrium lygosinatummal elért gyógyulási eredmények minimalis százalékául 55%-ot vehetünk fel. Magára az argentaminra vonatkozólag e számot 48·38%-ban, a natrium lygosinatumra vonatkozólag pedig 63·15%-ban állapithatjuk meg. Ezen az alapon állithatjuk, hogy a *méhgonorrhoea a leírt módon kezelve, az esetek nagy részében végleg gyógyul.* Annyival inkább állithatjuk ezt, mert a gyógyulás folyamán a túlnyomó többségben a klinikai tünetek is visszafejlődnek.

Ha a méhüreget nem tekintjük noli me tangere-nek, hanem adott alkalommal kellő elővigyázattal intrauterinalis kezelést végzünk, úgy számithatunk arra, hogy lassanként megdől a méhgonorrhoea gyógyithatlansági dogmája. Erre a czélra igen alkalmas szert nyertünk a *natrium lygosinatumban.* Azon a határon belül, a melyben a méhgonorrhoea gyógyulhat, kitünő szolgálatot tesz. Vannak olyan jó tulajdonságai, melyek az elismert gonorrhoea-ellenes szerek közt is előkelő helyet biztositanak számára. Számbavehető gonococcusölő hatása mellett a szövetekben alig okoz reactiot. A gonorrhoeás folyamatot az esetek többségében megszünteti.

(IV. szakülés 1902. évi márczius hó 22-dikén.)

1. **Góth Lajos** egy in utero elrothadt és a szülészeti klinikán **művi úton eltávolitott magzat csontjait** demonstrálván, az esetet a következőkben ismerteti:

Előző nap reggelén G. B.-né 29 éves, férjezett, házi foglalkozású asszonyt vidékről azon anamnesissel szállitják a klinikára, hogy menstr. 14 évvel kezdődött, négyhetenként ismétlődött, 7—8 napi tartammal. 13 év előtt ment férjhez. V P., utolsó négy év előtt, rendes időre, rendesen. Gyermekágyak nyolcz napi fekvéssel, normálisak. Jelen VI. terhességét 1901. májustól számitja. Mozgást először szeptember 14-dikén érzett. Egész terhessége alatt jól érezte magát. Három hónap előtt, tehát terhességének körülbelül 34. hetében egy bornyú hasba rúgta, akkor három napig feküdt, de különösebben rosszul nem érezte magát, sőt három nap múlva férje parancsára fel is kelt és további hat hétig rendes dolga után látott. Ezen időponton (melyet ő a terhesség végterminusának számitott) fájdalmak léptek fel, melyek állitása szerint szülőfájdalmak jellegével birtak. Ezen fájdalmak „nehány nap után" mind gyérebbé váltak, majd teljesen megszüntek, tompa, állandóan tartó alhastáji fájdalmaknak adva helyet. Ezen idő alatt tőle, állitólag, semmi el nem távozott, lázas sem ekkor, sem ezután nem volt, de ettől fogva magzatmozgást nem érzett. Egy héttel ezután, tehát öt hét előtt, állitólag normális, nyolcz napig tartó menstruatioja jelentkezett, mely utóbb mostanig is tartó véres folyásba ment át. Körülbelül 5—6 nap előtt ismét erősebb, görcsös fájdalmai jelentkeztek, majd négy nap előtt orvosa vizsgálat alkalmával a magával hozott s jobb felső végtagnak megfelelő csontokat távolitotta el tőle. Ezen anamnesis a diagnosist eleve az ectopusos terhesség felé irányitotta, azonban a vizsgálat eredménye egészen más felvilágositást adott:

Az elég jól fejlett, azonban anaemiás és megviselt kinézésű asszonynál az ideutazása előtt alkalmazott, feszes, alig véres, de mérsékelten büzös tampon eltávolitása után a következő statust találta: P. vag. 0.5 cm. Méhszáj két ujjnyi, puha, lebenyes, belső méhszáj alig 1 cm. Méhszájból szennyes, zavaros folyás. Méhtest puha falú, lebenyes tömlőhöz hasonló, mely a medencze lapos tányérain elterül s nem éri el egészen a köldököt. A vizsgáló ujj a belső méhszájon át apró, mozgathatónak tetsző csontvéget tapint.

Ezen lelet alapján kétséget kizárólag felismertetett egyfelől az, hogy *terhességgel* állunk szemben, továbbá, hogy *a magzat a méhüregben foglaltatik.* Ép oly kevéssé szenvedhetett azonban másfelől kétséget, hogy a *magzat rothadt* és egyes részei szétválófélben vannak. Epen ezért *Szabó* tanár a méhüreg kiüritésére határozta magát és a műtétet ugyanaznap délelőtt chloroform narcosisban végre is hajtotta. Az eljárás előző fertőtlenitő öblités után a méhszájnak *Hegar* tágitókkal való fokozatos dilitatiojában állott, mignem az két ujjal átjárhatóvá vált. Ekkor erős polypusfogóval az ujj vezetése mellett a csontok, valamint a felismerhetetlenségig rothadt lágyrészek, úgy a mint elérhetőkké váltak, megragadtattak és darabokban, az eviscerationhoz hasonló módon kihozattak. A lepényt, illetőleg a placentaris insertio helyét nem lehetett megkülönböztetni s ezért a fellépett s meglehetősen bő vérzésre való tekintettel a méhüreg és hüvely kemény tamponálása vált szükségessé. A tamponálást megelőzőleg végzett vizsgálat a kiüritett méh képezte petyhüdt tömlő falait egyenletlen felületűeknek mutatta, itt-ott tasakok különböztethetők meg, másutt kiálló dudorzatos felszín ismerhető fel. A méh mellső fala a belső méhszáj tájékán széjjelvált s itt foglaltatott nagyobb részben a rothadó magzat.

Arra a kérdésre, hogy miképen fejlődött ki a vázolt állapot, vagy azt kell feltennünk, hogy nem is indultak meg a szülőfájdalmak,

vagy hogy tényleg jelentkeztek, de valamely ok következtében abba maradtak, mielőtt munkájokat elvégezték volna, vagyis hogy egy „missed labour“ esettel állunk szemben.

Utóbbi gondolatra főleg az anamnesis utalt, mely szerint a terhesség kiszámított végterminusa idején jelentkeztek a szülőfájdalmak, melyek később abba maradtak, továbbá, hogy a méhszáj megnyiltnak találtatott. Különösen pedig gondolhattunk arra, hogy a fájdalmak abbamaradását a mellső méhfal fennebb említett ruptura ja váltotta ki. Az előbbi eshetőség mellett első sorban a magzat méretei szólanak, melyek a hetedik hónapnak felelnek meg. Igy például a humerus hossza: 4·0 cm. Ulna: 4·0 cm. Radius: 3·5 cm. Femur: 4·4 cm. Erre támaszkodva elképzelhető volna, hogy a magzat elhalása bekövetkezett valamely okból a hetedik hónapban, de a szülés nem indult meg azonnal. Hiszen tudjuk, hogy olykor az elhalt magzat a terhesség normás végeig kihordatik. Időközben azonban a méhüreg inficziáltatott, az infectio pedig a méhtevékenység kifejlődését meggátolhatta. Értékes directivumot adhatna ebben a kérdésben a burokrepedés idejének — sajnos hiányzó — ismerete.

Magában véve az, hogy a méretek a hetedik hónapnak megfelelők, még nem zárná ki a „missed labour“ lehetőségét, mert egyfelől, a mint azt *Fritsch* mondja, inkább csak azt bizonyitják, hogy az említett kort elérte, mint azt, hogy azt túl nem haladta, másfelől a szóban forgó kórkép a hetedik hónapban elhalt magzatnál is létrejöhet (l. *Resnikov*, C. Bl. f. Gynaecologie 1895.). Mihelyt azonban a magzat fejlettsége — tekintet nélkül tényleges korára — a hetedik hónapnak megfelelő, biztosra vehető, hogy olyan erőteljes szülőtevékenység, a mely a méhfal megrepesztésére képest volt, a magzat kifejlődését még keresztfekvés esetén is korábban létrehozta volna.

Ezért leghelyesebbnek tartja az esetnek azon értelmezését, hogy az anamnesisben említett trauma bár állítólag súlyosabb subjectiv tüneteket nem is váltott ki, a méh mellső falának repedését eredményezve, meggátolta a szülőtevékenység megindulását, szóval, hogy voltaképen csak a terhesség túlhordásával, nem pedig „missed labour“-rel állunk szemben, a mennyiben nem is kerülhetett arra a sor, hogy a szülőfájdalmak abbamaradjanak. A rothadásra vezető infectio idejét és módját nem sikerült a posteriori megállapitani. A méhszáj megnyilása talán a rothadás okozta feszités eredményeképen volna felfogható.

2. **Purjesz Zsigmond: Malariára vonatkozó vizsgálatok.** (L. Orvosi Hetilap 1902. évi 16. és 17. szám.)

3. **Jakabházy Zsigmond: Összehasonlító vizsgálatok a chinai és európai rheumra vonatkozólag.**

Az előadást követő discussioban részt vettek *Richter Aladár*, *Jakabházy* és *Szabó Dénes*.

(V. szakülés 1902. évi április hó 19-dikén.)

1. **Budai Kálmán** bemutatásai:

a) **Zsirszövet-elhalás esete.** Egy 29 éves nőnél hirtelen belső bélelzáródás tünetei léptek fel, melyek miatt nála a sebészeti klinikán hasmetszés végeztetett. A műtétnél kiderült, hogy az elzáródási tüneteket hashártyagyuladás okozta. A beteg ezután csakhamar meghalt. A boncoláskor a hasnyálmirigy körüli és a hashártya megetti zsirszövetben, továbbá a vékonybélfodorban, a mesocolonban és a jobb vese zsirtokjában sok, részint apró, részint nagy kiterjedésü fehér elhalást lehetett találni, nagy vérzésekkel, főleg a hasnyálmirigy körül s a vesetokban. Ezen elhalt vérzéses területekből indult ki a halál közvetlen okát képező hashártyagyuladás. Bemutató kiemeli, hogy a hashártyai zsirszövet elhalása gyakran jelentkezik hirtelen támadó belső bélelzáródás képe alatt.

b) **Önként gyógyult belső bélelzáródás után fellépett súlyos vesegyuladás.** A hat éves leányka a belgyógyászati klinikára belső bélelzáródás tüneteivel vétetett fel, melyek több napon át fennálltak s lassanként megint teljesen eltüntek; néhány héttel később még a kórodán tartózkodása alatt vérzéses vesegyuladás fejlődött ki nála, mely halálhoz vezetett. Boncoláskor a legalsó csipőbélkacson a leszoritás nyomait még fel lehetett találni, s ezen bélkacs közelében a bélfodorban egy kerek lyuk volt, úgy, hogy a belső elzáródás nyilván az által keletkezett, hogy a bélfodor nyilásába a bélkacs beleszorult. A vese a nephritis parenchymatosa haemorrhagica boncztani és szövettani jellegeit mutatta; bemutató nem tartja lehetetlennek, hogy a hosszasabban tartott bélelzáródás, illetőleg a béltartalomnak ez által feltételezett rendellenes bomlásai idézték elő a nephritist.

Discussio: *Jancsó* a vesegyuladást szintén autointoxicatiós eredetűnek gondolja s bővebben ismerteti az eset klinikai lefolyását, nevezetesen azon jelenségeket, melyek alapján az élőnél intussusceptiót vettek fel.

Purjesz tanár tanulságosnak tartja az esetet azért is, mert a vesegyuladást itt úgyszólván legelső kezdetétől fogva észlelni lehetett. A vesemegbetegedés legelső tünetei olyanok voltak (nagy vesetáji fájdalmak, erős vérvizelés), hogy azokból inkább vesekőre lehetett volna eleinte gondolni. (Vége következik.)

A „British medical association“ 1902. évi manchesteri nagygyülésének orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(Vége.)

2. **A Highmor-üreg és a homloküreg gyökeres gyógyitásának eredményei.**

Lermoyez (Páris) felveti a kérdést, hogy indokolt-e a sinuitis maxillaris és frontalis eseteiben a gyökeres sebészi beavatkozás és erre igennel felel sok oknál fogva; továbbá, hogy meggyógyulnak-e maguktól is és erre azzal felel, hogy a heveny meggyógyul, az idült nem. A heveny homloküreglobnál menthol gőzöléseket alkalmaz és a negativ Politzer-féle eljárást, gyors gyógyulást észlelt. A sondázás gyakrabban kivihető, a Schäffer-féle endonasalis feltárás ártalmas. Ajánlja a középső orrkagyló mellső végének eltávolitását. A gyökeres módszerek közül a Luc-félének előnye, hogy nem torzit, a mellső rostasejtek is feltáratnak, hátránya, hogy könnyen recidivál és homlokbőri genyedés is felléphet. 36 esete közül 9 gyógyult, 8 visszaesett. A *Kuhnt*-féle eljárás gyógyulással jár, hátránya, hogy nem nyitja meg a rostasejteket és torzit. A Kuhnt-Luc-féle egyesitett eljárást tartja jónak. A Highmorüreg genyedéseknél heveny esetekben a mentholgőzök alkalmazása, a beteg fog eltávolítása van helyén, és az orron át való kifecskendés. Fecskendezéssel eseteinek 43%-a gyógyult. A fogmedernyujtvány átfúrása 45% gyógyulást mutatott. Különben a gyökeres műtétet ajánlja. A fossa canina megnyitása, curettement, dermatolgaze kitömés mellett a gyógyulás igen hosszadalmas, az eseteknek csak felében sikerült. Combinált eseteknél először a Highmorüreget kell feltárni Luc szerint, aztán a homloköblöt Kuhnt-Luc szerint és végül a fossa caninán a Highmorüreget elzárni.

Tilley (London). A heveny sinuitis frontalis mentholgőzökre, cocainra, adrenalinra is gyógyulhat. Ha nem használnak, a középső kagyló mellső végének eltávolitása van helyén. Ha ez sem vezet czélhoz, akkor a feltárásra kerül a sor. Idült esetekben először megkisérli az endonasalis eljárásokat és eredménytelenség esetében műtétet végez, feltárást, a mellső rostasejtek eltávolitását és az orr felé a közlekedés helyreállitását. A Highmorüreg idült genyedéseinél az alveoluson át csinál nyilást és fecskendez. A gyökeres műtétek közül előnyt ad a *Luc*-félének. Súlyt helyez a curettementre és nem barátja a száraz kezelésnek. Combinált empyema esetében előbb a felsőr, aztán a Highmorüreget tárja fel.

Killian a maga gyökeres műtéti eljárását ajánlja.

Dundas Grant az alsó kagyló mellső végének eltávolitásával nyitja meg a Higmorüreget és drainezi.

Grünwald ezt ellenzi.

Spicer a Luc-féle eljárást követi.

3. **A rostaöböl és az iköböl genyedésének kóroktana és kórismeje.**

Grünwald (München). Az aetiologikus okok között az infectiót és a helyi elváltozásokat érinti. Az ő eseteiben az iköböl genyedéseknél 73%-ban a rostaöblök genyedése is jelen volt, a rostaöblök genyedése eseteiben 40%-ban volt az az iköböl genyedésével combinálva. Idült iköböl-genyedések gyakran a rostaöblök genyedésétől függenek. Gyakran látszólagos rostaöböl-genyedések alatt rejtőznek a Highmor-üreg genyedései. Néha kevés tünet, máskor heves tünetek, szédülés, orbitalis fájdalom, neuralgia a ganglion sphenopalatinum izgatása által, innen gyakori a téves kórisme a homlokür genyedésére. Gyakoriak az anosmia és a szemtünetek. A subjectiv tünetek egyáltalán hevesebbek itt mint más üregeknél. Helyesli Hajek szerint a felső és középső orrjárat rostaöbleinek elkülönitését. Jellegző másodlagos elváltozások az orrban nincsenek. Zárt empyemák csonthólyagok alakjában lehetnek, elváltozások többnyire a középső kagylón vannak. A kutaszolás a genyedés góczai, érdes vagy beteg csontok, sarjak stb. megállapitására szolgál, értékes, de másodrendű jelentőséggel bir. A kutasz irányának ellenőrzése megbizhatatlan, a veleszületett rendellenességek, az öblök közfalai megnehezithetik a kórismét. A kórisménél jó szolgálatot tehet a temporaer tamponád, biztos kórismét az üregekben a genynek a constatálása enged meg, nyilt, áttörő genyedéseknél az orrtükri kép dönt. Rosszindulatu daganatok összetévesztésére is ügyelni kell.

Lack (London). A rostasejtek empyemájánál Hajek szerint endonasalis módon jár el. Nagy és éles curettet használ hátulról mellfelé, felfelé vigyázni kell, mert veszélyes. Necrotikus csont és elfajult nyákhártya eltávolitandó. Az utókezelésnél lehetőleg keveset kell tamponálni, és a geny szabad lefolyását kell biztositani. A külső műtét indokolt, ha orbitalis abcessus jön létre vagy agycomplicatiók vannak jelen. Ha ezen beavatkozás nem szükséges, ajánlja a currettementet. Az iköböl genyedéseinél a fecskendezések jönnek alkalmazásba, ha nem használnak, úgy az iköböl megnyitása és currettementje endonasalis úton.

Horne (London) a post mortem talált sok empyemát úgy magyarázza, hogy a halál előtt jutott be a geny az üregbe.

Spicer (London) endonasalis úton jár el, a beavatkozás veszélylyel nem jár.

Semon (London) a csillószőrök működését is kiemeli, a mi megmagyarázza, hogy több genyet találnak a hullában mint az élőben.

Wild (London) a rhinoskopia media alkalmazását ajánlja.

Ónodi a Jansen és Winkler által alkalmazott eljárásra nézve megjegyzi, hogy csak az általa kimutatott anomalia esetében lehet az iköbölbe a Highmor-üregen át jutni, különben belül az orrüregen át nyitja meg a műtő, oldalt pedig megsértheti a fossa pterygopalatina idegeit és edényeit, vérzést, fájdalmat és idegzavart okozva. Ajánlja a biztos endonasalis eljárást.

Lodge három lethalisan végződött iköböl-genyedés esetét közli.

4. **Az alsó gégeideg elkülönitett légző kötegének viszonya a sympathicushoz és a szív idegeihez.**

Ónodi kifejti a felső és alsó gégeideg szoros összefüggését az együttérző idegrendszerrel, az eddig ismert alakviszonyokat és két új tényt demonstrál eredeti készitményeinek természethű fényképfelvételein: az alsó gégeidegnek elkülönitett hangképző és légző kötegeit és az elkülönitett légző kötegnek meglepő szoros összefüggését úgy az együttérző idegrendszerrel, mint a szividegekkel.

5. **Grünwald** (München). **Az ozoena kérdés mai álláspontja.** Csak végkövetkeztetéseit adjuk. A góczgenyedések (melléküregek, orrjáratok és adenoid-szövet) a bűzös pörkképződés klinikai képe alatt folynak le tág orrüregekben. A váladék folyékony, többnyire szagtalan, néha ilyenkor is bűzös, megszárad mechanikus befolyások alatt, mint a bacillus mucosus Abel infectiója, miáltal nyúlós lesz a váladék, továbbá az orrüreg abnormis tágassága. A sorvadás, ha nem primaer, a tömeges pörkök nyomásának és infectiosus befolyásának eredménye. A bűz a rendellenes nyulósságtól összetartott váladéktömeg saprophytikus szétesésének eredménye felnedves állapotban. Általános gyöngeség különösen tuberculosisnál elősegítik a primaer góczgenyedéseket, valamint a secundaer infectiosus folyamatokat, másrészt általános cachexiához vezethetnek.

6. **Low** (London). **A légcsőben fekvő papillomás növedék, ozaenás pörk vagy mészlerakodás** esetét mutatja egy 36 éves asszonynál, kinél ifjú korában ozaena volt, a felső légutak különben rendben. De a légcsőben a 7—8. gyűrűnek megfelelően fehéres felrakodások gyűrűalakban elhelyezve, részben körülirt csomók. A vélemények elágaztak, a direkt tracheoskopiával mész vagy csontlerakodás valószinűsége lett felvéve.

7. **Dundas Grant** (London). **A porczos orrsövény elhajlásának műtéte.** Moure és Roberts eljárásának combinatioja, ez úton sikerül a tubusok használatának kikerülése.

Killian a nyákhártya alatt resectiót végez.

Haryng (Manchester). **Az idült gégehurut kórisméje és gyógyítása.** Megkülönbözteti a tünetek localisatioja szerint a laryngitis chronica sup. med. és inferior-t. Kezelés ismert módok szerint.

9. **Greville Mac Donald** (London). **A gége papillomái.** Nem kell a thyreotomia, mert így is recidivál, az endolaryngealis műtét mellett foglal állást, a Mackenzie-féle fogót használja kizárólag, és nem cauterizál.

Dundas Grant thyreotomiával jobban kiirtja és nem recidivál.

Spicer, Tilley endolaryngealis módon járnak el.

10. **Brown Kelly** (Glasgow). **A bromaethyl anaesthesia műtéteknél.** Ajánlja a bromaethylt kisebb műtéteknél.

11. **Hemington Pegler. Az orrsövény elhajlásának műtéte Moure szerint.**

Ónodi Adolf.

PÁLYÁZAT.

20219/1902. közig. sz.

Szilágyvármegye **zilahi közkórházánál**, 1903. évi január hó 1-től újonnan rendszeresített és 1200 korona évi fizetéssel, természetben való lakással, ennek fűtésével és világitásával javadalmazott **harmadorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok, s felhivom azokat, kik az állást elnyerni óhajtanák, miszerint az 1883. évi I. t.-cz. vonatkozó szakaszaiban megkivánt képesitésüket igazoló okmányokkal kellőleg felszerelt pályázati kérelmöket Szilágyvármegye főispánjához czimzetten, hozzám legkésőbb **folyó évi deczember hó 15-dikéig** bezárólag annál is inkább nyujtsák be, mert később beérkezett kérelmek figyelembe nem vétetnek.

Zilah, 1902. évi november hó 5-dikén.

3—2 *Kaizler György*, alispán.

Egyéb üresedésben levő állás.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
nov. 30.	téb. s. o.	Nagy-Kálló	1200 k., lak., élelm.	Borosnyói Béla igazg.
decz. 1.	k. s. o.	Győr	1000 k., lak.. élelm.	Petz Lajos ig. főorvos
15.	másod o.	Zilahi közkórh.	1200 k. és lakás	Kaizler György alispán, Zilah

HIRDETÉSEK.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.

Kapható minden gyógyszertárban.

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Ártalmatlan, biztosan ható szer

szamárhurut, légcső- és gégehurutok ellen.

Irodalom Németország és Ausztria-Magyarország legelső szaklapjaiban.

Orvosi vélemények:

Prof. Dr. Ernst Fischer, *(Strassburg)*:
A „Pertussin" hatása meglepő volt; s ha nem is mondhatom, hogy a hökhurut néhány nap alatt egyszerű katarrhussá vált, de a rohamok oly enyhék, a köpet oly laza lett, hogy a hökhurut ijesztő tünetei, az elkékülés és fuldoklás teljesen elmaradtak

Dr. Model, v. kir. körorvos *(Wessenburg)*:
„Pertussin" használata után felébredéskor úgy éreztem, mintha a friss szabad levegőt szivnám be valamely alpesi csúcson. Ez nálam igen felünő volt, mert sok évi hörghurut folytán meglehetős tüdőtágulásban szenvedek.

Dr. Alfred Müller, *(Neuhausen)*:
Az a véleményem, hogy a „Pertussin" az a szer, mely a legrövidebb idő alatt a joggal rettegett hökhurutot veszélytelen és jelentéktelen hörghuruttá változtatja. Ez idő szerint nem ismerek szert, mely hasonló előnynyel rendelkeznék.

Dr. Erich R. von Matzner, *(Birkfeld, Steierm.)*:
A három „Pertussin"-nal kezelt eset, köztük kettő gyermeknél, a legsúlyosabb alakok közé tartozott és az ön készitménye mindig kitünő hatással volt; az erős köhögési inger néhány óra alatt csökkent és a váladék mennyisége fogyott, a hőmérsék alábbszállt.

Eladás kizárólag gyógyszertárak útján.

Előállitja a

„Kommandantenapotheke E. Taeschner"

Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Ingyen minták szivesen állanak rendelkezésre.

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

Fekete áfonya gyógybor

Vinum myrtillorum medicinale.

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

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

Raktár: **TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertárában Budapesten.**

CONTRATUSSIN

(Elixirium Thymi „BAYER".)

Szamárhurut, gégefő és bronchialcatarrhus ellen

ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a készítő

Bayer Antal gyógyszerész, BUDAPEST, VI., Andrássy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható. — Ára 1 kor. 40 fill.

Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

Előpatak fürdőről visszaérkezve, **massage-gyakorlatomat a körúti fürdő hőgyógyító osztályán** folytatom. **Sóvanyító kúrák. Utókezelés baleseteknél. Forrólégkezelés, massage a betegek lakásán is.**

Dr. Kelen József.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsöi és bacteriologia

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. VAS BERNÁT a laboratorium vezetője.

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

San-Remo téli klimatikus gyógyhely

az olasz Rivierán. Minden kényelmet nyujtó kitünő ellátás; mérsékelt árak.

A **„Sanatorium Riviera"**-ban oly betegek is felvétetnek, a kik csakis általam óhajtják magukat kezeltetni.

Dr. Czirfusz Dezső,

san-remoi magyar gyakorló orvos.

Negyvenhatodik évfolyam. 48. szám. *Budapest, 1902. november 30.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Grósz Emil, Genersich Antal, Jendrássik 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.

Reinbold Béla: Közlemény a kolozsvári m. kir. „Ferencz József“ tudomány-egyetem élettani intézetéből. (Igazgató: Udránszky László dr. ny. r. tanár.) Alkalmazható-e a Schotten-Baumann-féle benzoylozás az ép vizelet szénhydratjainak mennyileges meghatározására? 773. lap.

Hőgyes Endre: A budapesti egyetem általános kór- és gyógytani intézetével kapcsolatos Pasteur-intézet 1901-dik évi működése. 775. l.

Craciunescu Sándor: Tiszta vizelet czafatáiban talált tuberculosis-bacillusok. 779. lap.

Bernard József: A gyermekkori hagymáz egyik korai és biztos jeléről. 780. lap.

Tárcza. Grósz Emil: Feuer Náthán † 781. l. — **G. E.**: A budapesti egyetem klinikái. 781. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle.* **Hültl Hümér**: Törekvések az eszközök, a kötőszerek és a varróanyag csirátlanitását tökéletesiteni. 782. lap. — *Könyvismertetés. Grawitz*: Klinische Pathologie des Blutes nebst einer Methodik der Blutuntersuchungen und spec. Pathologie und Therapie der Blutkrankheiten. — *Lapszemle. Közegészségtan. Jaeger H.* és *Müller Tivadar*: A dysenteria aetiologiája. (Beheft.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Wernitz*: A sepsis kezelése. — *Trouw*: A collargol. — *Folyóiratok átnézete.* 782—784. lap.

Hetiszemle és vegyesek A főváros egészsége. — Házi gyógyszertár a kolozsvári egyetemen. — Szegő Kálmán. — Kinevezés. — Pollatsek Elemér. — Közegészségügy a képviselőház pénzügyi bizottságában. — Az I. sz. női klinikai tanszék. — A nagyváradi gyermekkórház megnyitása. — Pályázatok — Hirdetések. 784. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. — A második országos elmeorvosi értekezlet. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

Melléklet. Gyermekgyógyászat 4. szám. Szerkeszti: Bókay János egyetemi ny. rk. tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kolozsvári m. kir. „Ferencz József“ tudomány-egyetem élettani intézetéből. (Igazgató: Udránszky László dr. ny. r. tanár.)

Alkalmazható-e a Schotten-Baumann-féle benzoylozás az ép vizelet szénhydratjainak mennyileges meghatározására?

Reinbold Béla dr. élet- és kórvegytani tanársegédtől.

Lespiau[20] 1848-ban a vizelet kóros czukortartalmának felismerésére szolgáló módszerek használhatóságát vizsgálván, azon tapasztalatra jutott, hogy a *Barreswill*-féle folyadékot egészséges emberek vizelete is képes bizonyos fokban redukálni. Ez az újabb irodalomban kevés figyelemre méltatott észlelet volt az első azok között, melyek alkalmasok voltak arra, hogy az ép emberi vizelet czukortartalmának gyanuját felébreszszék.

Lespiau ezen észlelete után 10 év telt el, míg *Brücke*[7] azon alapon, hogy az ép emberi vizeletből „czukorkáliumot“ sikerült előállítnia, határozottan oda nyilatkozott, hogy az ép emberi vizelet „*czukrot*“ tartalmaz. Mialatt *Brücke* ezen állítása fölött élénk és hosszantartó vita folyt,* melynek során az ép emberi vizelet „*czukor*“-tartalma mellett sok, többé-kevésbé értékes bizonyíték gyült össze, a vizelet élettani *szénhydrat*-tartalmának kérdése egészen más alapon nyert megoldást. *Landwehr*-nek[17] ugyanis sikerült egészséges egyének vizeletéből egy dextrinszerű szénhydratot, az ú. n. *állati gummit* előállítani.

Kevéssel ezután *Baumann*[5] felismerte, hogy az ép emberi vizeletből lugban oldhatatlan benzoyleszterek nyerhetők és már előzetes kisérletei révén is valószinűnek tartotta, hogy a vizeletből előállított benzoatcsapadék benzoylozott szőlőczukrot tartalmaz.

Vvedenskij[45] a vizeletből előállított benzoatcsapadékot elszappanosította s a szappanosításnál nyert termékek megvizsgálása alapján oda nyilatkozott, hogy az ép emberi vizeletben két szénhydratot lehet találni. Ezek egyike a *Fehling*-féle oldatot közvetlenül redukálja s szőlőczukor (vagy maltose) módjára viselkedik, míg a másik minden valószínűség szerint a *Landwehr*-féle állati gummival azonos.

Annak további bizonyítéka gyanánt, hogy az emberi ép vizeletből előállított benzoatcsapadék tényleg szénhydratokat zár magába, szolgált *Udránszky*[41] azon észlelete, hogy a vizeletből nyert benzoatcsapadék savval kezelésnél furfurolt fejleszt. Ezen vizsgálatok révén bebizonyosodott ugyan, hogy az ép emberi vizelet szénhydratokat tartalmaz, azonban még további kutatást igényelt az a kérdés, hogy a *Landwehr*-féle állati gummi mellett az ép emberi vizeletben milyen más szénhydratokat lehet állandóan találni, különösen pedig, hogy a szőlőczukor is minden esetben állandó alkotórésze-e az ép emberi vizeletnek?

Miután többen közöltek olyan adatokat, melyek részint az ép vizelet redukáló képességének[48, 49, 29] vagy furfurolt fejlesztő képességének[21] élesztős erjesztés után való megfogyása, részint phenylglucosazon, illetőleg ehhez hasonló kristályos vegyületek előállítása,[37, 25] részint benzoyleszterek bontása és az így nyert folyadék redukáló képessége vagy más tulajdonságai[45] alapján az ép emberi vizelet szőllőczukortartalma mellett szóltak, e kérdést *Baisch* vizsgálatai oldották meg végérvényesen. *Baisch*[3, 4] ugyanis az ép vizeletből előállított benzoatok bontása és az így nyert oldatok pontos és minden irányban kiterjedő vizsgálata által kétségtelenül kimutatta, hogy az emberi ép vizelet állati gummit és szőlőczukrot, de ezek mellett még egy harmadik szénhydratot, t. i. isomaltoset is tartalmaz.

Az ép vizelet összes szénhydrattartalmának mennyileges

* L. az „Irodalom“ 16., 8., 13., 18., 28., 48. és 9., 11., 16., 22., 23., 27., 33., 34., 46., 47. számait.

meghatározása nem csekély nehézségekbe ütközik. Igen természetesen ilyen irányú vizsgálatoknál, tekintve, hogy a vizelet egyes szénhydratjait külön-külön nem vagyunk képesek meghatározni, csakis oly módszerek vehetők tekintetbe, melyek nem egy vagy más szénhydratfaj, hanem a szénhydratok összességének kimutatására és meghatározására, illetve becslésére alkalmasak, vagyis általános szénhydratreactión alapulnak. Ilyes reactiok közül a czélnak különösen a benzoylozás *(Schotten*[38]*-Baumann*[5]*)* és a furfurolfejlesztés látszik megfelelni.

Az utóbbi alapján *Udránszky*[12] a *Schiff*-féle[36] eczetsavas xylidin-, különösen azonban a *Molisch*-féle[24] α-naphthol-reactio felhasználásával a vizelet összes szénhydrattartalmának meghatározására, illetve becslésére alkalmas módszert dolgozott ki. E módszer, melyet *Luther*[21] és *Treupel*[40] czélszerüen módosítottak, gondos kivitel mellett eléggé pontos felvilágosítást nyujt a vizelet szénhydratjainak mennyiségéről, illetve arról, hogy a vizelet szénhydratjai és esetleg más furfurolt adó alkotórészei, furfurolfejlesztés tekintetéből mennyi szőlőczukorral egyenértékűek.

Alább vázolandó kisérleteimnél, melyeknek nagy részét *Grossmann Emil* dr. barátom és kartársam szíves közreműködésével végeztem, annak vizsgálatát tűztem ki czélul, hogy a *Schotten-Baumann* féle benzoylozás segélyével mennyiben lehetséges az ép vizelet összes szénhydrattartalmának ismeretéhez jutni.

Bár *Baumann*[5] már módszerének első közlése alkalmával megjegyezte, hogy sohasem sikerül — vegyük bár a benzoylchloridot nagy fölöslegben — a szénhydratokat mérsékelten tömény oldataikból tökéletesen kicsapni, e módszert mégis többen próbálták a vizelet szénhydratjainak mennyileges meghatározására alkalmazni.

A vizelet benzoylozását legelőször *Vvedenskij*[45] vizsgálta részletesebben. A benzoylozást oly módon végezte, hogy a vizeletből a phosphorsavas földfémeket NaOH-oldattal kicsapván, az ezekről leszürt folyadék 100 cm³ vizeletet tartalmazó részletét 3—5 cm³ benzoylchloriddal és 25—40 cm³ 10—12%-os Na OH-oldattal a benzoylchlorid szagának eltünéséig rázta A gyengén sárgás színü csapadék alakjában kivált eszterkeveréket szürőre gyüjtvén, lepárolt vízzel a lúgos kémhatás eltünéséig mosta, megszárította és megmérte.

A benzoat mennyiségét egyénenként különbözőnek találta; 100 cm³ ép vizeletből átlag 0·138—1·309 gr. eszterkeveréket kapott.

Roos[30] különböző állati vizeleteket benzoylozott, azoknak összes szénhydrattartalmát a furfurolmódszer segélyével is meghatározván. A benzoylozásnál *Vvedenskij* előírásától annyiban tért el, hogy 100 cm³ vizeletre 10 cm³ benzoylchloridot és 100 cm³ 10—12%-os NaOH-oldatot vett. Kutya, házinyúl és ló vizeletét benzoylozván, ezek 100—100 cm³-éből 0·08 (házinyúl) — 1·21 (kutya) gr. benzoatot kapott és úgy találta, hogy a vizelet 100 cm³-éből nyerhető benzoleszterek mennyisége kevés kivétellel arányos ugyanazon vizelet furfurolt fejlesztő anyagainak szőlőczukor egyenértékéhez úgy, hogy a furfurolmódszer eredményeit a benzoylozás általában megerősíti. A benzoylozott vizeletek szüredéke többé-kevésbé kifejezett furfurolreactiot adott, jeléül annak, hogy a szénhydratok egy része a benzoylozást elkerülte.

Ugyanezt tapasztalta *Treupel*[40], ki *Vvedenskij*-től eltérőleg azon eredményre jutott, hogy a szénhydratok teljes eltávolítása még a vizelet többszöri benzoylozásával sem sikerül, míg *Vvedenskij* szerint a szénhydratok kicsapása már kétszeri benzoylozás után teljesnek tekinthető. A benzoatcsapadék súlyát *Treupel* is a furfurolt fejlesztő képességgel arányosnak találta. Azon tapasztalat révén, hogy ugyanazon vizelet két egyenlő részletéből csak akkor volt egyenlő mennyiségü benzoat nyerhető, ha az alkalmazott reagensek mennyisége mindkét esetben egyenlő volt, felismerte a reagensek mennyiségének a csapadék kiképződésére gyakorolt befolyását. Legczélszerübbnek találta 10 cm³ vizeletnek 10 cm³ 10%-os NaOH-oldattal és 1 cm³ benzoylchloriddal való rázását. Törekedett a csapadék mennyiségét ülepítés után olyan módon meghatározni, mint az az *Esbach*-féle fehérjemeghatározásnál történik és ebből a vizelet összes szénhydrattartalmára következtetést vonni. Azonban, bár az eljárást egyébként a vizelet összes szénhydratjainak meghatározására alkalmasnak tartaná, a módszer kidolgozásától elállott azért, mert úgy találta, hogy a csapadék csak nehezen és tökéletlenül ülepedik le.

A vizelet benzoylozására vonatkozólag beható tanulmányokat végzett *Fodor G.*,[10] vizsgálván azon befolyást, melyet az alkalmazott reagensek mennyisége, valamint a benzoylozásnál szereplő folyadékok összes mennyisége, illetve higítása a benzoatcsapadék kiválására gyakorol. E kisérleteinél úgy találta, hogy a reactiohoz vett benzoylchlorid mennyiségének emelésével nö ugyan a kicsapódó eszterkeverék mennyisége is, de e növekvés nem szabályosan és arányosan előrehaladó. A benzoylozásra nézve legkedvezőbb feltételek nem érhetők el csupán a benzoylchloridnak nagyobb mennyiségben használatával. A benzoylozásnál számbajövő egyéb körülmények közül a vizeletnek benzoylozás előtti higítását, továbbá a fölös lúgnak a benzoylozás után letompitását tanulmányozta. Tekintettel azon körülményre, hogy a szénhydratok, mint azt *Kueny*[15] és *Udránszky*[10] kimutatták, híg oldatokból magasabb rendü, tehát nagyobb molekulasulyú benzoylesztereik alakjában csapódnak ki, mint tömény oldatokból, várni lehetett, hogy a vizeletnek benzoylozás előtti felhigítása nagyobb sulyú benzoatcsapadék kiválását fogja maga után vonni. Azonban *Fodor* kisérletei e felvételt nem igazolták, a mennyiben az tünik ki belőlük, hogy a vizeletnek benzoylozás előtti higítása a csapadék mennyiségére jelentékenyebb befolyást nem gyakorolt. Ellenben a fölös lúgnak a benzoylozás befejezése után letompítása *Fodor* kisérletei szerint kedvező befolyással van az eszterkeverék mennyiségének teljességére, mi által a benzoylozás mennyileges czélokra alkalmasabbá lesz.

A vizelet benzoylozását illetőleg *Salkowski E.*[32] szintén beható vizgálatokat végzett. Vizsgálatainál a benzoylchloridot és a NaOH-oldatot a *Vvedenskij*-féle arányban alkalmazta; nagyobb mennyiségü benzoatcsapadékoknak a szürőről leválasztható részét külön szárította és mérte, a szürőn maradt rész sulyát pedig alkoholban oldás és bepárolás után határozván meg, az előbbihez számította. Ily módon 100 cm³ ép emberi vizeletből 0·122—0·366 gr. benzoatot kapott. Véleménye szerint a benzoylozás feltételei a leggondosabb eljárás mellett sem lehetnek több kisérletnél teljesen azonosak, minek következtében az ugyanazon vizelet egyenlő részleteivel végzett párhuzamos meghatározások eredményei sem fedhetik egymást tökéletesen. Éppen ezért a vizeletből előállítható benzoatcsapadékok súlyainak összehasonlításánál csupán jelentékenyebb különbségek jöhetnek számításba.

Baisch[3] szintén részletes adatokat közöl a vizelet benzoylozására vonatkozólag. Párhuzamos kisérleteknél 100 cm³ vizeletre 4, illetve 2 cm³ benzoylchloridot vevén, a csapadék mennyiségében a benzoylchlorid mennyisége szerint lényeges különbségeket észlelt. Másfelől pedig azt tapasztalta, hogy kevés lúg alkalmazása mellett a benzoatcsapadék nem porlós, hanem tapadós. Hogy a benzoatcsapadékot könnyebben kezelhetővé tegye és hamutartalmát is csökkentse, a phosphorsavas földfémek kicsapására szolgáló előzetes NaOH-os kezelést a vizeletnek közömbös, illetve lúgos eczetsavas ólommal kezelésével próbálta helyettesiteni. A benzoatcsapadékot mindkét ólomsós eljárás igen könnyen kezelhetővé tette; előbbi az eszterkeverék hamutartalmát is alább szállitotta, míg utóbbi ezt növelte. Jelentékeny különbséget okozott a vizeletnek ezen ólomsókkal kezelése a benzoatcsapadék mennyiségében, a mennyiben közömbös-, de főleg lúgos-eczetsavas ólommal kezelt vizeletből jóval kevesebb benzoleszter volt nyerhető, mint ugyanazon vizeletnek egyszerüen NaOH-mal kezelt megfelelő részleteiből.

Lemaire[19] a vizeletből a phosphorsavas földfémeket kevés NaOH-mal kicsapván, a szüredék 100 cm³-ét 40 cm³ 12%-os NaOH-oldattal és 5 cm³ benzoylchloriddal rázta; a csapadékot szürőre gyüjtvén, a lúgos kémhatás eltünéséig mosta és kénsav felett szárította. 100 cm³ ép emberi vizeletből átlag 0·254 gr. benzoylesztert kapott.

Ujabban *Rosin*[31] használta fel a benzoylozást a diabeteses egyének vizeletében foglalt különféle szénhydratok mennyileges viszonyának felismerésére. Ezen kisérleteinek keretében ép emberi vizeletet is benzoylozván, ennek napi mennyiségéből 1·5—5·0, középértékben 3·22 gr. benzoatot nyert.

A benzoatcsapadék összetételét illetőleg már *Baumann*[5]

közölte, hogy szénhydratok benzoylozásánál mindig különböző fokban benzoylozott eszterek keveréke csapodik ki, melyek egymástól nehezen választhatók el. Ugyanezen eredményre jutott *Kueny*[15] is, megjegyezvén, hogy híg szénhydratoldatok mindig magasabb C-tartalmú benzoatkeveréket adnak.

A vizeletből előállított benzoat még összetettebb keverék, a mennyiben *Vvedenskij*[45], *Salkowski*[32], *Baisch*[1], *Lemaire*[19] és újabban *Alfthan*[2] vizsgálatai szerint a vizelet különböző szénhydratjainak különböző fokban benzoylozott esztereit foglalja magában és ezenkivül N-t is tartalmaz[45], mitől körülményes eljárások által sem szabadítható meg.[3] *Salkowski*[32] szerint e N-tartalom fehérjétől ered, mely az ép emberi vizeletben nyomokban előfordulhat és a benzoatcsapadékba átmehet. E felvétellel szemben *Baisch*[3] foglalt állást, miután úgy találta, hogy a vizeletből nyert benzoatok a *Millon*-féle kémlőszerrel jellemző reactiot nem adnak, míg czukoroldat és kevés fehérje keverékéből előállított benzoyleszterekkel élénk vörös színeződést kapott.

Az ammoniumsók azon nagy higításnál fogva, melyben élettani viszonyok között az emberi vizeletben előfordulnak, a benzoylozás adott feltételei mellett nem csapódnak ki oldhatatlan benzoylvegyületek alakjában. Az ép emberi vizeletből előállított benzoatcsapadék tehát benzamidot rendszerint nem tartalmaz, a benzamid könnyen oldhatósága révén pedig szükség esetén könnyen megszabadítható volna tőle.

A glucuronsavvegyületek, bár nehezen benzoylozhatók, bizonyos körülmények között szintén adnak benzoylvegyületeket. Ezek azonban *Thierfelder*[39] szerint benzoylchlorid fölöslege mellett nem csapódnak ki, vagy kicsapódva rövid idő alatt megint oldásba mennek. Alfthan[2] szerint a glucuronsav benzoylvegyületeinek kicsapódását a lúg fölöslege akadályozza.

Ezek nyomán tehát, minthogy az emberi ép vizelet a szénhydratokon kivül más, az adott feltételek mellett benzoylozható vegyületeket — eddigi ismereteink szerint — nem tartalmaz, felvehetjük, hogy a benzoatkeverék, melyet belőle a *Schotten-Baumann*-féle benzoylozással előállíthatunk, csaknem tisztán* szénhydratok benzoylesztereiből áll.

Tagadhatatlan azonban, hogy az ép vizeletből előállított benzoatcsapadék — még ha a benne foglalt ismeretlen N-tartalmú vegyülettől el is tekintünk — meglehetősen összetett keverék, melynek egyes alkotórészei, t. i. az ép emberi vizelet különböző szénhydratjainak** különböző fokban benzoylozott eszterei, ismeretlen arányban vannak egymással keveredve.

El kell ismernünk, hogy ezen körülmény is egy bizonyos mértékben csorbítja az e reactiotól, mint valamely szabatos mennyileges eljárás alapjától várható előnyöket. Tekintettel azonban azon arányosságra, melyet egyes szerzők *(Roos,*[30] *Treupel*[40]*)* a vizelet furfuroltfejlesztő képessége és a belőle nyerhető benzoatcsapadék mennyisége között találtak, nem látszott valószinűtlennek, hogy a vizelet összes szénhydrattartalma és a vizeletből előállítható benzoatkeverék súlya között határozott viszony állhat fenn. Minthogy pedig fel lehetett venni, hogy a vizelet szénhydrattartalmának különbségei, egyenlő feltételek mellett végzett benzoylozásoknál, a benzoatcsapadékok súlyában mutatkozó arányos különbségek által kifejezésre juthatnak, érdemesnek látszott annak megvizsgálása, hogy a benzoylozás ezek alapján mennyiben használható az ép vizelet szénhydratjainak mennyileges meghatározására, illetve becslésére.

A magam elé tűzött fentemlített feladat elérése czéljából tehát első sorban annak felismerésére kellett törekednem, hogy ezen arányosság csakugyan fennáll-e és ha igen, a benzoylozásnak, valamint az ehhez való előkészítésnek milyen módja mellett jut legjobban kifejezésre?

(Folytatása következik.)

* Az a kérdés, hogy a benzoatcsapadék N-tartalma benzoylozott N-vegyületekre, vagy pedig csak a csapadéknak N-tartalmú anyagokkal szennyezésére vezethető-e vissza, még nem nyert megoldást.

** Eddigi ismereteink szerint tehát a *Landwehr*-féle gumminak, szőllőczukornak és isomaltosenak.

A budapesti egyetem általános kór- és gyógytani intézetével kapcsolatos Pasteur-intézet 1901-dik évi működése.

Közli: *Hőgyes Endre* tanár.

(Vége.)

II.

Magyarországi veszettség-esetek részletes elemzése.

1. A veszettség elterjedése 1901-ben állatok és emberek között.

A Pasteur-intézet és a földmívelésügyi minister részéről kiadott állategészségügyi évkönyv ide vonatkozó adataiból kitünik, hogy az 1901. év folyamán Magyarország 62 megyéjének 1001 községében 2153 veszett állat (1892 kutya, 14 ló, 111 szarvasmarha, 26 juh és 110 sertés) fordult elő, melyek közül a kutyák 7964 más állatot (5490 kutyát, 117 macskát, 93 lovat, 225 szarvasmarhát, 998 juhot, 748 sertést és 293 egyéb apró marhát) és 2319 embert inficiáltak. Emberinfectio fordult elő a kutyamaráson kivül 198 esetben macskamarás, 8 esetben lómarás, 16 esetben szarvasmarha, 8 esetben sertés, 6 esetben farkasmarás folytán, ezenkivül 1 esetben veszett nyúllal, 5 esetben veszett emberrel való érintkezés tette valószinüvé a veszettséggel való infectiot.

A veszettség elterjedésének ugyanezen erőteljessége mutatkozott az előbbi évek folyamán is, mint azt fent idézett tíz éves összeállításomban kimutattam, úgy hogy kétségtelen az, hogy Magyarország veszettséggel állandóan fertőzve van. A fertőzés kiterjed az ország majdnem valamennyi megyéjére, csak a fertőzöttség súlyossága ingadozik azokban a különböző években.

A veszettség területi elterjedését 1901-ben a következő összeállítás tünteti fel, mely az 1901. évre való állategészségügyi évkönyv és a Pasteur-intézet ide vonatkozó adatainak egybevetése alapján készült és azt tartalmazza, hogy az egyes megyék községeiben hány veszett kutya fordult elő és ugyanonnan hány veszettséggel inficiált egyén jött védoltásra a Pasteur-intézetbe?

Az egyes megyék fertőzöttségének mértékéül az 1890—1897-ig terjedő évek átlagából tett számítások alapján — mint azt fentebb idézett munkámban kifejtettem — felvehetjük, hogy azon megyék, a melyekben 1—9 veszett kutya fordul elő egy év alatt és a melyekből 1—8 egyén jön fel az intézetbe, *csekély mértékben fertőzöttnek*; a melyben 10—24 veszett kutya van évenként és 9—24 egyén jön a védoltásokra, *középfokban fertőzöttnek tekinthető*. Azon megyék pedig, melyek 24-nél több veszett kutyát mutatnak fel és 24-nél több egyént küldenek a védoltásra, *igen erősen fertőzöttek*. A következő táblában a fertőzöttség ez átlagos fokozatai az egyes megyék után jelezve vannak: 1-gyel a *gyenge*, 2-vel a *közepes*, 3-mal az *igen erős* fertőzöttség. (Lásd a következő táblázatot.)

Látható az összeállításból, hogy az 1901. év folyamán Magyarország valamennyi megyéjében fordult elő veszettségfertőzés. Árvában fordult elő veszett kutya, de nem harapott embert, Zólyomból nem jelentettek be veszett állatot, 3 egyén mégis jött, talán a szomszéd megyéből áttévedt állat által maratva. A veszett kutyák látszáma szerint 15 megye aránylag gyengén, 23 megye középmértékben, 24 megye erősen, a védoltottak száma szerint 11 megye gyengén, 19 közepesen, 32 megye erősen volt fertőzve, a mennyiben 24 egyénnél többet küldött fel a védoltásokra. Ezen adatok szomorú bizonyságát adják annak, hogy az állategészségügyi rendtartás szabályai országunkban gyarló módon vannak mindezideig végrehajtva.

Legfertőzöttebbek voltak ez évben a Tisza jobb- és balpartján, valamint a Tisza-Maros szögében fekvő megyék.

2. A halálozás és gyógyulás viszonyai a magyarországi védoltottakon 1901-ben.

Az intézetben megjelent és védoltásokra felvett 2319 magyarországi egyén közül 40 egyén nem fejezte be az elkezdett védoltást, részint azért, mert egy részük önként visszalépett a védoltások folytatásától, részint azért, mert más részükre vonatkozólag kiderült, hogy az állat, mely őket megmarta, nem volt veszett és így az oltások folytatása felesleges volt. Teljesen be-

Megye	Veszett kutyák száma	A fertőzöttség foka	Védoltottak száma	A fertőzöttség foka
I. Duna bal partja.				
Árva	1	1	0	0
Bars	9	1	8	1
Esztergom	7	1	11	2
Hont	4	1	4	1
Liptó	1	1	2	1
Nógrád	35	3	42	3
Nyitra	14	2	12	2
Pozsony	2	1	5	1
Trencsén	13	2	41	3
Turócz	1	1	2	1
Zólyom	0	0	3	1
Összesen	87		130	
II. Duna jobb partja.				
Baranya	79	3	147	3
Fejér	21	2	27	3
Győr	21	2	16	2
Komárom	9	1	5	1
Moson	8	1	19	2
Somogy	27	3	10	2
Sopron	23	2	15	2
Tolna	32	3	32	3
Vas	51	3	27	3
Veszprém	28	3	39	3
Zala	37	3	43	3
Összesen	336		380	
III. Duna-Tisza köze				
Bács-Bodrog	122	3	147	3
Csongrád	8	1	18	2
Heves	61	3	46	3
Jász-N.-K.-Szolnok	79	3	98	3
Pest-P.-S.-K.-Kún	97	3	176	3
Összesen	367		485	
IV. Tisza jobb partja				
Abaúj-Torna	54	3	66	3
Bereg	17	2	14	2
Borsod	36	3	60	3
Gömör-Kish.	33	3	48	3
Sáros	23	2	27	3
Szepes	13	2	5	1
Ung	5	1	24	2
Zemplén	24	2	61	3
Összesen	205		305	
V. Tisza bal partja				
Békés	17	2	22	2
Bihar	66	3	82	3
Hajdu	20	2	53	3
Mármaros	31	3	88	3
Szabolcs	58	3	31	3
Szatmár	73	3	90	3
Szilágy	21	2	15	2
Ugocsa	5	1	15	2
Összesen	291		396	
VI. Tisza-Maros szöge				
Arad	46	3	32	3
Csanád	21	2	18	2
Krassó-Ször.	79	3	68	3
Temes	110	3	117	3
Torontál	82	3	83	3
Összesen	338		318	
VII. Erdélyi megyék				
Alsó-Fehér	20	2	26	3
Beszterce-N.	11	2	6	1
Brassó	60	3	47	3
Csik	8	1	6	1
Fogaras	10	2	5	1
Háromszék	48	3	37	3
Hunyad	15	2	43	3
Kis-Küküllő	10	2	11	2
Kolozs	19	2	15	2
Maros-Torda	24	2	32	3
N.-Küküllő	4	1	11	2
Szeben	12	2	26	3
Szolnok-Dob.	10	2	12	2
Torda-Ar.	7	1	19	2
Udvarhely	10	2	9	2
Összesen	268		305	
Összegezés				
I. Duna bal partja	87		130	
II. Duna jobb partja	336		380	
III. Duna-Tisza köze	367		485	
IV. Tisza jobb partja	205		305	
V. Tisza bal partja	291		396	
VI. Tisza-Maros szöge	338		318	
VII. Erdélyi vármegyék	268		305	
Főösszeg	1892		2319	

Összegezés.

	Veszett ebek létszáma szerint				A védoltottak létszáma szerint			
	0	1 gyenge	2 közép	3 erős	0	1 gyenge	2 közép	3 erős
	fertőzöttség				fertőzöttség			
	0	1—9	10—24	24—+	0	1—9	10—24	24—+
	veszett kutya fordult elő				megmart védoltatott			
I. Duna bal partja (11 megye)	1	7	2	1	1	6	2	2
II. Duna jobb partja (11 megye)	—	2	3	6	—	1	4	6
III. Duna-Tisza köze (5 megye)	—	1	—	4	—	—	1	4
IV. Tisza jobb partja (8 megye)	—	1	4	3	—	1	2	5
V. Tisza bal partja (8 megye)	—	1	3	4	—	—	3	5
VI. Tisza-Maros köze (5 megye)	—	—	1	4	—	—	1	4
VII. Erdélyi vármegyék (15 megye)	—	3	10	2	—	3	6	6
A 63 m. összesen:	1	15	23	24	1	11	19	32

fejezett védoltást kapott 2279 egyén, a kikre vonatkozólag a gyógyulási és halálozási statistika szokott módon, tekintettel a fertőzés bizonyosságának különböző fokozataira és a marássebek súlyosságára, a következő:

	Arczseb			Kézseb			Láb- és törzsseb			Összesen		
	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%
A) csoport	32	2	6·25	69	—	—	84	2	2·38	185	4	2·16
B) csoport	116	6	5·17	579	4	0·69	721	1	0·13	1416	11	0·77
C) csoport	47	1	2·12	256	3	1·17	375	1	0·26	678	5	0·73
Összesen	195	9	4·61	904	7	0·77	1180	4	0·33	2279	20	0·87

A 2279 orvosolt egyén közül 20 egyén kapta meg a veszettséget. Az egyetemes halálozás tehát 0·87%, azaz az egyetemes gyógyulás 99·13%.

Ámde a 20 lyssában elhalt egyén közül 2 az oltás közben, 9 a védoltások befejezése után 15 napon belül kapta meg a veszettséget és csak 9 volt olyan, a kin az oltás befejezése után 15 napon túl tört ki a baj. A két első kategoriába tartozó 11 elhalt egyén fentebb kifejtett okokból kiesik a halálozási és gyógyulási statistikából. Ennélfogva marad 2268 védoltott egyénre 9 lyssa-haláleset. E levonással a halálozási százalék és gyógyulási statistika a magyarországi 2268 védoltott egyénre következőleg alakul:

	Arczseb			Kézseb			Láb- és törzsseb			Összesen		
	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%
A) csoport	31	1	3·22	69	—	—	84	2	2·38	184	3	1·63
B) csoport	111	1	0·90	577	2	0·34	721	1	0·13	1409	4	0·28
C) csoport	46	—	—	254	1	0·39	375	1	0·26	675	2	0·29
Összesen	188	2	1·05	900	3	0·33	1180	4	0·33	2268	9	0·39

A halálozási arány tehát 0·39%, a gyógyulás aránya pedig 99·61%.

III.

A nem magyarországi védoltottakról 1901-ben.

A szomszéd országokból 284 egyén vétetett fel a védoltásokra. Nevezetesen:

Horvátország és Szlavonia	92	községéből	182	egyén
Bosznia és Herczegovina	44	„	84	„
Galiczia	2	„	7	„
Stájerország	1	„	1	„
Szerbia	7	„	10	„

A szomszéd országok összesen: 146 községéből 284 egyén.

Ezeknél a halálozási és gyógyulási statistika a következő:

	Arczseb			Kézseb			Láb- és törzsseb			Összesen		
	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%
A) csoport	—	—	—	1	—	—	1	—	—	2	—	—
B) csoport	15	3	20·0	78	2	2·56	130	—	—	223	5	2·24
C) csoport	5	—	—	14	—	—	40	1	2·50	59	1	1·69
Összesen	20	3	15·0	93	2	2·15	171	1	0·58	284	6	2·11

A 284 egyén közül lyssában meghalt 6 egyén. Az egyetemes halálozási arány tehát: 2·11, a gyógyulási 97·89%. Ezek közül azonban csak 1 számít be a gyógyulási és halálozási statistikába, mert 1 közülök az oltás közben, 4 az oltás után 15 napon belül kapta meg a bajt és csak 1 a 15. napon túl. Ennélfogva a statistika következőleg alakul.

	Arczseb			Kézseb			Láb- és törzsseb			Összesen		
	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%	Gy.	†	%
A) csoport	—	—	—	1	—	—	1	—	—	2	—	—
B) csoport	12	—	—	77	1	1·29	130	—	—	219	1	0·45
C) csoport	5	—	—	14	—	—	39	—	—	58	—	—
Összesen	17	—	—	92	1	1·08	170	—	—	279	1	0·35

A halálozási arány 0·35%, a gyógyulási 99·65%.

IV.

Az 1901. évi lyssa-halálesetek elemzése.

a) A lyssa-halálesetek számbeli viszonyai a védoltottak és védoltatlanok közt.

Magyarországon 1901-ben összesen 29 lyssa-haláleset fordult elő, 20 eset ezek közül olyan, a hol védoltás történt, 9 eset olyan, a melyik nem volt védoltva. Az arány tehát 68·9%: 31·1%. A 20 védoltott lyssa-halálesetből az a 11 eset, melyből 2 az oltás közben, 9 pedig az oltás után 15 napon belül halt el, mint láttuk, tulajdonképen nem számítható a védoltottak közé, sőt átteendő a nem gyógyítottak rovatába. A 11 lyssa-haláleset ilyeténképen áttéve a nem gyógyítottak közé, az igazi arány következő: 20 nem védoltott esik 9 védoltottra, azaz 31·1%: 68·9%. Ez megfelel a 10 évi nagy statistika hasonló adatainak, a hol 283 lyssa-halálesetből 72·17—77·38% volt védoltatlan és 22·63—27·83 védoltott.

b) Az incubatio tartama az 1901. év folyamán lyssában elhaltaknál.

Az intézetben védoltottak közül 20 magyarországi eseten kivül a szomszéd országokból jött védoltottak között még 6 lyssás eset volt. Hozzá számítva ezekhez a 9 nem védoltott esetet, ez évből összesen 35 lyssa-esetről van az intézetnek tudomása. Ezeknek az incubatioját két eset kivételével, hol az incubatio hozzávetőleg 48—76 napra tehető, tehát 33 esetnek az incubatioját, tekintettel a marássebek sulyosságára is, a következő összeállítás tünteti fel.

Az 1901. évi lyssa-esetek incubatioja.

Incubatio napokban	I. Magyarországiak						II. Idegenek			Összesen		
	Védoltottak			Védoltatlanok			Védoltottak					
	Arczseb	Kézseb	Láb- és törzsseb	Arczseb	Kézseb	Láb- és törzsseb	Arczseb	Kézseb	Láb- és törzsseb	Arczseb	Kézseb	Láb- és törzsseb
12—20	2	1	—	—	—	—	1	—	—	3	1	—
21—30	4	3	—	—	—	1	1	—	1	5	3	2
31—40	1	1	1	1	—	1	1	1	—	3	2	2
41—50	1	1	1	—	—	1	—	—	—	1	1	2
51–60	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	1	2
70—80	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
120—163	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—
179	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
321	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Összesen	9	7	4	1	1	5	3	2	1	13	10	10
	20			7			6			33		

Az összes esetek közül 13 eset volt *arczseb*, ezeknek incubatioja 12 esetben 15—50 nap között változott és 1 esetben 120 nap volt. *Kézsebes* volt 10, eeknek incubatioja 8 esetben 20—60 nap volt, 1 esetben 163 nap és 1 esetben 179 nap. A 10 *lábsebes* eset közül 9 esetnek átlagos incubatioja 21—80 nap közé esett. Egy lábseb incubatioja rendkivüli hosszú volt: 321 nap.

c) A kitört veszettség tartama e 33 lyssás esetben 1—6 nap között ingadozott, 1 napos tartam mutatkozott 3 esetben, 2 és 3 napos tartam 9, illetve 14 esetben, 4 napos tartam 5 esetben, 5 és 6 napos tartam 1—1 esetben.

V.

Az 1901. évi lyssa-halottak rövid kórtörténetei.

A) Magyarországi illetőségű esetek.

I. Védoltott magyarországi veszett állatmarta egyének közül meghaltak:

a) Oltás közben haltak el:

Papp Juon 5 éves, cseléd fia, lakik Mócson, Kolozs megyében. 1901. május 30-dikán ismeretlen eb marta meg a bal arczán, hol 5 lencsényi nagyságú középmély foghely látható és az alsó ajkon egy mély foghely. A sebeket nem mosták ki, az orvos egy óra mulva lapiszolta azokat. P. junius 2-dikán kapta az első védoltást és junius 14-dikén, a védoltás 12-dik napján, a veszettség tünetei jelentkeztek nála és 16-dikán reggel meghalt. P. nyúlt agyából junius 17-dikén oltott házinyúl julius 5-dikén veszettségben elpusztult.

Incubatio: Marás napjától 15 nap.

Oszter Ferencz, 57 éves, napszámos, lakik Perkoszován, Temes megyében. 1901. november 6-dikán kóbor eb marta meg az orrgerinczen és a baloldali alsó szemhéján, O. védoltásra került 1901. november 8-dikán és a veszettség fellépett még az oltások folyamán, november 24-dikén, és meghalt 28-dikán. A maró állatot agyonverték és a bonczolásakor veszettséget állapitottak meg. O. a sebeit nem mosta ki vízzel, az orvos is csak 3 óra eltelte után vette kezelés alá.

Incubatio: Marás napjától 18 nap.

b) A védoltás befejezte után 15 napon belül haltak el:

Lendvay István 10 éves, földmives fia, lakik Uj-Kécskén, Pest megyében. 1901. márczius hó 29-dikén saját kutyája marta meg a bal kéz középujján; a sebet nem mosták ki, az orvos pedig csak másnap mosta és kötözte be. A maró ebet agyonütötték és vizsgálatlanul eldobták. L. 1901. márczius 31-dikén jelentkezett az intézetben és védoltatott április 13-dikáig. Az előljáróság a községi orvos észlelése alapján jelenti, hogy L. 1901. április 19-dikén veszettségben megbetegedett és 21-dikén meghalt.

Incubatio: Marás napjától 21 nap, utolsó oltástól 6 nap.

Waldmann János 8 éves, napszámos fia, lakik Kolluthon, Bács megyében. 1901. május 5-dikén ismeretlen eb marta meg, a bal kéz hátán egy 2 cm. hosszú, az alkarján egy 4 cm. hosszú és a felkarján egy 8 cm. hosszú, az izomzatot feltáró sebzést ejtvén. Az ebet agyonütötték és az állatorvos veszettséget állapitott meg rajta. W. védoltatott 1901. május 6-dikától május 25-dikéig. Zátony József dr. községi orvos értesit, hogy W. 1901. május 26-dikán lyssában megbetegedett és másnapra meghalt.

Incubatio: Marás napjától 20 nap, utolsó oltástól 1 nap.

Kozsák Róza 8 éves, napszámos leánya, lakik Kolesznán, Trencsén megyében. 1901. május hó 11-dikén kóbor eb marta meg a felső ajakán és az orr gyökén. A sebeket nem mosták ki vízzel, az orvos pedig 4 óra mulva kezelte. A maró ebet lebunkózták és az állatorvos bonczolásnál veszettséget állapitott meg. K. védoltása 1901. május 13-dikától május 31-dikéig tartott. A trencséni rendőrkapitányság és Lipscher dr. járásorvos értesitése szerint K. junius 13-dikán veszettségben megbetegedett és a trencséni közkórházba vitték, hol harmadnapra meghalt. A kórisme megállapitása végett K. beküldött nyúltagy részletéből eszközölt állatoltási kisérlet positiv eredményt adott, mert a junius 17-dikén oltott házinyúl julius 16-dikán veszettségben elpusztult.

Incubatio: Marás napjától 33 nap, utolsó oltástól 13 nap.

Fehér József, 23 éves, közkatona, lakik Brassóban. 1901. május 21-dikén kóbor eb marta meg, a felső ajkán és a bal orrszárnyán egy-egy lencsényi nagyságú foghely látható, sebeit 1/4 órán belül mosta vízzel, az orvos 1/2 óra mulva lapiszolta. F. május 24-dikétől junius 12-dikéig védoltatott. Ehrnberger dr. ezredorvos junius 30-dikán értesit, hogy F. junius 14-dikén veszettségben megbetegedett és másnapra meghalt.

Incubatio: Marás napjától 23 nap, utolsó oltástól 2 nap.

Fehér Ferencz, 19 éves, köteles segéd, lakik Verseczen. 1901. junius 21-dikén kóbor eb marta meg a homlokán. Védoltás tartama 1901. junius 27-dikétől julius 16-dikáig. Buró Péter dr. városi orvos értesitése szerint F. julius 17-dikén lyssában megbetegedett és a verseczi közkórházban 19-dikén meghalt.

Incubatio: Marás napjától 26 nap, utolsó oltástól 1 nap.

Kimpán Péterné, 30 éves, napszámos neje, lakik Szilágy-Csehen, Szilágy megyében. 1901. julius 21-dikén ismeretlen eb marta meg, a jobb és bal kezen, továbbá a jobb alkaron többszörös mély sebeket ejtvén, melyeket csak 3 óra mulva mostak ki carbolos vízzel. A maró ebet agyonlőtték és az állatorvosi boncvizsgálat veszettséget állapitott meg. Védoltás tartama 1901. julius 24-dikétől augusztus 11-dikéig. A szilágycsehi járási tisztiorvos jelenti, hogy K. 1901. augusztus hó 12-dikén veszettségben megbetegedett és meghalt 15-dikén. Az ugyanazon ebtől egy időben megmart két egyén, kik szintén védoltásban részesültek, egészségesek maradtak.

Incubatio: Marás napjától 22 nap, utolsó oltástól 1 nap.

Simon Helén, 13 éves, cseléd, lakik Vargyason, Udvarhely megyében. 1901. augusztus 3-dikán községbeli eb marta meg bal kézháti részét és ujjait, többszörös mély sebeket ejtve rajta; a maró eb elfutott és feltalálható nem volt. S. védoltást kapott 1901. augusztus 4-dikétől 21-dikéig. Bardócz község előljárósága és Tibád Miklós dr. körorvos 1902. január 2-dikán jelentik, hogy S. 1901. augusztus 25-dikén veszettségben megbetegedett és 28-dikán meghalt. Ugyanazon ebtől egy időben megmart egyén, ki szintén védoltás alatt állott, egészséges.

Incubatio: Marás napjától 22 nap, utolsó oltástól 4 nap.

Scherer Orsolya, 10 éves, napszámos leánya, vaskúti lakos (Bács megye). 1901. szeptember 26-dikán kóbor eb marta meg az orr hátán, hol 2 cm. hosszú, mély sebzés látható. A sebet nem mosták ki vízzel, az orvos 1/2 óra mulva kezelte. A maró eb elfutott és feltalálható nem volt. Védoltás tartama 1901. szeptember 28-dikától október 16-dikáig. Grázl dr. körorvos jelenti, hogy Sch. 1901. október 24-dikén veszettségben megbetegedett és 25-dikén meghalt. Ugyanazon ebtől egy időben megmart két egyén, kik szintén védoltásban részesültek, egészségesek.

Incubatio: Marás napjától 28 nap, utolsó oltástól 8 nap.

Csebi András, 16 éves, földmives, lakik Mezőtúron, Jász-N.-K.-Szolnok megyében. 1901. deczember 26-dikán orrgerinczén és felső ajka közepe táján marta meg kóbor eb, melyet nyomban agyonvertek és felbonczoltak és a vizsgálat veszettséget derített ki. Cs. a sebeit 5 percz mulva öblögette vízzel, orvos azonban nem kezelte. Védoltása 1901. deczember 28-dikán vette kezdetét és tartott 1902. január 15-dikéig. Bordács István dr. városi tisztiorvos értesitése szerint B. 1902. január 25-dikén veszettségben megbetegedett és 27-dikén meghalt.

Incubatio: Marás napjától 28 nap, utolsó oltástól 10 nap.

*

c) Védoltás befejezte után 15 napon túl haltak el:

Balogh János, 38 éves, földmives, lakik Vasas-Szent-Iványon, Szolnok-Doboka megyében. 1901. márczius 10-dikén kóbor eb marta meg bal kezén, mély és több sebet ejtvén rajta. Az ebet agyoncsapták és az állatorvos veszettséget állapitott meg a bonczolásnál. B. védoltatott márczius 13-dikától márczius 31-dikéig. Zachariás József dr. orvos jelentése szerint B. 1901. április 22-dikén veszettségben megbetegedett és április 26-dikán meghalt.

Incubatio: Marás napjától 43, utolsó oltástól 22 nap.

Nyegován Mária, 67 éves, földmivesnő, lakik Dolován, Torontál megyében. 1901. márczius 23-dikán ismeretlen eb marta meg a jobb csupasz alkarján, hol 5 lencsényi nagyságú középmélységű sebet ejtett rajta, melyeket vizzel 1/4 óra mulva kimostak, az orvos pedig 2 óra mulva bekötötte. Védoltás tartama 1901. márczius 27-dikétől április 11-dikéig. Schäffer Nándor dr. községi orvos értesitése szerint Ny. 1902. január 18-dikán lyssában megbetegedett és január 22-dikén meghalt. A maró eb, mely elfutott, még egy egyént mart meg, a ki szintén védoltatott és egészséges maradt.

Incubatio: Marás napjától 321, utolsó oltástól 302 nap.

Kinpán Róza, 3 éves, napszámos leánya, lakik Gyergyó-Tölgyesen, Csik megyében. Marás történt 1901. márczius 31-dikén, a mikor egy kóbor eb a bal arczán, közel az alsó szemhéjhoz, egy 3 cm. hosszú és 1/2 cm. széles sebet ejtett rajta, melyet sem vizzel nem mostak, sem orvos nem kezelt. A maró ebet agyonütötték és az állatorvos veszettségre gyanusnak találta a bonczolásnál. K. 1901. április 4-dikétől 27-dikéig védoltás alatt volt, kivéve április 20—22. napján, a mikor a védoltásokat egyelőre beszüntettük kanyarója miatt. 1901. október 21-dikén az elöljáróság Ádám Endre dr. körorvos jelentése mellett értesit, hogy K. 1901. julius 29-dikén veszettségben megbetegedett és julius 30-dikán meghalt.

Incubatio: Marás napjától 120 nap, utolsó oltástól 92 nap.

König Szigfrid, 15 éves, iparossegéd, lakik Medgyesen, Kis-Küküllő megyében. 1901. május 21-dikén Brassóban egy kóbor eb marta meg, a jobb alkarján és felkarján többszörös mély sebek. A maró ebet agyonlőtték és az állatorvos bonczolás útján veszettséget állapitott meg rajta. H. Siegmund dr. városi tisztiorvos jelenti, hogy K. 1901. augusztus 7-dikén veszettségben megbetegedett és augusztus 11-dikén meghalt. Ugyanazon ebtől egyidőben megmart 8 egyén, kik szintén védoltásban részesültek, egészségesek.

Incubatio: Marás napjától 76 nap, utolsó oltástól 59 nap.

Herl Ferencz, 6 éves, napszámos fia, lakik Verseczen. 1901. junius 24-dikén ismeretlen eb marta meg a háta bal oldalán, hol egy 5 cm. hosszú és 1/2 cm. széles középmély sebzés látható. A marás ingen át történt, mely átszakadt. A sebet 1/2 óra mulva vizzel mosták, az orvos 3/4 óra mulva bekötötte. Védoltás tartama 1901. junius 27-dikétől julius 9-dikéig. Froniusz Gusztáv dr. városi kerületi orvos értesitése szerint H. 1901. julius 31-dikén lyssában megbetegedett és augusztus 2-dikán meghalt.

Incubatio: Marás napjától 37 nap, utolsó oltástól 22 nap.

Kovács Ferencz, 12 éves, földmives fia, lakik Török-Szent-Miklóson, Jász-Nagy-Kun-Szolnok megyében. Marás történt 1901. julius 16-dikán, a midőn egy községbeli eb a jobb kezén többszörös mély sebet ejtett rajta, a sebeket nem mosták ki vizzel, az orvos egy óra mulván lapiszolta. Az ebet agyonütötték és az állatorvosi bonczvizsgálat veszettséget állapitott meg rajta. K. 1901. julius 17-dikétől augusztus 3-dikáig védoltatott. Jánosi Gyula dr. községi orvos értesitése szerint K. 1901. augusztus 21-dikén veszettségben megbetegedett és 24-dikén meghalt.

Incubatio: Marás napjától 36 nap, utolsó oltástól 18 nap.

Molnár Anna, 6 éves, kertész leánya, lakik Baján. 1901. julius 22-dikén kóbor eb marta meg a jobb láb háti oldalán, hol két 2 cm. hosszú és 3 mm. széles sebzés látható. Védoltatott 1901. julius 27-dikétől augusztus 10-dikéig. A bajai járásorvos 1901. október 18-dikán értesit, hogy M. 1901. szeptember 20-dikán veszettségben megbetegedett és 23-dikán meghalt.

Incubatio: Marás napjától 60 nap, utolsó oltástól 41 nap.

Belencsik József, 10 éves, napszámos fia, lakik Újpesten. 1901. szeptember 2-dikán ismeretlen eb marta meg, a jobb kezén és alkarján többszörös mély sebek. A maró eb eltünt és feltalálható nem volt. Védoltatott szeptember 4-dikétől szeptember 17-dikéig. Héderváry Sámuel dr. községi orvos 1902. február 17-dikén jelenti, hogy B. 1902. február 14-dikén veszettségben megbetegedett és 17-dikén meghalt.

Incubatio: Marás napjától 163 nap, utolsó oltástól 150 nap.

Taud Gábor 50 éves, juhász, lakik Jóod községben Mármaros megyében. 1901. deczember 16-dikán farkas marta meg, a jobb fülén és arczán, továbbá a bal alkarján és lábszárán többszörös és mély sebzéseket ejtvén rajtva, melyeket 1/4 óra mulván vizzel mostak. Védoltatott 1901. deczember 22-dikétől 1902. január 10-dikéig. A dragomirfalvai főszolgabiró értesitése szerint T. 1902. január 28-dikán veszettségben megbetegedett és január 31-dikén meghalt. Ugyanazon farkastól egyidőben megmart 5 egyén egészséges.

Incubatio: Marás napjától 43 nap, utolsó oltástól 18 nap.

II. Nem védoltott magyarországi veszett állatmarta egyének közül meghaltak:

Kladni (*Bonteszku*) *Anna*, Hunyad m. Boicza, 11 éves, földmives leánya, 1901. január hóban veszettségre gyanus eb marta meg az arczán. Veszettség kitört rajta 1901. február 28-dikán, meghalt márczius hó 3-dikán.

Incubatio: körülbelül 1 1/2 hó.

Maxa György, Torontál m. Román Tetre, 35 éves, földmives, 1901. február hó 2-dikán veszettségre gyanus eb marta meg a kezén. A veszettség kitört rajta 1901. augusztus 2-dikán és meghalt augusztus hó 5-dikén.

Incubatio: 179 nap.

Putó Éva, Krassó-Szörény m. Tergovest, 5 éves, földmives leánya, 1901. márczius hó 2-dikán veszettségre gyanús eb marta meg a lábán. A veszettség kitört rajta április hó 18-dikán és meghalt április hó 21-dikén.

Incubatio: 47 nap.

Szoka Izidor: Szilágy m. Rákos, 10 éves, napszámos fia, 1901. május hó 2-dikán veszettségre gyanús eb marta meg a lábszárán. A veszettség kitört rajta 1901. junius hó 10-dikén és meghalt junius hó 12-dikén.

Incubatio: 39 nap.

Süle János, Torontál m. Józova, 12 éves, napszámos fia, 1901. május hó 3-dikán veszettségre gyanús eb marta meg a könyökén. A veszettség fellépett 1901. julius 2-dikán és meghalt julius 5-dikén.

Incubatio: 60 nap.

Tóth Julia, Bács-Bodrog m. Ujvidék, 59 éves, napszámos asszony, 1901. május hó 15-dikén veszettségre gyanús eb marta meg a czombján. A veszettség kitört rajta 1901. junius 13-dikán és meghalt junius 15-dikén.

Incubatio: 28 nap.

Békesi Lidia, Heves m. Tisza-Füred, 4 éves, cseléd leánya, 1901. junius 10-dikén veszettségre gyanús eb marta meg az arczán. A veszettség kitört rajta 1901. julius 20-dikán és meghalt julius 23-dikán.

Incubatio: 40 nap.

Blocken Erzsébet, Krassó-Szörény m. Raffna, földmives, 1901. junius hóban veszettségre gyanús eb marta meg a könyökén. A veszettség kitört rajta 1901. augusztus 4-dikén és meghalt augusztus 5-dikén.

Incubatio: körülbelül 2 hó.

Daku Illés, Bács-Bodrog m. Szabadka, 47 éves, napszámos, 1901. augusztus 2-dikán veszettségre gyanús eb marta meg a lábán. A veszettség kitört rajta 1901. szeptember 29-dikén és meghalt október 2-dikán.

Incubatio: 58 nap.

B) Nem magyarországi illetőségű védoltott lyssa-halottak:

Nenadics Máté, 40 éves, földmives, lakik Lipán (Bosznia). 1901. május 27-dikén kóbor eb marta meg a bal kézfején, hol 2 lencsényi nagyságú középmély sebzés látható, melyet nem mosott ki vizzel, orvos sem kezelte. Védoltatott 1901. junius 7-dikétől 20-dikáig. A kerületi elöljáróság Zsupanján 1901. augusztus 16-dikán értesit, hogy N. julius 20-dikán lyssában megbetegedett és 25-dikén meghalt.

Incubatio: marás napjától 54 nap, utolsó oltástól 30 nap.

Babics Milos, 5 éves, földmives fia, lakik Papazaniban (Bosznia). 1901. junius 12-dikén kóbor eb marta meg a bal arczán, az állcsúcson és a jobb lábhátán, hol egy-egy 2 cm. hosszú és 1/2 cm. széles mély sebzés látható. B. 1901. junius 16-dikán került védoltás alá, mely julius 3-dikán fejeződött be. 1901. augusztus 17-dikén a prnjávori elöljáróság értesit, hogy B. julius 4-dikén veszettségben megbetegedett és julius 10-dikén meghalt.

Incubatio: marás napjától 22 nap, utolsó oltástól 1 nap.

Elkasovics Gara, 8 éves, napszámos leánya, lakik Krupában (Bosznia). 1901. junius 25-dikén ismeretlen eb marta meg, a jobb és bal alkarján többszörös mély sebek, melyeket 1/2 óra mulva mostak vizzel, orvos nem kezelte. A maró eb elfutott és feltalálható nem volt. E. 1901. junius 30-dikától julius 17-dikéig állott védoltás alatt. A krupai kerületi elöljáróság értesitése szerint E. 1901. julius 18-dikán veszettségben megbetegedett és julius 20-dikán meghalt.

Incubatio: marás napjától 21 nap, utolsó oltástól 1 nap.

Stipetics Ferencz, 50 éves, földmives, lakik Ogulinban (Horvátország). 1901. junius 27-dikén kóbor eb marta meg a bal kezén és alkarján. A maró eben, lelövetése után, az állatorvos veszettséget állapitott meg. Védoltás tartama 1901. junius 30-dikától julius 18-dikáig. A kerületi elöljáróság Ogulinban jelenti, hogy St. 1901. julius 29-dikén lyssában megbetegedett és 30-dikán meghalt. Ugyanazon ebtől egyidőben megmart 6 egyén, kik szintén védoltásban részesültek, egészségesek.

Incubatio: Marás napjától 32 nap, utolsó oltástól 11 nap.

Marjanovics Jovo, 35 éves, földmives, lakik Dubrave községben (Bosznia). 1901. augusztus 2-dikán kóbor eb marta meg az arcz több helyén, a sebeket 1/4 óra mulva mosta vizzel, az orvos másnap kezelte. A maró ebet agyonverték és felbontották. Védoltást kapott 1901. augusztus 7-dikétől 26-dikáig. A gradiskai kerületi elüljáróság jelenti, hogy M. 1901. szeptember 9-dikén veszettségben megbetegedett és szeptember 13-dikán meghalt. Ugyanazon ebtől egyidőben megmart két egyén, kik szintén védoltásban részesültek, egészséges.

Incubatio: Marás napjától 38 nap, utolsó oltástól 14 nap.

Bajics Gyorgye, 19 éves, földmives, lakik Stanariban (Bosznia). 1901. november 14-dikén az állán és a felső ajkán marta meg kóbor eb, melyet agyonvertek és az állatorvosi bonczvizsgálat veszettséget derített ki. B. a marás utáni 7-dik napon került csak védoltás alá és még annak folyamán, azaz deczember 1-jén fellépett nála a lyssa és meghalt deczember 2-dikán.

Incubatio: Marás napjától 16 nap.

VI.

Az intézetbe bejáró szegény marottakat és kisérőiket ez évben is a szt. István-közkórház látta el tartózkodási helylyel és élelemmel mint közkórházi betegeket. A kórházban elhelyezett szegénybetegek forgalmát és az évi ápolási napok számát az intézet felállítása óta a következő táblázat tünteti fel:

Év	Ebmarottak	Ápolási nap	Kisérők	Ápolási nap	Összesen	
					A kórházban elhelyezve voltak	Ápolási nap
1890	398	5726	92	1290	490	7016
1891	409	5776	127	2698	536	8474
1892	402	5491	147	2058	549	7549
1893	520	7162	156	2432	676	9594
1894	878	11892	288	3744	1166	15636
1895	1020	14427	282	3894	1302	18321
1896	1203	16254	349	4510	1552	20764
1897	1339	18694	452	5786	1791	24480
1898	1575	21364	499	6577	2074	27941
1899	1676	21859	490	6108	2166	27967
1900	1721	22816	531	6823	2252	29639
1901	2147	28797	700	8386	2847	37183
Összeg:	13288	180258	4113	54306	17401	234564

A védoltottak gyógyulási és halálozási statistikájának évi hullámzását az intézet felállítása óta a következő összeállítás mutatja a magyarországi esetekre nézve.

Év	Védoltottak száma	Gyógyultak száma	Halottak száma	Gyógyulás	Halálozás
				százalék	
1890 IV/15| 1891	1014	1003	11	98·99	1·01
1892	506	500	6	98·82	1·18
1893	623	619	4	99·36	0·64
1894	1120	1089	31	97·24	2·76
1895	1192	1189	3	99·75	0·25
1896	1468	1466	2	99·87	0·13
1897	1482	1475	7	99·53	0·47
1898	1590	1587	3	99·82	0·18
1899	1673	1670	3	99·89	0·11
1900	1762	1757	5	99·72	0·28
1901	2268	2259	9	99·62	0·39
11 év 8½ hó összesen:	14768	14614	84	99·44	0·56

Az intézetben tanács és gyógyítás végett megjelent egyének összes száma az intézet fennállása óta 1901 végéig 17,057, kik közül 14,901 magyarországi illetőségü volt, 2156 pedig külföldi.

Tiszta vizeletczafataiban talált tuberculosisbacillusok.

Irta: *Craciunescu Sándor* dr. herkulesfürdői orvos.

Az alábbi eset diagnostikus és prognostikus szempontból különös érdekkel bir, mivel az urogenitalszervek tuberculosisának korai kórismézéséről van szó a mellett, hogy egyéb subjectiv vagy objectiv tünetek teljesen hiányzanak.

A leletet Finger tanárral, mint a szakirodalom kiváló ismerőjével annak idején közöltem, a ki a következő választ adta: „A tiszta vizeletben talált tuberculosis-bacillusok lelete, mint a kezdődő tuberculosis első jele eddig ismeretlen, miért is az eset közlésre érdemes".

Az eset a következő:

J. Z. jól fejlett és táplált 37 éves férfibeteg, 1902. év január hó 9-dikén „vesetáji fájdalmak" miatt fordult hozzám, aggályait fejezvén ki előttem az iránt, hogy ő vesebajos. Szülei élnek és egészségesek, ép úgy testvérei is. Beteg 3 év óta nős, de gyermektelen. Gyermekkorában kiállott betegségeitől eltekintve — továbbá egy 9 éves korában átszenvedett, de a végtag rövidülése nélkül gyógyult complicalt tibiatörést sem véve tekintetbe — beteg 1896 deczemberig egészséges volt. Ezen időtájt érzett először fájdalmakat a gerinczoszlop táján, a mikor hevesebb törzsmozgást végzett volt. Ezen eset után 8 napra borsónyi csomó lépett fel az ágyéki gerinczoszloptól balra, a mely csomó 1897. évi február hóig ökölnyire növekedett. Ezzel egyidejüleg a czombtájon hosszas járás vagy állás után tompa fájdalom lépett fel. Ily tünetekkel vétette fel magát nevezett a temesvári kórházba. A kórtörténeti adatokból azt láttam, hogy beteg 1897. február 9-dikén „Abscessus frigidus in regione ossis ilei" diagnosissal lett felvéve. A gerinczoszlop bal oldalán levő daganat narcosisban felnyittatott, ép úgy a Poupart-szalag feletti fluctuáló terület, a melyből körülbelül 1000 cm³ zöldessárga, büzös geny ürült ki. Az utóbbi incisionál a hasüreg is felnyittatott és a cseplesz előesett. A cseplesz reponáltatott és beteg 3 havi kórházi kezelés után „javulva" távozott. Kezelése alatt barlanglégzést találtak nála, miért is kreosot-pilulákat bőven kapott.

Sputum-lelet, valamint a geny bakteriologiai vizsgálatának eredménye, sajnos, nem volt feljegyezve.

A tályogok megnyitása óta egy sipolya a lágyéktájon, a másik a Poupart-szalag felett áll fenn, a melyek mindegyikéből állandóan geny szivárog. Három hónappal a kórházból való távozása után nősült a beteg.

Az ezelőtt egészséges nő most köhög, melltáji fájdalmakról panaszkodik és fluorja van. Beteg egyébként jó közérzet mellett „vesetáji fájdalmak miatt" panaszkodik és ezért fordult orvosi tanácsért. Luest, gonorrhoeát tagad.

Jelen állapot 1901. január 9-dikén. A középtermetü férfibeteg csontrendszere ép, izomzat és zsírpárnák lefogyvák. Pulsus 76, hőmérséklet 36·8. Fejen és nyaktájon semmi eltérés. Mellkas mérsékelten domború, kopogtatási eltérés nincsen. Hallgatódzásnál érdes be- és kilégzést találunk a tüdőcsúcsokban, a jobboldali középlebenyben itt-ott búgást.

Száraz köhögés, köpet nélkül. Szívhatárok rendesek, pulmonalis II. hangja ékelt. Hasban semmi rendellenes. A bal lágyékhajlatban egy linearis heg látható, a melynek felső végén van a sipolynyilás. A sipoly a csipőcsont felé vezet. Az első ágyékcsigolya bal oldalán egy 5 cm. hosszú linearis heg van, a melynek alsó végén van a másik sipolynyilás. A sipolynyilások környezetére gyakorolt nyomásra serosus geny ürül ki mindkét nyilásból, a mely azonban csak genysejteket tartalmaz, microorganismusok ellenben ki nem mutathatók. A gerinczoszlop nyomásra érzékeny, különösen az ágyéktájon. Penis, herék, mellékherék rendesek, sehol megvastagodás nyoma; a rectalis vizsgálat hasonlóan normális viszonyokat mutat.

Vizeletvizsgálat 1901. január 9-dikén. Hólyag kiürítése rendes. A vizelet teljesen tiszta és néhány ½—2 cm. hosszú czafatot tartalmaz. Vegyhatása gyengén savi. Fajsúly: 1016. Fehérje nincsen, czukor kevés.

A czafatok *górcsövi vizsgálata* azoknak alkoholos fuchsinoldattal való festése után a következőket adja: genytestecsek, törmelék, nyák, számos streptococcus és staphylococcus, diplococcusok, részint szabadon, részben pedig hámsejteken; ezenkivül sok karcsú, gyengén hajlított pálczikabacillus, egyrészt a sejttörmelékben, másrészt a henger és rhombusalakú lapos hámsejteken. Gonococcusok nem találtattak.

E pálczikabacillusok a Ziehl-Neelsen, valamint a Weichselbaum-féle festésnél *tuberculosis-bacillusoknak* bizonyultak.

Január 18-dikán és február 12-dikén a czafatoknak újólag eszközölt górcsövi vizsgálata ugyanezen eredményt adta. Közérzet jó.

Február 26-dikán — tehát az első vizeletvizsgálat után 6 héttel — beteg azt jelenti, hogy egyébként semmi panasza nincsen, csupán a vizelés elején érez fokozott vizelési ingert, továbbá egy „húzó érzést" a bal herében. Objective mindkét here nyomérzékenysége mutatható ki. Darkaui jodsós fürdők rendelése.

Márczius 10-dikén a czafatok száma megnövekedett. Mellékherék megvastagodvák. Beteg a bal herezacskófélben tompa fájdalmakat érez.

Márczius 25-dikén beteg előadása szerint a kapott kenőcs (10% kal. jodot.) használata óta fájdalmai szünőfélben vannak, mind a mellett objective a bal here és mellékhere megvastagodása

mutatható ki. Roboráló diaetát, ülőfürdőket és a kenőcs használatát ajánljuk, a míg beteg a darkaui fürdőkurát igénybe veheti.

Ha már most az eset megbeszélésére áttérünk, első sorban is azt látjuk, hogy a vesék, az ureterek és a húgyhólyag bántalmáról itt szó sem lehet, a vizeleti lelet ellene szól. Azon körülmény, hogy a betegnek eleinte az urogenitalszerveket illető panaszai nem voltak és csak 5—6 hét mulva az első vizsgálat után lépett fel a vizelési inger és a húzó érzés a bal herében tiszta vizelet és kevés czafat jelenléte mellett, arra enged következtetni, hogy itt egy oly folyamatról van szó, a mely a húgycső pars membranaceájáról kiindulva annak pars prostaticája felé haladt, és itt a ductus ejaculatoriusra is átterjedt. A bakteriologiai lelet pedig határozottan tuberculotikus megbetegedés mellet szól.

Jelen esetben tehát húgycső-tuberculosissal — a tuberculosis egy ritka megjelenésével — van dolgunk, a melynél egyidejüleg a vegyes fertőzés eshetősége sincsen kizárva. Távol vagyok attól, hogy a tuberculosis említett localisatioját egy kezdődő általános tuberculosis első tünetének tartsam, mert bár a fenti kórtörténet tuberculosis-bacilusokról említést nem tesz, mégis igen valószinű, hogy a megnyitott tályogok tuberculotikus eredetüek voltak. A tüdő hallgatódzási tünetei is e mellett szólanak. Épen azért én e leletet mint a *kezdődő urogenitaltuberculosis első tünetét* fogom fel.

Hogy már most a többi mikroorganismus mi módon jutott be, a húgycső útján, avagy talán belülről a sipolyokból a nyirokedények közvetítésével, az mindenesetre kérdéses.

Mikrobakterium smegmatis kizárható. Erre vonatkozó oltási és tenyésztési vizsgálatok ugyan nem tétettek, azonban a górcsövi lelet ezt bizonyítja. A készítményeket carbolfuchsinnal — hevítve — festettük, azután alkoholos methylenkék telített oldatával kezeltük (*Weichselbaum*-féle eljárás), és egyetlen kék pálczikát (smegmabacilust) sem találtunk, hanem csupán — a számos coccuson kivül, a melyek kékre festvék — vörösre festett pálczikákat (tuberculosisbacilusok).[3]

A differentialis diagnosis megejtése végett *Ziehl-Neelsen* szerinti vizsgálatokat is tettünk. A fedőlemezre helyezett és szárított praeparatumot először 90 rész 5%-os carbololdatból és 10 rész concentrált alkoholos fuchsinoldatból álló keverékben melegítettük, azután vízzel leöblítve 33%-os salétromsavba néhány másodperczre mártottuk, míg újból vízzel leöblítve még gyenge vörös szint mutatott, erre methylenkék vizes oldatában újból meg festettük.

Ezen készítmények a Weichselbaum szerinti eljárással végzetekkel összehasonlitva, egymástól miben sem különböztek, mindegyikök csak vörös — typikus tuberculosis-bacilusokat — pálczikákat tartalmazott, kéket pedig egyik sem. Mivel ezen esetben a tuberculosisnak az urethrában való fellépése egy nős egyénnél szerepel, nem hagyhatom említés nélkül, hogy az *infectio* per coitum kizárva nincsen.

Betegnek előbb teljesen egészséges neje a házasság óta lefogyott, steril, köhög, melltáji fájdalmakról panaszkodik és fluorja van. Mivel azonban orvosi kezelést igénybe venni vonakodik, az érdekes eset további tanulmányozásától elestem.

A mi ezen eset therapiáját illeti, az csak gyógyszeres lehetett és az is marad. Kreosot, solveol, darkaui jodsófürdők és roboráló diaeta.

Hogy ezen esetnek diagnostikus szempontból nagy jelentőséget kell tulajdonítanunk, azon körülményből világlik ki, hogy „kankóczafatok“ jelenlétében, sajnos, igen gyakran a bakteriologiai vizsgálatot elmulasztják és a nagyelfoglaltságú orvos inkább hajlandó egy „szándékosan elhallgatott chronikus gonorrhoeát“ diagnostizálni és azt minden lehető szerrel „gyógyítani“, mint az urogenitalszervek ily súlyos megbetegedésére gondolni és a sablonszerü kezeléstől elállani. Hogy pedig ezen eset prognostikus szempontból is jelentőséggel bir, bizonyítja azon körülmény, hogy az ily esetek a gyakorló orvosra nézve „noli me tangere-“t képezzenek és rossz prognosissal birnak.

Az ily egyének kezdetben igen kevés, vagy mint esetemben, semmi localis kellemetlenségről nem panaszkodnak és ezért müvi beavatkozásról hallani sem akarnak addig, a míg a folyamat az urethrára szorítkozik. Holott ha a folyamat a ductus ejaculatoriusra, az ondóvezetékre stb. átterjedt, akkor már késő.

Ha *Vierordt* mondását akkép módosítjuk: „Jedes eiterige Harnsediment, *jeder Faden*, selbst bei einem sich lange hinziehenden „Tripper“ *muss auch auf Tuberkelbacillen untersucht werden*“, akkor a jövőben nem egy esetben ismerjük majd meg a húgycső-tuberculosis korai stadiumát és bizonytalanságunk kínos zavarától gyakran megszabadulunk.

[3] S. Grethe „Fortschritte der Medicin“ 1896. 9. szám.

A gyermekkori hagymáz egyik korai és biztos jeléről.

Közli: *Bernard József* dr. gyakorló orvos Zichyfalván.

Mi sem bizonyítja jobban a gyermekeknél fellépő hasi hagymáznak kórmeghatározási nehézségeit, mint azon történelmi tény, hogy a mult század közepéig az orvosi tudomány buvárai a gyermekkori hagymáz létezését vagy egészen tagadták vagy legalább nagyon ritkának mondták, holott a mai szerzők úgy tartják, hogy a járvány alatti összes megbetegedések 15—22 százaléka a gyermekkorra esik. A köznapi tapasztalat is eléggé igazolja, hogy a hasi hagymáz gyakori és az orvosokat sokat foglalkoztató gyermekbetegség. A gyermek egyes korszakaira megjegyzendő, hogy az egy éven aluli gyermekek csak kivételesen betegesznek meg; a 2—5 éves korban már gyakoribb a hasi hagymáz; még sűrübb a megbetegedés az 5—8 éves korban és legszámosabb a 8—12-dik évbeliek között.

Fiatalabb gyermekeknél a hasi hagymáz az esetek nagy többségében oly zavaros és sokra magyarázható alakban lép fel, hogy annak felismerése szinte áthidalhatlan nehézségeket gördít a kezelő orvos elé. Szabályúl vehető, hogy minél fiatalabb a gyermek, annál tarkább a kórkép.

Fejfájásról panasz, étvágytalanság, elkedvetlenedés, rossz alvás, szomjúság és mérsékelt láz képezi a kezdetet. Legjellemzőbb volna a láz fokozatos emelkedése az első napokban, t. i. az esti hőmérsék mindig magasabb mint az ugyanaznapi reggeli hőmérsék, a következő nap reggeli hőmérséke majdnem eléri az elmult nap esti hőfokát. A láz tartama a gyermek korával arányosan halad; átlagosan 12—20 napig vagy tovább is eltart a betegség. Az érverés a hőmérsék arányában többé-kevésbé szapora. A lépdaganat leggyakrabban már az első hét folyamán állapítható meg tapogatás útján. Az ajkak szárazak; a nyelv szürke lepedékkel bevont, szegélye és hegye vörös; fuligo linguae ritkán észleltetik. A has puha és a rendellenes erjedés következtében kissé puffadt. Az alhasi táj nyomásra érzékeny és legtöbbnyire búgó zörejt (gargouillement) hallat. Eleinte székrekedés van jelen, de néha már korán jelentkezik hasmenés; később a szék mindig híg, barnásszinű és büzös lesz. Az első hét végén roseola jelentkezik, mely legtöbbnyire a szegycsonti és gyomortájon észlelhető. Az egyes foltocskák rendesen csak néhány napi tartamúak, de helyükbe folyton újak bukkannak fel. A tüdők physikai vizsgálata a hátsó és alsó részletekben hurutot szokott feltüntetni. A complicatiok és utóbetegségek sokfélék és a felnöttekéitől el nem térnek.

Minthogy a lázmenet elég gyakran szabályellenes és annak megfigyelése — különösen a vidéki gyakorlatban — a körülményekhez kötötten néha lehetetlen, a lépdaganat sok más kórnál is kimutatható, az alhasi búgás egyrészt néha kevéssé kifejezett, másrészt gyakran bélhurutoknál is szokott fellépni, a roseolakiütés pedig nem mindig eléggé jól megfigyelhető, minthogy továbbá a hasi hagymáznak serumdiagnostikája nagyon bonyolult és a typhusbacillusoknak a székletekben való bakteriologiai kimutatása csak nagyon nehezen vihető keresztül, ezért gyermekeknél a hasi hagymáz megállapítása nem könnyü feladatot képez a gyakorló orvosra nézve.

Azt hiszem, hogy az orvosi tudomány készséggel fog tudomást venni egy általam megfigyelt, tárgyilagos kórjelről, mely gyermekeknél a hasi hagymáz korai felismerését biztosítja. Néhány év óta oly szerencsés valék, több esetben következő vizsgálati módszert alkalmazni:

Ha kis betegünk jobb oldalán helyet foglalva mindkét kezünk ujjhegyeit az ileocoecalis tájra helyezzük és azokat vizszintes irányban ide-oda mozgatva gondosan tapogatunk — mintha valami kisebb hengeralakú tésztát alakítanánk —, úgy *a valvula coli táján*

2—3 mogyoró vagy galambtojásnagyságú és alakú, meglehetős kemény daganatot fogunk kivehetni, melyek a test hosszúságával párhuzamos irányban haladó egy vonalban és körülbelül 1—2 cm. egymástóli távolságban állanak.

Ha tekintetbe veszszük a kórboncztan által nyújtott azon adatokat, hogy :

1. A gyermekek hagymázánál inkább az egyedül álló és csoportositott nyirktüszők túltengési folyamata lép előtérbe, míg az elfajuló, nekrobiotikus elváltozások, melyek felnötteknél a szabályt képezik, gyermekeknél csak ritkán és majdnem csak a súlyos eseteknél mutatkoznak ;

2. a vékonybeli nyirktüszők e duzzanatai a bélfodornak a vékonybélhez való füzési vonalával szemközt és a bél tengelyének irányában lépnek fel ; és

3. a solitaris nyirktüszők duzzanata gömbölyü alakú, míg az agminált tüszőké tojásdadalakú, még pedig oly módon, hogy a daganat hosszabb átmérője a bél tengelyének irányában áll :

nem kételkedhetünk, hogy ezen kis daganatokban a vékonybélnek túltengésben levő nyiroktüszőit érezzük.

Hogy az általam észlelt ezen alhasi duzzanatok a túltengett nyirktüszőktől származnak, a következőkből vélem következtethetni.

1. A kórboncztani lelet nagyon valószínüvé teszi, hogy inkább a bél falában székelő megduzzadt nyirktüszőket fogjuk a hasfalakon át kitapinthatni, mintsem a vékonybelek tömkelege mögött elrejtett bélfodornak megdagadt nyirkmirigyeit.

2. E duzzanatok a hullán észlelhető jelenségekkel összevágóan egy (az állónak képzelt testhez viszonyítva) függélyes vonalban állanak egymás felett.

3. A tojásdadalakú duzzanatok nagyobbik átmérőjükkel függélyes irányt tartanak be, holott a megdagadt nyirkmirigyeknek úgy a boncztani lelet alapján, mint az analogiai következtetés értelmében nagyobbik átmérőjükkel rézsutosan — azaz jobbról és alulról balra és felfelé — kellene állaniok. A nyirkmirigyeknek t. i. az a sajátsága, hogy duzzadás esetén nagyobbik átmérőjükkel mindig azon nyirkedények irányába helyezkednek, melyeken át a fertőző anyag általi izgatás érte őket. Magyarázatképen csak egy példát említek. A lágyéki nyirkmirigyek lobjánál már első pillantásra megállapithatjuk az elsőleges kór székhelyét. Ha a lábon van valami fertőzött seb, mely a lágyéki mirigyek megduzzadását okozza, azok a czomb függélyes irányában állanak nagyobbik átmérőjükkel, míg a penisen levő fekély a nyirkmirigyek vizszintes irányban való megduzzadását vonja maga után. A bélfodor nyirkedényei a valvula coli tájon rézsutos irányban haladnak, mely körülmény következtetésemre jogosított.

Végül megjegyzem hogy a leirt kis daganatokat csak a beleknek teljes kiürítése után és akkor is csak az első hét végén néhány napon át volt alkalmam észlelhetni, mi a belépő velős beszüródés által előidézett meglágyulásban leli magyarázatát.

TÁRCZA.

† Feuer Nathaniel.

1844—1902.

Feuer Nathaniel egyetemi cz. ny. rk. tanár, kir. közegészségi felügyelő, tartalékos honvéd-törzsorvos folyó évi november hó 25-dikén hosszas szenvedés után elhunyt. 1844-ben Szobotiston, Nyitramegyében született, orvosi tanulmányait a bécsi egyetemen végezte, hol 1872-ben nyerte el az orvosdoctori diplomát ; a szemészetből első képzését *Arlt* tanár klinikáján nyerte, mélyebb szakismeretet azonban már Kolozsvárt mint *Schulek Vilmos* tanár segédje szerzett, ilyen módon ő lett a vele egykorú mester iskolájának első neveltje. 1874-ben a kolozsvári egyetemen magántanárrá habilitálták s miután Schulek tanárt még azon évben a budapesti egyetemre nevezték ki, a kolozsvári tanszéket egy évig helyettesitette. Annak végleges betöltésekor azonban mellőzték s el is hagyta az egyetemet, melyen rövid ideig oly szép jövő kinálkozott, de a melyen életének első, de nem utolsó csalódása érte. Kolozsvárról Bécsbe ment, hol egészen a tudományos munkásságnak élt, ekkor jelent meg a keratitis neuroparalyticáról irt dolgozata, mely a bécsi tudományos akadémiának is bemutatva, maradó becsü munkának bizonyult. 1878-ban mint tényleges honvéd-ezredorvos Zágrábban, majd Szabadkán működött ugyanilyen minőségben, utóbbi helyen egyszersmind a trachoma-kórházat is vezette. 1883-ban végezte a belügyminister megbizásából Torontálmegyében a trachoma-összeirást, mely megdöbbentő eredményre vezetett, kiderült, hogy a lakosság 5%-a szenved bajban. Ez idő óta ereje javát a trachoma-ügynek szentelte, 1886-ban közegészségi felügyelőnek nevezték ki s mint ilyen szervezte Magyarországon a trachomaellenes küzdelmet. 1890/91-ben a budapesti egyetemen is habilitálták s 1896-ban a ny. rk. tanári czimet nyerte, 1893 óta a szent István-közkórház trachoma-osztályát is vezette.

A halál súlyos testi szenvedésektől váltotta meg, melyeket épen olyan hősies önmegtagadással tűrt, mint a hogy életének sok nehéz lelki megpróbáltatását viselte. A milyen küzdelmes volt élete, olyan volt kimúlása is. Pályája kezdetén rövid időre reá mosolygott a szerencse, egy ideig a legnagyobb polczot, a mit orvos elérhet, töltötte be : a kolozsvári egyetemen a szemészet tanszékét helyettesitette — de tanársága csak pünkösdi királyság volt. Pedig bukása után olyan tudományos munkát producált, mely meghozta neki a külföld elismerését, a bécsi egyetemen habilitálták is — de nem hozta meg : a mindennapi kenyeret ! A megpróbáltatások s küzdelmek évei következtek !

Minden talpalatnyi térért küzdeni kellett s mégis sikerült a trachoma ügyét úgy szervezni, hogy külföldi államok két évtized után mintául vették. De tudományos munkássága megszakadt, nem mintha nem lett volna hozzá tehetsége vagy kedve, hanem azért, mert megvonták tőle a szükséges eszközöket. Hogyan termeljen gyümölcsöt a fa, melynek nem adnak tápláló földet, éltető levegőt ? ! De ha megkezdett tudományos buvárkodását nem is folytathatta, mint közigazgatási tisztviselő a közegészségügy terén hervadhatatlan érdemeket szerzett !

Grósz Emil.

A budapesti egyetem klinikái.

A budapesti egyetem klinikáinak felépitése az utolsó években szakadatlanul halad. Most, a midőn a II. sebészeti klinika is megnyilt, időszerű egy pillantást vetni a multba s néhány szót szólani a jövő szükségleteiről.

Az alkotmány helyreállitása az egyetem intézeteit siralmas helyzetben találta, az Ujvilág-utcza sarkán a régi jezsuita-kolostor épületében az elméleti szakokkal együtt öt klinika szorongott, melyek ágyszáma a 100-at nem haladta meg. *Eötvös József* csakhamar hozzálátott a százados mulasztások pótlásához s az ő örökét Markusovszky Lajos tanácsára *Trefort* erélyes kezekkel ápolta. Az előkészitő orvosi tudományok számára épült új intézeteken kivül egymásután épült az I. sz. sebészeti klinika — akkor — 88 ágygyal, a két belgyógyászati klinika, a központi orvoskari épületben a szemklinika 53 ágygyal. A megkezdett épitkezéseket évtizedes szünet után *Wlassics* ministersége alatt folytatták újból. Az a hatalmas három klinika, mely az utolsó években épült, bölcs előrelátásról tanuskodik. A két női klinika s a II. sz. sebészeti klinika, egyenként 120—140 beteg elhelyezésére szolgálnak, de a területviszonyok a létszám jelentékeny emelését is megengedik. Az idegbajosok klinikájának 34 ágyát hozzászámitva, ma az egyetem 8 klinikáján 700-nál több ágy áll az oktatás, a tudományművelés és gyógyitás rendelkezésére. A kiegyezés óta tehát az ágyak száma meghétszereződött !

De ha valaki azt hinné, hogy az egyetem a szükséges klinikákkal már teljesen el van látva, nagyon csalódnék. 1867-ben a szó szoros értelmében *semmink* sem volt, úgy, hogy az eddigi áldozatok még a mult mulasztásait sem tudták mind kipótolni. Az elmekórtani előadások a Budára helyezett városi megfigyelő osztályon folynak, s e tárgy sürgősen követeli a jobb elhelyezést ; a bőr- és bujakórtan, az orr- és gégebajok, a fülészet oktatásáról a balparti hozzáférhető közkórházakban van ugyan gondoskodás, de ezekről, valamint a fogászati intézet alkalmas elhelyezéséről előbb-utóbb gondoskodni kell. De még a *fő klinikai* tárgyak sincsenek mind kellőkép ellátva. A belgyógyászati klinikák ágyszáma a női és sebészeti klinikákéhoz arányitva elégtelen, de különösen csekély az *egyetlen* szemklinikáé. Az ország minden részéből ideáramló súlyos operativ esetek valósággal elárasztják az 53 ágyat, úgy hogy évente 1100—1200 nagyobb operálás történik, ilyen körülmények között nagyan szűkes a hely arra, hogy a tanulók — most évente 120, de már legközelebb 200 — a finom megfigyelést igénylő szembetegségek lefolyását megfigyelhessék.

Mindezen szükségletek erélyesen kopogtatnak, pedig itt az ideje, hogy egy az egyetemi oktatással kapcsolatos állami kórház ügye is napirendre kerüljön ! Azon okokhoz, melyek ilyen kórház létesitését követelik, a kötelező kórházi gyakorlat egy újabbat csatolt. Elsőrendű állami érdek, hogy az orvosok képzésének gyakorlati kiegészitését az állam főleg saját közegei útján eszközölje s ellenőrizze. A bécsi iskola hajdani nagyságának táplálója az „Allgemeines Krankenhaus“ volt, az idők folyamán az egykor mintaszerű kórház czélszerűtlen kaszárnyává vált, s a bécsi iskola hanyatlása nem maradt el. A már köztudomású bajokon radicalisan fognak segiteni az országos tébolyda telkén felépülő egyetemi klinikákkal. Okuljunk a szomszéd állam tapasztalatain s igyekezzünk a közoktatási kormányzat czéltudatos törekvéseit egészséges s erélyes közvélemény keltésével s szükségleteink igazságos feltárásával támogatni !

G. E.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

Törekvések a sebészeti eszközök, a kötőszerek és a varróanyag csirátlanitását tökéletesiteni.

Közli: **Hültl Hümér** dr.

(Folytatás.)

94. *Sneguireff*: Über ein resorbirbares Naht- und Ligaturmaterial. Cbl. für Chir. 1899. 692. sz. — 95. *Greife*: Rennthiersehnen als Nahtmaterial. Cbl. f. Chir. 1900. 1318. l. — 96. *Schiller*: Zur Verwendung ungedrehter Rennthiersehnenfäden. Münch. med. W. 1900. 45. szám. — 97. *Minervini*: Zur Catgutfrage. Deutsche Zeitsch. f. Chir. LIII. k. 1. l. — 98. *Ihle*: Eine neue Methode zur Herstellung absoluter Asepsis des Nahtmaterials. Münch. m. W. 1896. 12. sz. — 99. *Aleksinski*: Gewöhnliche Zwirnfäden anstatt der Seide zur chirurgischen Naht. Cbl. f. Chir. 1898. 938. l. — 100. *Sticher*: Über Sterilisirung des Nahtmateriales. Cbl. f. Gyn. 1900. 1. l. — 101. *Poppert*: Über Seidenfadeneiterung nebst Bemerkungen zur aseptischen Wundbehandlung. D. m. W. 1897. 49. sz. — 102. *Klemm*: Zur Asepsis des Nahtmaterials. D. med. W. 1898. 37. sz. — 103. *Graser*: Nahtträger nach Angabe von Prof. v. Heineke. Cbl. f. Chir. 1898. melléklet 174. l. — 104. *Klien*: Sterilisationsapparat für Verbandmaterialien. Behälter zum Mitführen von sterilem Catgut und Fil de Florence im geburtshilflichen Besteck. Münch. med. W. 1897. 24. sz. — 105. *Lanz*: Asepsis contra Antisepsis. Münch. m. W. 1900. 15. sz. — 106. *Beck*: Wie kommt mann der idealen Asepsis am nächsten. New-Yorker med. Monatschr. 1899. szept.

III. Eljárások, melyeknél a catgut alkoholban vagy vízben különösen a hőhatás által lesz csirátlanítva.

1. *Saul*-féle eljárás. Miután amerikai részről ajánlották, hogy a catgutot aethylalkoholban főzzük ki, *Répin* tett 1894-ben pontos javaslatot egy eljáráshoz, mely lényegében abban áll, hogy a nyers catgutot autoclavban, alkoholban 120°-ra hevitsük. Ezen eljárásnál, mint azt *Répin* maga is beismeri, a catgut legkisebb viz tartalma a fonalat használhatatlanná teszi, azért is először egy körülményes és „subtilis“ művelettel hygroscopikus vízétől meg kell fosztani. A *Répin* szerint desinficiált catgut csirátlan ugyan, de nagyon merev lesz, minek elkerülésére *Barthe* a következőképen jár el: Az üveg orsókra felcsavart catgutból először aetherrel kivonja a zsirokat, megszárítás után az orsókat egy külön edényben 80—95° meleg légáramnak teszi ki. Innen vattagomoly által elzárt üvegcsövekbe jutnak az orsók, hol 4 atmosphera nyomás mellett 120°-os vízmentes alkohol gőzök behatása alatt desinficiáltatnak. Ugyanezen eljárást ajánlja *Barthe* a selyem és laminaria csirátlanítására is.

Saul, ki *Répint* ellenőrizte, azt találta, hogy az autoclavban kifejlődő nyomás rontja el a catgutot. A hő nem bir befolyással, mert a fonalak erősségére nézve egészen mintegy, hogy aethyl- (forrpont 78°) vagy amylalkoholban (forrpont 132°) történik a több órán át tartó főzés. Saul továbbá azt is találta, hogy az alkoholhoz egész 20% vizet vagy 10% carbolsavat lehet keverni a nélkül, hogy a főzés által a catgut szenvedne. *Saul* egy zárt kazánt készitett, mely az elszálló alkohol gőzök condenzálására egy *Liebig*-féle hűtővel volt felszerelve. Ezen kazánban alkohol, 10% viz, 5% carbolsav keverékében 15 perczig főzi a catgutot. Véleménye szerint csak ezen oldat hatásos, egymagában alkohol, vagy alkohol és carbol, víz hozzáadása nélkül nem adja a kivánt eredményt. A siker *Saul* szerint minden esetre kifogástalan, még akkor is, ha az inficiált fonalakat vaselinnel kente be.

A *Saul*-féle eljárást különösen *Larrabec* ajánlja. Elhagyva a *Saul*-féle kazánt, a vastag üvegcső darabokra egy rétegben felgömbölyitett catgutot egy olyan üveg palaczkban főzi vizfürdőben, melynek dugóját egy legalább 5 láb hosszú üvegcső, a condensor fúrja keresztül. Az absolut biztos csirátlanítás érdekében a forralás idejét *Larrabec* vékonyabb fonalaknál 30 perczre, közép vastagoknál 45 perczre, egész vastagoknál pedig 1 órára terjeszti ki. A kész catgutot vagy abban a folyadékban lehet eltenni, a melyben főtt, vagy szárazon ugyanezen üvegpalaczkban hagyni, melyben csirátlanított, csakhogy a condensort le kell venni és az üveg száját egy steril vatta pamattal be kell zárni. A catgut ezen csirátlanítás által alig veszit valamit erejéből.

Hofmeister a *Saul*-féle eljárással keserű csalódásokra jutott, mert daczára, hogy az adott szabályokat a leggondosabban betartotta, *Brunsnak* tübingai kórodáján nem egy súlyos fonalgenyedést élt meg, a bakteriologiai vizsgálat pedig azt mutatta, hogy a *Saul* szerint csirátlanított catgut minden esetben csirákat tartalmazott. *Hofmeister* úgy találta, hogy *Saul* ezért jött olyan jó eredményekhez, mert csak felületesen, a fonal felszinén fertőzött catguttal dolgozott. Ugy látszik ezenkivül, hogy a *Saul* által használt lépfene coloniák nem voltak valami nagyon resistensek. *Hofmeister* kimutatta, hogy a *Saul*-féle eljárással 15 percznyi főzés mellett korántsem érünk el csirátlanságot, sőt egyes esetekben a fonalakból még streptococcusokat is sikerült kitenyészteni. Még 30 percznyi főzés után is vannak csirák, sőt a lépfene sporák 20 percznyi főzés után is vigan felcsiráztak és virulentiájukból mit sem veszitettek.

Schäffer Saul módszerét egészen használhatatlannak találta, mert az anthrax sporák még 25 percznyi főzés után is életben maradtak. *Saul* szorgalmas dolgozatában a tévedés oka az lehet, hogy 1. megfeledkezett *Geppert*-röl, 2. hogy esetleg nagyon kevéssé resistens csirákkal dolgozott és 3. hogy kisérleti fonalai csak bacillusokkal voltak fertőzve, de nem egyuttal anthrax sporákkal is.

2. A *Hofmeister* és *Halban-Hlavacek*-féle eljárás azon alapul, hogy a formalin az enyv anyagokat úgy megkeményiti, hogy forró vizben oldhatatlanokká változnak. Már *Cunningham* ajánlotta ezen módot, a fent nevezettek és *Renner* az eljárást csak pontosabbá tették. A *Hofmeister*-féle catgut elkészitésnél két dolgot kell állandóan szemünk előtt tartani:

1. hogy az egész eljárás alatt a fonal erősen meg legyen feszitve,
2. hogy a főzés előtt a formalint alaposan eltávolitsuk a catgutból.

Ha az első pontot hanyagoljuk el, akkor fonalunk vastaggá lesz. Ha a másodikat, akkor szakadékonnyá válik.

Az eljárás ez: A nyers catgutot 6 mm. vastag, 9×17 cm. nagyságú üvegbotokra lehetőleg feszesen felcsavarjuk, a fonalak végét jól összekötözzük. Az igy felcsavart catgut:

1. 12—48 órára 2—4%-os formalin oldatba jön, miután
2. 12 órán át folyó vizben ki lesz mosva.
3. Az igy kezelt catgutot 10—30 perczen át vizben főzzük és azután
4. absolut alkohol + 5% glycerin + 1‰ sublimatban keményitjük és teszszük el.

Az eljárás által a fonalak erejükből és physikális tulajdonságukból semmit sem veszitenek, sőt a folyamat néhányszor megismételhető. Eddig az igy elkészitett catgut csirátlanságát nem támadták meg, sőt még kételyek sem merültek fel. Az eljárás nemcsak igen egyszerű, hanem azért is igen előnyös, mert nem kiván drága készülékeket.

3. A *Schäffer*-féle eljárás; ennél a catgut ½%-os sublimat-viz-alkohol oldatában lesz 30—40°-ig főzve. Külön készülék szükséges, mely azonban nem drága. Maga *Schäffer* is egy *Hofmeister*-hez intézett levelében utóbbinak eljárását jobbnak jartja.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Grawitz: Klinische Pathologie des Blutes nebst einer Methodik der Blutuntersuchungen und spec. Pathologie und Therapie der Blut-Krankheiten. Zweite neue vollständig bearbeitete und vermehrte Aufl. Berlin. 1902.)

Hat év előtt jelent meg *Grawitz* könyvének első kiadása és most sokszorosan kibővitve és átdolgozva közrebocsátotta a II. kiadást.

A lefolyt évek nem tüntek el nyomtalanul a haematologiában és a mit a tudományos kutatások ezen idő alatt összehoztak, azt mind összegyüjtve és a kitünő szakember józan kritikájával elrendezve kapjuk meg ezen munkában.

Az egész könyv 640 oldalra terjed és a haematologia minden része méltatva van benne. Különösen kiemelendő, hogy a szerző a vérleletek szövettani képének feltüntetése mellett a vér összetételének egyéb megváltozásait is leirja (fajsúly, a serum fajsúlya, a serum és vérsejtek egymáshoz viszonyitott térfogata stb.), mert csakugyan úgy van, hogy némelykór a sejtszámokban és haemoglobin tartalomban beálló változásokat nem maga a betegség okozza, hanem pl. a vér hirtelen meghigulása vagy besürösödése (hasmenések, eltünő oedemák), mi ezen adatok tekintetbe vétele nélkül tévútra vezet.

A vérsejtek *képződési helye* a szerző szerint egyedül a csontvelő, és csak pathologiai viszonyok közt veszi át ennek szerepét más szerv is, nevezetesen a mirigyek, a lép és máj.

A veres vérsejtekről azt véli, hogy kétfélekép szaporodnak. I. Homoeoplastikus úton, midőn az erythroblastak mitosis útján szaporodnak, majd a mag kisebbedve feloszlik és az egészben véve is megkisebbedett sejt a keringő vérbe lép. II. Heteroplastikus úton, midőn a lymphocytákból lesznek a veres vérsejtek. A plasma haemoglobint vesz fel, a mag chromatinja pedig radialisan rendezkedik.

A *megalocytákról* azt véli, hogy azok fiatal sejtek, melyeknek nincs meg mindig a magvas előalakjuk a csontvelőben, hanem polyplasmiánál duzzadás folytán jönnek létre.

A *mikrocyták* a szerző szerint degeneratios alakok és a plasma részleges feloldódása által okoztatnak.

A *polychromatophiliát* első sorban a fiatal sejtek tulajdonának mondja; a veres vérsejtek *basophil granulatioit* pedig a sejt-plasma degeneratiojának. Megengedi azonban, hogy a vérmérgek is hozhatnak létre polychromatophiliát.

A *fehér vérsejtek* tárgyalásánál óvatosan bár, de mégis ellentétbe helyezkedik az Ehrlich-féle nézetekkel. Ő azt gondolja, hogy minden vérsejt egy nagy homogen plasmájú törzssejttől származik. Ennek plasmája a fejlődés későbbi folyamán neutrophil vagy basophil lesz. Amabból az összes neutrophil sejtek, emebből pedig a lymphocyták, eosinophilsejtek, hízósejtek és veres vérsejtek származnak.

A *leukocytosis* tárgyalásánál szintén eltér az Ehrlich-féle nézettől és elképzelhetőnek tartja, hogy nemcsak a csontvelő, de a nyirokmirigyek, sőt egyéb szervek szövetelemei is szereppel birnak a leukocytosis létrejötténél.

Az *anaemia perniciosa* fejezetében kissé messze megy, úgy gondolom, midőn a megaloblastikus szövettani kép diagnostikus jelentőségét oly *nagyon* kevésre becsüli. A klinikai tapasztalatok határozottan a mellett szólanak, hogy ilyen esetben a vér gyakran makrocytikus, illetve megaloblastikus typusú, sőt a csontvelő, legalább a mennyire én láttam, mindig ilyen. Ez nagy segitség lehet a diagnosis felállításánál. Azt pedig, hogy ezen nagy alakok *egyedül* a felpuffadás eredményei lennének, nem hihe-

tem, mert elégszer láthatunk polyplasmiát ezen nagy alakok nélkül, máskor meg előfordulnak, midőn nincs jelen polyplasmia. Különben sem valószinű, hogy ez a polyplasmia legerősebben a csontvelőben hasson, pedig ott vannak a megaloblasták fészkei. Azután meg akárhogy származnak is, a fő, hogy sokszor jelen vannak és bennünket útbaigazítanak.

A *leukaemia* okát a szerző mindig a csontvelőben keresi, szerinte nincs kétféle (myeloblastikus és lymphatikus) fehér vérsejteket képező szövet; a fehérvérűség mindig myelogen eredetű, csakhogy egyszer a fiatalabb — granulálatlan —, máskor az érettebb, granulált sejtek lépnek a vérbe. Az újabb cytologiai vizsgálatok és némely acut leukaemia-eset tényleg ilyen irányba tereli a gondolkodót, mert joggal emelik ki, hogy nincs leukaemia csontvelőelváltozás nélkül, olyan eset pedig, hogy *csak* a csontvelő beteg, bizony Ehrlich kétkedése daczára több is van. Abban is mindenki egyetért a szerzővel, hogy a leukaemia diagnosisának felállítása *néha* felette nehéz és sokszor csak huzamosabb észlelet után lehetséges. Különösen a lymphatikus leukaemiánál (lymphocytaemia) van ez így. Vagy legyenek százezren felül a fehér vérsejtek, vagy legyen jól kivehető a szövettani kép rendellenessége.

A *pseudoleukaemiáról* joggal mondja a szerző, hogy azt nem is a vér, de a mirigybetegségek közt kellene tárgyalni, mert itt a vér és vérképző szervek elváltozása csak másodlagos. Azt azonban már nem értem, hogy mért akarja ezen különféle mirigybajokat mégis egy kalap alá foglalni, csak azért, mert a kahexia szerinte mindegyiknél egy közös okból, a mirigyek megbetegedéséből származik. Inkább arra kell törekednünk, hogy alapos kórboncztani, histologiai és klinikai észleletek alapján a különféle mirigybajok közt a határvonalat megvonjuk. Valóságos pseudoleukaemia pedig úgy látszik nincs is, mert a mit ide soroztak, az vagy valami mirigybaj (tuberculosis, lues, lymphosarcoma, lymphoma malign. generalisat.), vagy egy leukaemia lymphatica, hol nem sok a fehér vérsejt, de hogy ez azért mégis leukaemia, ezt mutatja a vérlelet qualitativ megváltozása (lymphocytaemia van jelen), meg a teljesen egyező klinikai és kórboncztani kép. Legújabban azt mondják, hogy a csontvelő csekély belevonása a bajba okozná a különbséget. Lehet, hogy ez néha így van, de előfordul teljesen lymphadeniás csontvelőnél is, hogy csak 10—20 ezer fehér vérsejtet találunk, mi mutatja, hogy itt egyéb okok is szerepelhetnek még.

Szóvá teszi aztán a szerző azt a kérdést is, hogy a lymphocytikus vérlelet mennyiben segit ki bennünket a diagnosis felállításánál, miről különben már náluuk is beszéltek. Tudvalevőleg *Ehrlich* azt mondja, hogy az igazi pseudoleukaemiánál a lymphocyták mindig meg vannak aránylagosan szaporodva. Joggal mondja *Grawitz*, hogy ez nincs mindig így. Valami igaz azonban mégis van a dologban, mert a valóságos pseudoleukaemiánái az így szokott lenni. Tudniillik, ha nincs jelen valami ok folytán leukocytosis. Csakhogy ilyen lehet a kép más adenia fajnál is (lues, tuberculosis). *Lymphosarcománál* azonban többnyire rendes a vérlelet, de nem azért, mert a mirigyszövet beteg (Ehrlich), hanem azért, mert a csontvelő nem kóros, legfeljebb a másodlagos anaemia és kahexia folytán valamelyest piros, hyperaemikus. Ha pedig — mi különben ritka — metastasisok vannak a csontvelőben, akkor a vérlelet, mint egyéb tumoros anaemiáknál, a súlyos anaemia, a régi leukaemia mixta, vagy akár a lymphaemia képét is utánozhatja, legalább én igy láttam, és a közölt esetek vizsgálata is ilyen irányba tereli véleményemet.

A pseudoleukaemiával kapcsolatosan a *Banti*-féle betegséget, az *anaemia infantum pseudoleucaemicát*, valamint azon csontmegbetegedéseket is tárgyalja röviden, a melyek vérelváltozással járnak.

A munka hátralevő részét azután a különböző betegségeknél lelhető vérelváltozások leirása követi, tarkitva *Grawitz* önálló vizsgálódásaival és értelmezésével, melyeket részleteznem már igazán nem lehet. A mint hogy nem is tudtam a könyv minden érdekes és minden fontos részét kiemelni, csak fel akartam ezen kitünő könyvre a figyelmet hivni és egy pár leginkább emlékemben maradt részhez reflexiokat füzni.

Körmöczi Emil dr.

Uj könyvek. *Dungern:* Die Antikörper. Resultate früherer Forschungen und neue Versuche. Jena, G. Fischer. — *Liebe, Jacobsohn* und *Meyer*: Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege. Schluss-Lieferung. Berlin, A. Hirschwald. — *Koenigsberger:* Hermann von Helmholtz. Erster Band. Braunschweig, F. Vieweg und Sohn. — *Landau:* Nervöse Schulkinder. Hamburg, L. Voss. — *Schulthess:* Schule und Rückgratsverkrümmung. Hamburg, L. Voss. — *Hirschberg*: Die Behandlung schwerer Lebererkrankungen durch die Anlegung einer Leber-Gellengangsfistel. Berlin, Fischer. — *Braunschweig:* Das dritte Geschlecht. Halle a. S., C. Marhold. — *Monod* et *Vanverts:* Traité de technique opératoire. Tome II. Paris, Masson et Comp. — *H. Horace Grant:* A text-book of surgical principles and surgical diseases of the face, mouth and jaws. London, W. B. Saunders and Co.

Lapszemle.

Közegészségtan.

A dysenteria aetiologiájára az utóbbi évek tudományos kutatása egyre több világosságot vetnek. Míg egyfelől Koch (1883), utána Kartulis Kruse, Pasquale és mások a tropikus dysenteriának okozója gyanánt egy amoebát ismertek fel, melyet Loesch már 1875-ben látott, a mely csaknem minden dysenteria esetben kimutatható, macskára pathogen s az egészséges ember beleiben is előforduló egyéb amoebáktól ezáltal is különbözik; addig mások az ugynevezett epidemikus dysenteria eseteiben specifikus bakteriumokat találtak, melyeket, bár macskára nem pathogenek, főképen az agglutinatios kisérletek alapján a dysenteria előidézőjének ismertek fel: igy Shiga a japáni, Flexner a Filippineken fellépett dysenteriánál, majd Kruse a Rapia-vidéki járványos dysenteriánál. Míg tehát egyfelől kiderült, hogy a dysenteria aetiologiája épen nem egységes, addig másfelől újabb és újabb kiterjedt vizsgálatokra van még szükség, különböző helyeken és időben fellépett járványok alkalmával.

Ilyen vizsgálatok eredményét közlik újabban *Jaeger H.* főtörzsorvos, königsbergi tanár és *Müller Tivadar*, a gráczi egyetem közegészségtani intézetének tanársegéde.

Jäger a keleti Poroszországban már régóta endemikussá vált dysenteriát tanulmányozta. Az 1900. augusztus—októberi járvány alatt 23, majd az 1901. augusztus—szeptemberi járvány idején a helyőrségi kórházba került 11 dysenteriás betegnél végezte vizsgálódásait Königsbergben. Az utóbbi 11-hez még egy beteg járult Lichtheim klinikájáról, a ki Oroszországból hozta magával a betegséget. Valamennyi betegnek friss bélürülékében sikerült Jägernek a dysenteria-amoebákat kimutatnia és pedig részint élő és mozgó állapotban, részint alkalmas festési eljárással. Az 1901-diki járványban elhalt két dysenteriás beteg bélmetszeteiben pedig ezen amoebákat a bélfalak submucosajának szövethézagaiban nagy tömegekben sikerült kimutatnia, a mint azok tömött rajokban a muscularisig előnyomultak. Részletesen ismerteti az amoebák megtalálását lehetővé tevő eljárását, s figyelmeztet, hogy ha mozgásukat akarjuk megfigyelni, az egészen friss, lehetőleg még meleg bélürüléket kell nem nagyon vastag rétegben, de nem is a tárgy és fedőlemez közt összezúzva, vizsgálni. A nyugvásban levő amoebákat igen nehéz, sőt nem is lehet a leukocytáktól megkülönböztetni. A mozgó amoebák a mozgó leukocytáktól abban különböznek, hogy kibocsátott pseudopodiumaik tompák és hyalinok, míg a leukocytákéi inkább hegyesek és szemcsézettek. A festett praeparatumot Doflein utasitásai szerint kell készíteni. A szárítást mellőzve a fedőlemezkészítményt egyenesen egy conserváló folyadékba dobja 10 perczre (100 cm³ 1% sublimat + 50 cm³ abs. alkohol + 5 csepp jégeczet), majd pár csepp jod-jodkalival halványsárgára festett 70% alkoholban mossa 2 perczig, s 10 perczig haematoxylinnal festi; ennek vizben való lemosása után 1—2 perczny 1‰ eosinfestés következik, majd kimosás absolut alkoholban és kanadabalzsam. Az amoebákat minden egyéb szövetelemtől megkülönböztetik a pirosrafestett magvak, míg a leukocyták magjai kékre festődnek. Az amoebák alakváltozását és festődését színes rajzokkal illustrálja. A talált dysenteria amoebák pathogenitását Jäger azzal bizonyitja, hogy 1. azokat mindkét járvány alkalmával valamenyi esetben — az Oroszországból behurczoltban is — sikerült kimutatnia; 2. a dysenteria gyógyultával a bélürülékből eltünnek; 3. valódi parasiták azok, mert mélyen behatolnak a submucosába, és végre 4. a dysenteriás béltartalmat macska végbelébe oltva, véres-nyákos diarrhoeát tudott vele előidézni, melynek tartama alatt az amoebák a bélben tetemesen elszaporodtak. Az összes dysenteria-eseteket bakteriologice is vizsgálta, s bár a legkülönbözőbb, főképen a coli-csoportba tartozó bakteriumokat mindig bőven tudott kitenyészteni, a Shiga és Kruse leirta bacillusokat sohasem találta meg, sőt nem volt 2 esete, melyben teljesen azonos bakteriumot tudott volna kimutatni.

Jägernek eme vizsgálatai azért érdemelnek figyelmet, mert azt bizonyítják, hogy az amoebadysenteria korán sincs csak a tropusokhoz kötve, a mint azt még nem rég hitték; sőt egy és ugyanazon országban a bacillaris dysenteria mellett is felléphet.

Míg tehát Jäger a kelet poroszországi vérhasjárványt amoeba-dysenteriának ismerte fel, addig Müller 1901. őszén Dél-Stájerországban Montpreis község környékén fellépett járvány alkalmával az általa vizsgált összes esetekben (szám szerint 4-ben) ki tudta tenyészteni a Shiga és Kruse által leirt dysenteria-bacillust. A betegek friss bélürülékét sterilizált edényben felfogta és gelatin-lemezeket öntött vele; a kifejlődött koloniák közül a gyanúsakat czukros agárba oltotta.

A melyek a szőllőczukrot nem erjesztették el, sem a gelatinát el nem folyósították, sem kékeszöld fluorescentiát nem mutattak, azokat vette behatóbb vizsgálat alá. A Kruse-féle bacillus a coli és typhusbacillusokhoz áll közel. A typikus bact. coli communetól megkülönböztethető az által, hogy tenyészetei (lemez- és szúrási tenyészetei) finomabbak, czukros táptalajon gázképződést nem idéz elő, savképző tulajdonsága kisebb (lakmus-savón pd.) és peptonban indolt nem fejleszt. A typhusbacillussal mindezek a tulajdonságai megegyeznek, de attól is eltér vaskosabb alakja s hiányzó vagy csak igen csekély mozgékonysága által. A Kruse-féle bacillus csakis dysenteriás emberekben fordul elő; a dysenteriás betegek vérsavója agglutinálja.

Müller a talált bacillusokat a legkülönbözőbb táptalajokon tenyésztve, részint a Krusetól kapott eredeti dysenteria-bacillusokkal, részint különböző coli fajokkal hasonlitotta össze s azokat a Kruse-féle bacillusokkal minden esetében azonosaknak találta. Csak 2 tenyészete egyezett inkább a Lembke-leirta b. coli anaërogenessel.

Agglutinatio vizsgálatainál egyrészt azt tapasztalta, hogy az eredeti Kruse-féle dysenteria bacillussal immunizált nyulak és tengerimalaczok seruma 1/5—1/50 higitásban úgy az eredeti Kruse-féle bacillust, mint az általa talált bacillusokat mindig agglutinálta, a typhus- és colibacillusokat soha; másrészt az általa talált bacillus tenyészetével beoltott tengerimalacz vérsavója nemcsak a Müller által kitenyésztett bacillusokat, de az eredeti Kruse-féléket is mindig agglutinálta, a colit és a typhust soha. Ezzel tehát beigazolta Müller, hogy a dél-stájerországi dysenteriát a Kruse-féle bacillus idézte elő. Ez irányú vizsgálatait különben a jövő nyárra várható epidemia alkalmával folytatni reményli. (Centralbl. f. Bact. etc. XXXI. 1902. 12. sz.)

Legújabban Shiga beható bírálat tárgyává teszi Jäger dolgozatát s arra az eredményre jut, hogy a Jäger eseteiben talált amoeba nem a Loesch-féle eredeti amoeba dysenteriae volt, hanem csakis az amoeba coli lehetett, a mit diarrhoeás bélürülékben vagy laxansok használata után gyakran találni. A kettőt egymástól megkülönböztetni, ha az ember már mindkettőt ismeri, nem nehéz. Shiga beismeri, hogy ő maga is egy régebbi dolgozatában (Cbl. f. Bact. etc. XXIV. 1898. 22. sz.) még a coli-amoebákat nézte dysenteria-amoebáknak; de a mióta egy esetben az igazi dysenteria-amoebákat megtalálta, azóta könnyen meg tudja különböztetni a kettőt egymástól. Mert 1. az amoeba dysenteriae Loesch 3—5-ször akkora, mint az amoeba coli, s élesebben elhatárolt ekto- és endoplasmája van; 2. a dysenteria-amoeba mozgásai és alakváltozásai jóval élénkebbek. Míg ugyanis az amoeba coli mozgása olyan renyhe, hogy pár percznyi idő kell ahhoz, mig helyzetváltozása észlelhető, addig a dysenteria amoeba, friss bélürülékben oly gyorsan mozog, hogy alig lehet szemmel követni s csak pár óra alatt lesz a mozgás lomhábbá, míg végre teljesen megszünik. 3. A dysenteria amoeba sokkal tömegesebben lép fel, úgy hogy igen könnyü megtalálni, míg az amoeba-coli igen gyéren fordul elő a bélürülékben, úgy hogy sokszor nehéz jelenlétét kimutatni.

Jäger esetében a mozgás, Jäger saját leirása szerint, annyira renyhe volt, bár mindig egészen friss bélürüléket vizsgált, hogy a dysenteria amoeba diagnosisa ki van már ezzel is zárva. A bélfalban talált képleteket, melyeket Jäger bevándorolt amoebák gyanánt irt le, nem tartja Shiga amoebáknak.

Hogy pedig Jäger a dysenteria bacillust egy esetben sem találta meg, az mit sem bizonyit, mert sok esetben időnként hiányzanak azok a bélürülékből; máskor meg egyátalán ki nem tenyészthetők, ámbár a reconvalescensek serumának fellépő agglutinálóképessége kétségtelenné teszi, hogy a bacillusnak jelen kellett lennie.

Ezek alapján — minthogy Jäger csak coli-amoebát talált — nem tartja Shiga jogosultnak a kelet-poroszországi járványt akár a bacilláris, akár az amoeba-dysenteriához számitani. (Centralb. f. Bact. etc. XXXII. 1902. 5. szám.) *Bexheft* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A sepsis kezeléséhez. *Wernitz* ajánlotta először, hogy súlyos sepsis esetében öntsünk konyhasóoldatot a beteg végbelébe. Ezzel az eljárással most *Behm* ért el egy kétségbeesett esetben gyógyulást. Betege terhessége alatt alsó végtagjain thrombophlebitist kapott, mely a puerperiumban igen rosszabbodott. A tüdőben embolikus-pneumoniás góczok léptek fel, igen súlyos pyaemiás jelenségektől kisérve. Szerző naponta 4—5-ször igen lassan 1—1 liter physiolog. konyhasóoldatot öntött a beteg rectumába. Bőséges diuresis és bélürülés, meg profus izzadás kiséretében a beteg állapota óráról órára javult. A kezelést 17 napon át folytatni kellett, mert mihelyt félbe akarták hagyni, borzongás és hőemelkedés lépett fel, úgy hogy recidivától kellett tartani. Az utolsó napokban már csak naponta kétszer kapott a beteg beöntést. (Deutsche med. Ztg. 1902. 53. sz.)

A collargolt illetőleg érdekes tapasztalatokat tett *Trouw*, a ki Sumatraban folytat gyakorlatot. A tropusi klima befolyása alatt ugyanis a sebek többnyire gyorsan fertőzött jelleget öltenek, főleg a satnya testű, opium-élvezet folytán gyengült szervezetű benszülöttekben. Ennek folytán még csekély sérülések után is gyakoriak a halálesetek és a nagy roncsolások. A phlegmonosus és septikus folyamatok feltartóztatására eddig igénybe vett módok mind sikertelenek maradtak. A mióta azonban collargolt használ, melynek 1%-os oldatából 2—10 köbcentimetert fecskendez a seb környezetének bőre alá, nagyon sokszor sikerül a folyamatot megállapodásra birni. Kedvező eredményei arra a gondolatra vezették, nem lehetne-e nagyobb sebzéseknél ilyen subcutan collargol-befecskendéseket prophylactice használni; eredményei több esetben fényesen igazolták a felvétel helyességét. (Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 1902. 12. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat, 1902. 47. szám. *Áldor Lajos*: Leyden-féle periodikus hányás. *Aczél Károly*: Az élesztési eljárásokról. *Prochnow József*: A heveny vállficzam helyreigazitásának kérdéséhez.

Orvosok lapja, 1902. 47. szám. *Décsi Károly*: Az ápoló-kérdésről. *Konrád Jenő*: Az elmebetegek jogvédelme.

Magyar orvosok lapja, 1902. 47. szám. *Moskovitz Ignácz*: Szemelvények a gyakorlatból. *Barsi Dezső*: Kisérletek egy új phosphor- és vastartalmú tápszerrel. *Márer József*: Az emberi test különböző tájain lévő idegen testekről, a napi gyakorlat szempontjából tekintve.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1902. 47. szám. *Schwarz*: A szervek távolabbi vonatkozásai. *Niessen*: Diptheriabacillusok a vérben és a Behring-féle gyógysavóban. *Haudek*: A modern orthopaedia operatio-módszerei. *Englisch*: Peniscarcinoma. *Glas*: Az orrgarat daganatok kórtanához. *Freund*: Tetania és görcsneurosisok. *Zahradniczky*: Medulláris anaesthesia.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 47. szám. *Swoboda*: A variola-varicella kérdés megoldásához. *Blassberg*: A fehér vérsejtek viselkedése genyedéseknél. *Reitter*: Adat pontozott erythrocyták előfordulásához. *Kristinus*: Egyidejű terhesség mindkét tubában.

Wiener medizinische Presse, 1902. 47. szám. *Wells*: Nervosus és psychikus zavarok orrbajokban. *Fürst*: A szamárhurut megrövidítésének illetve kupirozásának problemája. *Henschen*: A gyomorfekély diagnosisa és gyógyitása.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 45. szám. *Singer*: Újabb dolgok a vesebetegségek terén.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 47. szám. *Herxheimer*: Glycerolatok. *Albu*: Adatok a bélrothadás tanához. *Pappenheim*: Adat a sejtmag szerkezetéhez. *Mitulescu*: Adatok az anyagcsere ismeretéhez idült gümőkórban. *Hamburger*: A terhesség megszakitása gümőkóros munkásnőkben. *Levinson*: Az oesophagus atoniás tágulata.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 47. szám. *Buschke*: Prurigo lymphatice. *Brieger*: A rákok oltási metastasisai. *Spijarny*: A rosszindulatú lymphomák kérdéséhez. *Aronsohn*: A gümőkór és a rák közötti összefüggés. *Mohr*: A Schueller-féle rákparasiták. *Kuckein*: Aortaaneurysma képében lefolyt oesophagusrák két esete. *Israel*: Adat az empyema kezeléséhez. *Gebauer*: Az ileus orvoslása atropinnal. *Hippius*: Tejpasteurizálás a gyermekgyakorlatban. *Faulhaber*: Beszerezzen-e a gyakorló orvos Röntgen-instrumentariumot?

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 47. szám. *Schütz*: Van-e autolysis punctios folyadékokban?

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 46. szám. *Kremm*: A veleszületett lágyéksérv gyökeres műtevése a gyermekkorban. *Roth*: Oxygen-chloroformnarcosis.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 13. kötet, 11. füzet. *Stockmann*: A húgyutak epidermoidalis metaplasiájának esete. *Kreps*: Urologiai casuistika.

Deutsches Archiv für klinische Medicin, 74. kötet, 1. és 2. füzet. *Buttermann*: A vérnyomás viselkedése betegekben. *Hochhaus*: A bronchitis fibrinosa kórtanához. *Hedinger*: Klinikai adatok a haemolysis kérdéséhez. *Grober*: Az állatkisérlet mellűri izzadmányok gümőkóros természetének megállapitására. *Müller*: Bakteriumok előfordulása pneumoniában. *Schreiber*: Sokszoros diverticulum-képződés a vastagbélben. *Kaufmann* és *Mohr*: Az egyéniség és a táplálék befolyása az alloxurtestek kiválasztására. *Lüthje*: Salicylkészitmények befolyása a húgyutakra és néhány megjegyzés a cylinderek és cylindroidok származását illetőleg. *Hausmann*: A húgyaciditas befolyásolása rhodanösszeköttetésekkel. *Rössle*: Abnormis infonalak a szivben. *Henssen*: A saccadált légzés. *Eichhorst*: Gyomormyxoma esete. *Pfeiffer*: Pleuritis typhus esetében.

Die Therapie der Gegenwart, 1902. 10. füzet. *Leube*: A physiologiás albuminuria. *Strauss*: Osmodiaetetika. *Eulenburg*: Néhány újabb elektrotherapiás módszer. *Kehr*: 720 epekő-laparotomia, különös tekintettel hepaticus-drainezés 90 esetére. *Hartmann*: Anaesthesin használata a sebészeti gyakorlatban. *Albrecht*: A pyramidonról, különösen asthma eseteiben. *Klemperer*: Vibratiomassage vesekövek áthajtására.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1902. 12. kötet, 4. füzet. *Raimann*: Gastrointestinalis eredésű cerebropathia psychica toxaemica. *Rosenfeld*: Klinikai és anatomiai adat a neuroglia megbetegedéséhez. *Gross*: „Affektlage der Ablehnung.“ *Kaes*: A dementia paralytica kórboncztanához.

Zeitschrift für klinische Medicin, 47. kötet, 3—4. füzet. *Podwyssotzki*: Parasitás myxomyceta-daganatok kisérletes előállitása. *Michaelis* és *Gutmann*: Zárványok hólyagdaganatokban. *Pappenheim*: Ujabb vitás kérdések a haematologia terén. *Marshall* és *Morgenroth*: Normalis serumok és kóros exsudatumok anticomplementjei és antiamboceptorai. *Erben*: A chlorosisos vér vegyi összetétele. *Lewy*: Adams-Stokes-féle betegség esete.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 6. kötet, 8. füzet. *Moritz*: A diaetetika tanitása. *Weinberger*: A neurasthenia sexualis physikális therapiája. *Grünbaum*: A forró léggel kezelés physiologiájához. *Sternberg*: A heveny nátha diaetás orvoslásának egy régi módja.

Therapeutische Monatshefte, 1902. 11. füzet. *Miclescu*: Adatok a typhosus bélperforatio és perforativ peritonitis diagnosisához és sebészi orvoslásához. *Woroschilsky*: Tisztitott kénvirág használata typhusban. *Kühn*: A tüdőgümőkór kezelése geosottal. *Orlipski*: Vonalas eczema a n. cutaneus brachii externus területén sérülés után. *Schiele*: A kéz használhatóságának megbirálása. *Jung*: Vas-mangan-készitmények.

Virchow's Archiv, 170. kötet, 2. füzet. *Bing*: Veleszületett izomdefectusok. *Bensen*: Szervelváltozások a pajzsmirigy kiirtása után házinyúlban. *Simmonds*: Mellékvesevérzések. *Heine*: Mesaortitis gummosa. *Aron*: Sűritett és ritkitott levegő hatásának oka. *Fischer*: A Weigert-féle elastin festés chemismusa és technikája. *Naegeli-Akerblom*: A geminitás öröklési vonatkozásaiban. *Neumann*: A lipochromok ismeretéhez. *Walsem*: A koponya felfürészelése a dura megsértése nélkül.

Gazette hebdomadaire, 1902. 92. szám. *Hutinel*: Bevezető a bélbetegségek tanához. 93. szám *Rome*: Gümőkóros rheumatismus. Gümőkóros eredésű hydrocele.

Le progrès médical, 1902. 46. szám. *Roché*: A stomatitis aphthosa átvihetősége állatról emberre.

La semaine médicale, 1902. 47. szám. *Lejars*: A sebészeti beavatkozás értéke és javalatai hólyagkőbetegségben.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 47. szám. *Chokier*: A tej hamisításai. *Gyselynek*: Kövek a vesemedenczében. Patkóvese. Lumbáris pyelolithotomiák. A vese symphyseotomiája.

Archives de neurologie, 1902. november. *Paris*: Elmekórtani tanulmány („idées délirantes"). *Guiard* és *Clérambault*: „Folie communiquée et simultanée". *Bourneville* és *Boyer*: Adat a morális idiotia tanához.

Bulletin général de thérapeutique, 144. kötet, 17. füzet. *Courtade*: Az oxygenes viz használata. *Vadam*: Új densimeter a vizeletben oldott fix anyagok súlyának meghatározására. *Gallois* és *Springer*: Little-kór gyógyítása higanynyal. *Lafay*: Higanybefecskendezések. *Desesquelle*: Ugyanaz.

The lancet, 1902. VI. 20. szám. *J. W. Washbourn*: A pneumonia kórtana. *J. F. Gordon*: Törvényhozás és közegészségügy. *A. Morison*: A cardialis fájdalom okai és orvoslása. *T. C. Acland* és *L. S. Dudgeon*: A máj elsődleges rákja. *Bilton Pollard*: Az epehólyag és az epevezetékek feltárása. *W. Essex Wynter*: Antitoxinnal meggyógyított tetanus-eset. *E. S. Yonge*: Korai szakban levő gégerák gyógyítása thyrotomiával. *J. H. E. Brock*: Végig kihordott terhesség uterus didelphysben. *F. J. Steward*: Halál a tonsillák és adenoid vegetatiok kiirtása után haemophiliás gyermekben. *T. M. Pearce*: Halálos agyvérzés fiatal egyénben. *W. J. Collins*: Kétoldali acut glaucoma érdekes esete. *Th. H. Kellock*: A bal bronchusból műtettel eltávolított idegen test. *J. Crawford Renton*: Gümős daganatok miatt végzett enterectomia két esete.

British medical journal, 1902. november 22. *W. R. Gowers*: Elmebajosok. *J. Barr*: Az idegrendszer heveny megbetegedései. *J. Michell Clarke*: Hereditaer cerebellaris ataxia fivéreknél. *F. W. Jollye*: Hereditaer chorea esete. *R. S. C. Edleston*: Friedreich-féle ataxia esete. *T. Outterson Wood*: A gerincz erőszakos extensiójával sikeresen kezelt teljes paraplegia. *W. Broadbent*: A kéz- és alkarizmok hűdésének három esete. *J. E. H. Sawyer*: Dystrophia muscularis ritka esete. *W. B. Bennett*: Motorius aphasia hemianaesthesiával, hemiplegia nélkül. *J. W. Washbourn*: A pneumonia kórtana. *Wm. Bramwell*: Urticaria acuta. *J. N. Meade*: Kemény sanker az alsó ajkon. *J. W. Midelton*: Az arthritis rheumatica gyógyítása. *E. A. W. English*: Psoriasis myxoedemás szülő gyermekénél. *J. H. Hugo*: Betokolt hólyagkő a hólyag lövési sebzése után. *H. H. Swanzy*: A perineum lövési sebzése.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. november 22.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal ki mutatása szerint az 1902-dik év 46. hetében (1902. november 9-dikétől november hó 15.-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1902. év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751,177, katona 16,484, összesen 767,661. Élve született 470 gyermek, elhalt 240 egyén, a születések tehát 230-al multák felül a halálozásokat. — Születések aránya-száma: 1000 lakosra 28·5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 16·3, az egy éven felüli lakosságnál: 13·2 az öt éven felüli lakosságnál: 12·3 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 3, pertussis 0, morbili 2, scarlatina 10, variola 0, varicella 0, cholera asiat. 0, typhus abdominalis 0, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 4, meningitis 7, apoplexia 5, eclampsia 4, szervi szívbaj 21, pneumonia 13, pleuritis 0, pneum. catarrh. 3, bronchitis 9, tuberculosis pulmonum 35, enteritis 17, carcinoma 15, ezek közül méhrák 2, egyéb újképletek 5, morbus Brightii et nephritis 5, veleszületett gyengeség 15, paedatrophia 0, marasmus senilis 13, erőszakos haláleset 5, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 1, baleset 3, kétséges 0 (0). **II. Betegedes.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2950 beteg, szaporodás e héten 790, csökkenés 828, maradt e hét végén 2912 beteg. *B)* Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi október 29-dikától november 4-dikéig terjedő 43. héten a tiszti főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 38 (51), diphtheria, croup 32 (30) hagymáz (typhus) 1 (9), kanyaró (morbili) 89 (119), trachoma 3 (6), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 6 (4), orbáncz (erysipelas) 28 (23), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (2) járv. fültőmirigylob 6 (6), ezenfelül varicella 49 (56).

□ **Házi gyógyszertár a kolozsvári egyetemen.** A kolozsvári egyetemen egy czélszerű új intézkedés lépett életbe. A klinikák gyógyszerszükségletét egy házi gyógyszertár fogja ezentúl ellátni, mely a gyógyszertani intézettel van kapcsolatban, így egyúttal tanítás czéljából is igénybe vehető. A közoktatásügyi minister e gyógyszertár vezetésével *Issekutz Hugó* dr. okl. gyógyszerészmestert s a kolozsvári tudományegyetemen a gyógyszerészeti műtan magántanárát bizta meg és így őt egyetemi gyógyszerészszé kinevezte. Hasonló rendszer életbeléptetését kivánta már régen a budapesti egyetem orvoskari testülete is. Remélhető, hogy e kivánság rövid idő mulva itt is beteljesedik.

∧ **Kinevezés.** *Kertész Mór* dr.-t a belügyminister másodorvosul nevezte ki a marosvásárhelyi kórházba.

⊕ **Szegő Kálmán** dr. sanatoriuma és vízgyógyintézete Abbaziában a tél folyamán is nyitva lesz. Szívbetegek számára külön osztály van benne *Mahler Gyula* dr. vezetése alatt.

— **Pollatsek Elemér** dr.-t a tüdőbajosok sanatoriumegyesületének egészségügyi bizottsága a budakeszi Erzsébet királyné-sanatorium gégészeti rendelőorvosává nevezte ki.

— **Közegészségügy a képviselőház pénzügyi bizottságában.** A pénzügyi bizottságban Széll Kálmán bejelentette, hogy a beruházási javaslatba föl akarja venni egy elmebeteggyarmat létesítésének, a nagyszebeni, nagykárolyi és pozsonyi kórházak bővítésének, két gyermek-sanatorium és egy tuberculosis kórház építésének költségeit. A vitában részt vett képviselők: Hieronymi, Teleki Sándor gróf, Berzeviczy Albert mind hangoztatták az orvosi oktatással *kapcsolatos* állami kórház létesítését.

∧ **Az I. sz. női klinikai tanszék** üresedésben levő tanári állására a jelölést a budapesti orvoskari tanártestület f. hó 27-dikén tartott ülésében következőleg ejtette meg. Első helyre jelölte *Bársony János* dr. budapesti egyetemi magántanárt 11 szavazattal *Szabó Dénes* tanár 10 szavazatával szemben; második helyre szótöbbséggel *Szabó Dénes* kolozsvári egyet. ny. r. tanárt, harmadik helyre szintén szótöbbséggel *Velits Dezső* dr.-t, a pozsonyi bábaképezde igazgatóját.

— **A nagyváradi gyermekkórház megnyitása.** A Sztaroveszky Imre hagyatékából s Schiff Ernő dr. nagyváradi gyermekorvos fáradhatatlan buzgalmával létesült *gyermekkórházat* folyó évi november hó 16-dikán adták át rendeltetésének. Mayer Ágoston dr., Nagyvárad egykori főorvosa, 30 év előtt 500 frot hagyott egy Nagyváradon létesítendő gyermekkórház czéljaira. De a jó példát a társadalom nem követte. 1883-ban váratlanul 150,000 koronával gyarapodott a tőke; Sztaroveszky Imre egész vagyonát a gyermekkórháznak hagyta. Tiz évnek kellett elmulnia, mig Hoványi Ferencz főorvos kezdésére a társadalom megmozdult, hogy a tőkét, melynek haszonélvezete még le volt kötve, gyarapitsa. Hoványi Ferencz betegsége újabb szünetet jelent, de ekkor már *Schiff Ernő dr. saját* erejéből fáradhatatlan munkásságával, a tudomány önzetlen ápolásával olyan tekintélyre tett szert, hogy Biharvármegye főispánja s Nagyvárad polgármestere hathatós támogatásával az aránylag nem nagy tőke befektetésével sikerült Magyarország *második* vidéki gyermekkórházát megteremteni. A belügyministerium a nyilvánossági jog megadásával támogatta a kórház létesültét. A megnyitó ünnepély alkalmával elhangzott beszédek hiven visszatükrözik azt a culturalis tevékenységet, mely egy fejlődésre képes vidéki városunkban folyik. A mikor a gyermekkórház főorvosa azt mondja, hogy az intézetnek a gyakorlati czélon, a gyógyításon kivül a „szaktudomány tovább fejlesztésén is kell munkálkodnia", ez az egészséges culturalis decentralisatio hajnalát jelenti! Az Orvosi Hetilap közölte Schiff Ernőnek a magyar Tudományos Akademiában bemutatott első tudományos kutatatásainak eredményeit, melyeket saját erejéből nehéz viszonyok között végzett s ma örömmel ad hirt arról, hogy a hű munkásnak sikerült a tudomány és humanismus számára otthont teremteni.

G. E.

„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 prospektus.



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Természetes forró, meleg kénes források, iszapfürdők, iszapborogatások. zuhany-massage, vízgyógyintézet, villany-fényfürdők, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyvíz uszodák. Első és gondos ellátás. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** stb. felől kimerítő prospectust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő r. t. igazgatósága** Budán.

A pesti izr. hitközség kórházának
Röntgen-laboratoriumában
átvilágitás, képfelvétel és gyógykezelés. Laboratoriumvezető: **Simonyi (Schwarz) Béla dr.,** a kórház v. alorvosa. Lakik: V., Lipót-körút 5.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

Elektromagneses intézet dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában **Budapest, Városligeti fasor 13.** Elektromagneses erő alkalmazási tere: **álmatlanság, izomcsúz, neuralgiák, ischiás, szívneurosisok, ideges gyomor-, bélbántalmak, migraine, stb. — Orvosi vezetés.** — Kezelés egész napon át. Mérsékelt dijak. Kivánatra prospectus.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XX. rendes ülés 1902. évi november hó 15-dikén.) 786. l. — (XXI. rendes ülés 1902. évi november hó 22-dikén.) 786. l. — A második országos elmeorvosi értekezlet. (IV. ülés 1902. október hó 27-dikén d. u.) 789. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (V. szakülés 1902. évi április hó 19-dikén.) 790. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XX. rendes ülés 1902. november 15-dikén.)

Elnök: **Schwarz Artur**. Jegyző: **Wenhardt János**.

(Vége.)

A fejbicczentő izom részleges resectiojával gyógyított ferde nyak.

Alapy Henrik: A szóban forgó bántalmat régebben bőralatti, újabban nyilt seben át végzett izomátmetszéssel szokták gyógyitani. Mindkettőnek az a nagy hátránya van, hogy egymagukban mitsem érnek, ha a műtétet nem követi hónapokon át tartó fáradságos és kellemetlen orthopaediai utókezelés.

A négy éves fiucskánál, kinek igen kifejezett ferde nyaka volt az azt kisérő következményekkel (arcz asymmetria, skoliosis stb.) együtt, a bemutató nem az említett eljárások egyikét követte, hanem a Mikulicz által pár év előtt ajánlott részleges izom kiirtást, mely abban állott, hogy rövid bőrmetszésen át a kóros fejbicczentő alsó harmadát az izomhüvely összes megfeszülő rostjaival kiirtotta.

Midőn a seb per primam begyógyult, a gyermeket ez év február havában a kezelésből elbocsájtotta és daczára annak, hogy semminemű utókezelést nem végzett, teljes gyógyulást ért el. A fej tartása normalis, mindenfelé szabadon mozogható. A scoliosis múlófélben van.

Kopits Jenő: A világrahozott ferde nyak kórképében a nyak scoliosisát tartja fontosnak, nem a fejbicczentő izom megrövidülését, melyből folyólag a kezelés súlypontjának is az orthopaedikus kezelésre kell esnie. A műtét csak bevezetése a kezelésnek s a fejbiczczentő izom vongálásának megszüntetése elérhető teljesen az izom ínának haránt-átvágásával. Az izom nagyobb darabjának kiirtását ép annak feleslegessége contraindicálja.

Roth Adolf: Helyesli Alapi eljárását, elitéli a bőralatti átmetszést, mely a véredények közelsége miatt valójában soha teljesen keresztül nem vihető, csak az indicatiohoz van megjegyzése. Minden zsugorodott izom kinyujtható, ha annak végpontjai gépgyógyászatilag hozzáférhetők, példa erre a térdzsugoroknál műtét nélkül elért fényes eredmények. Torticollisnál is számos esetben jó készülék kitünő eredményt ad. Jó gépnek basisát nem a mozgékony vállakra, hanem a cristo ileire kell helyezni. Oly betegeknél, kik az alsó állkapcson nagyobb nyomást nem türnek el, a tarkótól a homlokig menő merev gyürűt is kell használni, gondoskodni kell továbbá, hogy a fejtartót szabályozó rudak ide-oda ne lebeghessenek, mint a Hessing-féle constructionál, ezért szóló a háton kemény bőrlemezt csinál, melyen a fejtartót szabályozó rudak részéről csak az óhajtott irányban való mozgás van megengedve. Ilyen készülékekkel olyan esetben is volt kitünő eredménye, mikor a radicalis műtét szükségessége már ki volt mondva.

Horváth Mihály: Ha Mikulicz eljárása révén a hosszadalmas utókezelés elkerülhető lesz, ez magában véve előnyt biztosítana neki a többi eljárás felett.

Szóló azonban oly nagy fontosságúnak tartja a cervicalis scoliosis kiegyenlitését, hogy ez idő szerint még nem barátja a kizárólagos műtéti eljárásnak. Eredmény nézete szerint a műtétnél orthopaediai eljárás együttes alkalmazása útján érhető el. Támasztó készülékekkel csak cosmetikus tekintetben mutatható fel javulás.

Dollinger Gyula: Torticollis kezelésénél úgy járunk el, mint a dongalábénál. Vitatkozni e felett nem lehet. Vannak esetek, melyek operativ kezelés nélkül gyógyulnak; kisebb fokú esetek, melyeknél a mehbeli nyomás a magzat idősebb korában keletkezett és egy nagyobb fokú elváltozást nem hozott létre. Ezek orthopaediai kezelésre rendbe jönnek. Középsúlyos esetek operativ kezelésre gyógyulnak, pl. dongaláb egyszerű Achilles-in átmetszésre, természetesen nyilt átmetszésre. Lényege, hogy az átmetszés után áthajlitjuk és később gymnastice kezeljük. De lényeges rész csak a gymnastikai kezelés, a műtét csak ennek megkönnyitésére való. Vannak súlyosabb esetek, a hol dongalábnál nem elég az Achilles-in átmetszése, hanem a Phelps-műtét (a talp pólyái, szalagai átmetszendők) végzendő. Ép igy vannak súlyos torticollis esetek, melyekben a sternocleidomastoideus átmetszése és az utána véghezvitt gymnastizálás se vezet eredményre. Ezek a 10—12 éves korú torticollisosok, a hol már nagy nyaki scoliosis van, mely főként a rotatioban nyilvánul. Itt csak a fejnek hosszú ideig tartó rögzitése, az ellenkező oldalra való áthajlitása, és az egész kezelésnek energikusan való keresztülvitele vezethet czélhoz. Itt az egész sternocleidomastoideus kiirtása sem segíti elő a gyógyulást. Nem is érti, miért segítsen az egésznek kiirtása többet, mint az alsó rész átmetszése és jó gymnastika. Ha jól gymnastizálunk, az izomzat jól kifejlődik és ez többet ér, mint ha kiirtunk, mert ekkor a nyak elvékonyodik.

Ihrig Lajos: Kétségkivül az a modern álláspont, hogy a nyaki difformitas az elsődleges. Azonban tulajdonképen más kérdés a fontos. Hogy mi képez nagyobb bajt, az anatomiai rendellenesség-e vagy az izomnak zsugorodása, mert ez fogná eldönteni a kérdést, vajjon ezen operatioval érünk-e el olyan functionalis eredményt, milyent elérni akarunk, vagy szükséges-e ehhez a nyaki scoliosis kiegyenlítése? A betegre nézve valószinüleg mellékes, hogy az anatomiai rendellenesség megvan-e, melyet ő úgy is redressál, vagy pedig functionalis eredmény éretett-e el azáltal, hogy szabadon mozgatja a fejét. Természetes, hogy az izom egy darabjának kiirtása radikalisabb, mint az egyszerű tenotomia. Fontos a betegre nézve, hogy a kosmetikai eredmény teljes legyen, és ez elérhető operativ úton is.

Alapy Henrik az aetiologiát nem tartja egységesnek. A primaer scoliosis és secundaer izomrövidülés hypothesise épenséggel nincs általánosan elfogadva. Hogy az esetek többségében nem áll, azt két tény bizonyitja. Az egyik az, hogy a kiirtott izmot vagy részben vagy egészben tömött heggé találjuk átváltozva. Már pedig ilyen elváltozást sohasem találunk olyan egészséges izmon, melynek tapadási pontjai egymáshoz közelítve vannak. Az általános felfogás szerint myositis progressivában szenvedő izommal van dolgunk, a mi mellett szól az a másik tény is, hogy az izomkiirtás után gyakran a régi izomnál még vastagabb hegköteg támad, mely ugyan többnyire magától felszivódik és melyet úgy értelmeznek, hogy a kiirtás alkalmával a beteg izom környékét fertőzi.

Gépkezeléssel enyhe eseteket meg lehet gyógyítani, súlyosakat bizonyosan nem. Hogy a régi módszerek szerint kezelt betegeknél az orthopaediai utókezelés okvetlen szükséges, azt már hangsulyozta és éppen abban látja a bemutatott eljárás fölényét, hogy az izom resectionál, mely a nyilt átmetszésnél semmi esetre sem nagyobb beavatkozás, utókezelésre nincs szükség. Bemutatott esetében a fej mozgásai már most teljesen szabadok, a scoliosis mulófélben van. Kader öt év előtt közölt húsz esete minden theoriánál világosabban bizonyitja, hogy a nyaki scoliosis később minden utókezelés nélkül magától meggyógyul.

Leyden-féle periodikus hányás.

Áldor Lajos: A periodikus hányásnak, mint önálló megbetegedésnek Leyden adta először klassikus leirását 1882-ben. A bántalom igen ritka előfordulását mutatja az a körülmény, hogy azóta kifogástalanúl észlelt esetek publikálva nem lettek. A bemutatott eset a periodikus hányásnak, mint önálló megbetegedésnek minden kétséget kizárni engedő typikus és tanulságos képét adja.

K. A. 33 éves, jászapáti-i szabó, kinek atyja, valamint egy testvére él és egészséges. Anyja 57 éves korában méhvérzésben halt meg, de egész életén át időközönként fellépő heves gyomor fájdalmak által kisért hányásban — tehát lehetséges, hogy ugyanabban a betegségben amiben a mi betegünk — szenvedett. Jelen baját 4—5 éves korára vezeti vissza és abban nyilvánul, hogy egy vagy két havi időközökben, az utóbbi időben pláne szinte kalendariumos pontossággal teljes jólét közepette óriási gyomorfájdalmak által kisért copiosus hányás jelentkezik, mely állapot 6—7 napig tart, makacs constipatio és fokozódott szomjérzés által van kisérve. 6—7 nap után hirtelen szünik meg és teljesen zavartalan a beteg közérzete mindaddig, mig újabb roham elő nem áll.

A beteg 1891—94-ig aktiv katonai szolgálatot végzett és mindenesetre figyelemre méltó, hogy egész életéből ez a három év telt el rohammentesen.

Bemutató a beteget az elmult nyáron négy héten át észlelte Karlsbadban. A beteg mellkasi és hasi szervei teljesen épek, idegrendszere a legcsekélyebb eltérést nem mutatja, a gyomor functiónak bemutató által részletesen eszközölt vizsgálata teljesen normális viszonyokat tüntet fel. Mindezek alapján tabes oly biztosan kizárható, mint ólommérgezés, vagy folytonos gyomornedvfolyás, épügy mint malária-dyspepsia, vagy juvenilis hányás. Ezen esetben a periodikus hányás mint primaer önálló megbetegedés fogandó fel és mint egy önálló vagus-neurosis értelmezendő. Valószinű Leyden azon felvétele, hogy a roham tartama alatt a gyomorban egy eddig közelebbről nem ismert abnormis secretio jön létre. A rohamok coupirozása csak is a morphin oekonomikus használatával sikerül, a roham alatt a beteg táplálása leküzdhetetlen nehézséggel jár, azért a therapiában a fősúly arra fektetendő, hogy annál bőségesebben és erőteljesebben táplálkozzék a beteg a rohammentes időszakokban. Semmi megszorítás a diaetában és általános roboráló eljárás, ez itt a therapia.

(XXI. rendes ülése 1902. november 22-dikén.)

Elnök: **Tauffer Vilmos**. Jegyző: **Ritoók Zsigmond**.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Kövesi Géza, Onodi Adolf és Horváth Ákos tagtársakat.

Nephritis syphilitica acuta praecox.

Kövesi Géza: A belgyógyászok között még mindig bizonyos skepticismus uralkodik az iránt, hogy vajjon a syphilis korai időszakában illetve florid tüneteivel együttesen a syphilitikus virus által előidézett heveny veselob felléphet-e? Bár nem tagadható, hogy ezen skepticismus némiképen indokolt, minthogy nagy mértékben van meg

a hajlandóság a syphilis folyamán jelentkező fehérjevizelést határozottan luetikus eredetűnek tekinteni és ezen körülmény magyarázza, hogy Karvonen a vesesyphilisről irt kimerítő dolgozatában 92 eset közül 20-at minősíthetett syphilis által előidézett acut nephritisnek; ennélfogva a nephritis syphilitia acuta felvételét határozott követelményekhez kell kötnünk, ú. m.: 1. hogy a syphilitikus jelenségekkel együttesen lépjen fel; 2. hogy a bántalom fellépte előtt oly körülmények nem forogtak-e fenn, a melyek veselob előidézésére alkalmasak; 3. hogy a nephritisnek kifejezett jelei legyenek jelen; 4. hogy a veselob összes jelenségei antiluetikus gyógymód megindítása után visszafejlődjenek.

A közelmultban az I. számú belgyógyászati klinikán volt alkalma egy esetet észlelni, a mely a nephritis syphilitica acuta praecox kétségtelen képét nyujtotta és a melyet van szerencséje a tisztelt Orvosegyesületnek a következőkben bemutatni:

A 21 éves D. Jolán október 18-dikán jelentkezett ambulantiájukon azon panaszokkal, hogy október 14-dikén, azaz négy nappal előbb, hidegrázás és forróság érzete között arcza, különösen szemhéjai erősen megpöffedtek és lábai is megdagadtak.

Megvizsgálásakor a mellkas bőrén mutatkozó papulás jellegű küteg felkeltette a gyanut lues fennforgása iránt és ez irányban folytatva kutatásainkat, kitünt, hogy szeptember 20-dika körül, tehát körülbelül bejövetele előtt egy hónappal, vulvajában égető érzéssel együtt járó sebesedése volt, mely csak a kórodára való bejövetele előtt öt nappal gyógyult orvosi kezelés nélkül, továbbá, hogy szeptember 25-dike körül inguinalis mirigyei is erősen megduzzadtak. Vizsgálati eredményeinkből kiemelendő a következő: Az egész test felületén elszórva, különösen sűrűen a hason és czombok belfelületén igen kifejezett papulás jellegű küteg van jelen. Az inguinalis mirigyek mindkét oldalt jelentékenyen meg vannak nagyobbodva. Arczon, szemhéjakon, alszárakon oedemák; garatban semminemű eltérés, hasonlókép a mellkasi szervek felett sem. Hőmérsék 37·8° az esti órákban.

A vizeletvizsgálat eredménye a következő: Napi mennyisége 400 cm³, barnás sárgás szinű, közel szörpsűrűségű, fajsúlya 1037, savvegyhatású és oly nagy mennyiségű fehérjét tartalmaz, hogy a fehérjereactio megtétele után a vizelet szilárd consistentiájú lesz. Fehérje százalékos mennyisége 4%. Fagyáspontja: 1·69°. Üledékében számos lenkocyta és vaginális hám. Csekély számú finoman szemcsézett és hyalin cylinder; vesehám, valamint vörös vérsejtek nem voltak találhatók.

A bántalom lefolyásából megemlítendő, hogy következő napra a vizelet mennyisége 500 cm³-re emelkedett, a fehérje százalékos mennyisége 3% és az exanthema lényegesen fokozódott. 21-dikén a fehérjemennyiség a vizelet napi mennyiségének csekély volta mellett (350 cm³) rohamosan csökkent, t. i. 5‰. 25-dikén a vizelet napi mennyisége 750 cm³ és fehérjetartalma 3‰. 27-dikén a vizelet mennyisége már 1500 cm³, fehérjemennyiség alig ½‰, oedemák is teljesen eltüntek.

A következő napokban a vizelet mennyisége mindinkább fokozódott és felemelkedett 2300 cm³-re és fehérje nem volt kimutatható.

Az antiluetikus gyógymód csak ezután, október 2-dikán vette kezdetét, a mely után nehány nap mulva fehérje csak nyomokban volt a vizeletben.

A kétségtelenül luetikus eredetű általános tünetekkel együttesen fellépett veselobra utaló jelenségek alapján ez esetet minden kétséget kizárólag nephritis syphilitica acuta praecoxnak tekinthetjük. És hogy a már fennebb emlitett követelményeknek megfeleljünk, ki kell zárnunk minden egyéb kórokozó tényező lehetőségének fennforgását.

A beteg anamnestikai adatai közt szerepel 13 éves korában átszenvedett scarlatina, továbbá két év előtti kanyaró. Mindkét bántalom ugyan a nephritis aetiologiájában igen jelentős, azonban ezen esetünkben a bántalmak lefolyása óta a beteg teljesen egészséges volt, tehát semmi esetre sem szerepelhetnek a fenforgó veselob előidézésében.

A nephritis syphilitica acuta symptomatologiájára vonatkozólag egyes tekintetben eltérő nézetek uralkodnak; a franczia szerzők igen rosszindulatúnak tekintik, mely csakhamar nagy vizenyőhöz és uraemiához vezet, mig más oldalról a lappangó kezdetet tekintik jellegzetesnek; ezen ellentétes véleményekben nincsen meglepő, ha tekintetbe veszszük az egyéb okokból származó nephritisek felléptének és lefolyásának különböző s változatos voltát. Esetünkben is a nephritis igen korán oedemákhoz vezetett. Feltünő egyrészről a vizeletben a vérnek hiánya, mely rendes körülmények között heveny veselobnál hiányozni nem szokott, másrészről pedig a vesealakelemek csekély volta, a mely tekintetben esetünk Hoffmann és Waldvogel legutóbb közölt esetével egyező, úgy hogy ez alapon a nephritis syphilitica acutára jellegzetesnek tekinthetjük a vérnek hiányát és a vesealakelemek csekély számát.

Végül azon kérdésre bátorkodik kiterjeszkedni, hogy a lues korai szakaszában fellépő veselobok mily pathologiai anatomiai alappal birnak.

Nem terjeszkedik ki ezúttal az eddigi vizsgálati eredményekre, hanem támaszkodva azon nagyszámú kisérletekre, a melyeket a vesék különböző functióbeli elváltozásaira vonatkozólag végezett, kisérli meg a működési kiesés helyét megállapitani. Ugyanis a vizelet mennyiségének rohamos megkevesbedése, az albuminuria igen jelentős foka, a hyposthenuria hiánya, sőt hypersthenuria kisebb foka, a higitó képességnek megszünése, mind oly jelenségek, a melyek a glomerulus hám túlnyomó bántalmazottságára utalnak. Hoffmann és Waldvogel már említett eseteit ily irányban áttanulmányozva, szintén a glomerulusok működésének kiesését kell felvennünk, úgy hogy a nephritis syphilitica acuta kórboncztani alapjául túlnyomóan a glomerulo-nephritis szolgál.

Ezen, valamint az utóbbi időben észlelt két eset, a melyek a legmesszebbmenő kritikai követelményeknek is megfelelnek, a friss syphilis és a nephritis acuta praecox közötti causalis nexust megdönthetetlenül beigazolják.

Justus Jakab: A nephritis syphilitica acuta praecoxsal 9 évvel ezelőtt foglalkozott néhai Schwimmer tanár osztályán. A hány syphilises egyént felvettek, valamennyinek vizeletét megvizsgálta és albuminuriát 9%-ban constatálhatott, de ezek legnagyobb része csak futólagos, múló eset, nem nephritis. Ez egyezik a többi autorok eredményeivel is. A nephritis syphilitica acuta praecox kórisméje nem könnyű, nemcsak az élőben, hanem a hullában is, mivel kórszövettana sincs felderítve eddig. Úgy hogy Karvonen állítása helyes, hogy a bemutatott ilyen eseteknek alig 20%-a marad meg annak. Szóló a kórisme szabályait három pontba foglalta össze. Első: bizonyitandó, hogy a syphilises nephritisben szenvedő egyén veséje lues acquirálása előtt nem volt beteg. Második: hogy a nephritis tünetei párhuzamosan folyjanak le a syphilis egyéb tüneteivel. Harmadik: hogy a nephritis tünetei specifikus kúrára épen úgy gyógyuljanak, mint a syphilis egyéb tünetei.

E három feltételnek együttesen megfelelni igen nehéz, különösen az első feltételnek, mert ritkán ismertük már előbb a beteget és vizsgáltuk vizeletét. A második tünetnek könnyebb megfelelni, bár nem hallottam, hogy a bemutatott esetben milyen volt a lefolyás, és hogy a harmadik feltételnek is megfelel-e? Ha e három feltételnek nem felelne meg, lehet albuminuria syphilitica, de nem nephritis. Igy fogom fel Hoffmann esetét is.

A haemoglobinpróba, mint szóló többször kifejtette, képes diagnostizálni a belső szervek syphilises megbetegedését. T. i. az antisyphilises kúrára a vér bizonyos elváltozásokat mutat. Ha tehát a próba eredménye positiv, még inkább jogosítva vagyunk annak felvételére, hogy adott esetben a nephritis syphilises eredetű s ezért a haemoglobinpróba positiv eredménye a syphilis okozta nephritis felvételének negyedik támasztó pontja.

Havas Adolf: A nephritis syphilitica acuta praecox diagnosisa nagy nehézségekbe ütközik. Klinikailag alig különbözik a közönséges nephritis acutától. 1898-ban kezelt szóló hasonló esetet idősebb egyénnél. Receus syphilis 10—12-dik hetében lépett fel a nephritis, melynek lefolyása megfelelt a Justus által felállított követelményeknek. A fehérnye, alakelemek a maculo-papulosus kiütéssel párhuzamosan fejlődtek vissza az antilueses kúrára, mig végleg teljesen eltüntek.

Szóló a fehérnye megjelenésén kivül a nephritis diagnosisához szükségesnek tartja az *alakelemek* megjelenését is, mert fehérnye megjelenhetik syphilisnél épen úgy, mint egyéb fertőző betegségnél.

Jellegzőnek tartják egyébként azt is, hogy nephritis syphilitica acutánál a fehérnye mennyisége órákon át változhatik, sőt el is tünhetik, hogy újból megjelenjék.

Kassai Jenő a Justus által bemutatott esetben végezte a vizeletvizsgálatot, és mint bemutató, ő sem talált sem vért, sem alakelemeket.

Kövesi Géza osztja Justus és Havas véleményét, hogy a diagnosis felállításánál a legnagyobb rigorositással kell eljárni. Hogy előbb nem volt-e már a betegnek nephritise, ez a kérdés minden acut nephritisnél felmerülhet. Ezt túlzásba vinni nem szabad. A második és harmadik feltételt illetőleg esetében az antilueses kezelésre, mely 12 nappal a felvétel után indittatott meg, a vesetünetek gyorsabban fejlődtek vissza, mint a bőrön és mirigyekben mutatkozott tünetek.

Struma accessoria a nyelv gyökén.

Ónodi Adolf: Cs. J. 26 éves nőnél a nyelvnek bal felén mogyorónyi kemény daganat ült, mely a betegnek fájdalmakat okozott és melyet maga is kitapintott. Nyelési fájdalmai kilencz hónappal ezelőtt kezdődtek, a fájdalom a fül felé kisugárzott. Három hónapja e fájdalmak nyelés nélkül is jelentkeztek, éjjel is, álmatlanságot okozva. A daganatot adrenalin és cocain mellett szóló éles fogóval eltávolitotta és a sebfelületet tömény lápissal érintette. Beteg azóta jól van. Entz tanársegéd megvizsgálta, a metszeteket Genersich tanár is megnézte. *Struma accessoriának* bizonyult. A daganat felett a laphám ép, alatta rostos kötőszövet, durva szálú, sejtszegény, helyenként gömbsejtesen beszürődött, itt-ott vérzéses beszürődés. E kötőszövet mélyebb rétegében lebenyes csomó fészkel, a kötőszöveti rostkötegek a lebenyeket finomabb sejtszigetekre osztják. E sejtek hol egészen tömörek, hol kisebb-nagyobb lumennel birnak, majd üresek, majd egynemű, legfeljebb finoman szemcsézett, áttünő, a Van Gieson-féle eljárással sárgásbarnára festődő, tehát nyilván colloidszerű anyaggal vannak kitöltve. A szigeteket alkotó sejtek hámjellegűek, sokszögletűek és köbalakúak, nagyobbrészt egy rétegben, néhol több rétegben borítják a mirigyacinusokat.

A struma accessoria congenitalis jellegű. Magyarázatát a pajzsmirigy fejlődése adja. A pajzsmirigy egy középső és két oldalsó fejlődési alapból keletkezik, előbbi a szájgaratöböl hámjából, az utóbbiak a IV. zsigerrés hámjából fejlődnek. A középső fejlődési alap azon a helyen van, a hol később a nyelv fog fejlődni, ezen ébrényi kezdet előre- és lefelé vándorol később és egy ideig belül üres, hámmal bélelt kocsánynyal összefügg a szájgaratöböl hámjával. Ez a hely egy kissé behúzódik és megfelel a későbbi foramen coecumnak a nyelv gyökén. Rendesen ezen összefüggés a 8. ébrényi hónapban megszünik, rendellenesen azonban a kocsány hámmal bélelt csatorna alakjában megmaradhat a nyelv és szakcsont között. Ha a középső fejlődési alapból keletkezése helyén pajzsmirigyszövet marad vissza, akkor a nyelv gyökén congenitalis struma accessoria fejlődésére adhatja meg az alapot. A struma accessoriát eddig kizárólag nőknél észlelték és általában igen ritka. Rendkivül érdekes a tény, hogy a struma accessoria baseos linguae kiirtása után myxoedema operativumot láttak fellépni. Igy Seldowitsch

egy esetében cseresnyenagyságú struma accessoria kiirtása után hét hónapra, mely thyreoidinre megszünt. Benjamin, Chamisso is észlelt hasonlót. Ezért Chamisso a struma accessoria kiirtása után thyreoidinkezelést ajánl. Ezen esetekben a rendes pajzsmirigy hiányát vették fel. Állatkisérletek is hasonlót mutattak. Kecskénél az aortán accessorius pajzsmirigy van, ezért a pajzsmirigy kiirtása nem okoz zavart, de ha ez az accessorius pajzsmirigy hiányzik, a kiirtása a rendes pajzsmirigynek nagy zavart okoz. A bemutatott esetben úgylátszik van még rendes pajzsmirigy, de azért a myxoedema operativum tekintetében megfigyelik.

Arthropathia tabica.

Scheiber Sámuel: F. A. 30 éves nős kőműves, középtermetű, gyenge testalkatú. 26-dik évéig mindig egészséges volt. Szülei még élnek és egészségesek. Atyja 64 éves, anyja 14 gyermeket szült, kik között ő volt az egyedüli fiúgyermek. A 13 leány közül még hét él és egészséges. Beteg syphilist tagad. 3—4 év óta lancináló fájdalmai vannak az alsó végtagok különböző pontjain. 1901. szeptember havában egy este munkából egészségesen ment haza, lefeküdt, jól aludt. Reggel látta, hogy a bal láb egész háta meg van dagadva a lábujjakkal együtt. Nem volt fájdalmas, vörös, láza nem volt. Mikor rálépett e lábára, a duzzanat nem fájt, de igen élénk fájdalmakat érzett a talp középső része belső szélének egy pontján, úgy hogy nem tudott járni, bár talpa nem volt dagadt. E miatt ágyban maradt, de egy hét mulva ismét munkába járt, bár lábháta nem apadt le. 1901. november közepéig dolgozott, ekkor talpán ugyanazon pont újból fájni kezdett. E miatt Kovács Aladárhoz ment, a ki hat hétig carbolos vattakötéssel kezelte, a fájdalom megszünt, a daganat előrésze leapadt, de a lábtőn jelentékeny csontpúp maradt vissza, mint a tabeses arthropathia maradványa, de ez őt nem zavarta. A jobb láb kerülete a tarsus magasságában 24·5 cm., míg a bal lábé 28 cm. Bőr e csontdaganat felett, valamint a láb többi részei épek. Tehát az arthropathia tabicának callusképződéssel végződő, jóindulatú, gyógyult esetét képezi. Érdekes, mert az ilyen „pied tabétique“ ritka. Tabes egyéb tünetei közül a beteg folyó évi áprilisban kezdett bizsergést érezni a jobb alsó végtagban, mely egyszersmiud gyengébb is lett, úgy hogy nem birt rajta biztosan megállani. Később ugyanezen symptomák a bal alsó végtagban is jelentkeztek kisebb fokban. Augusztusban került a beteg bemutató észlelése alá: reflectorius pupillamerevség, jobb pupilla szűkebb, myopia. Térd-, Achillesín-, bőrreflexek hiányosak. Tapintó- és közérzés kissé gyengült, localisatio ép, de a fájdalomérzés az egész testen csökkent, tűszúrást csak mint tompa érzést jelez; jobb alsó végtagban nagy bizsergés; beteg szétterpesztett lábakkal áll, állása, járása bizonytalan, bot nélkül nyitott szemmel is tántorog, csukott szemmel még jobban. Ha áll vagy jár, az az érzése van, mintha tollon állna vagy járna. Vizeléskor és székeléskor rohannia kell, hogy maga alá ne bocsássa. De a kezelés folyamán ezen nehézségek már megszüntek. Potentiája még normalis. Kezelés: galvanisatio, felfüggesztés, arg. nitricum.

Súlyos dorso-cervicalis kyphosis három havi kezelés után.

Róth Adolf: Hogy a legsúlyosabb gerinczoszlopi elferdülés is erélyes kezeléssel közel gyógyulhat — a Wolf-törvény értelmében —, azt minden modern orthopaed kénytelen elismerni. Ma két eljárás divik, úgymint a szóló által feltalált portativ detorsios készülékekkel való egyesítés és a Wulstein által módositott Calot-féle erőszakosabb eljárás. Szóló a detorsiot, Wulstein a dystractiot használja főként. Szóló egy folytonosan, bár enyhébben működő és az eredményt rögzítő portativ eszközt használt, Wulstein eljárása pedig abból áll, hogy stabil detorsiot és dystractiot eszközlő 50—125 kilogramm erőt kifejtő állványszerű gépezettel 1—2 perczre, 1—2 hó mulva már 1/4 órára kiegyenesíti és az elért eredményt a fejet is tartó gypskötésben rögzíti. Nincs ideje kimutatni, hogy Wulstein a gypsben inkább a detorsios, mint a dystractios eredményt rögzíti és hogy szóló detorsios készülékben is dystrahálja a gerinczoszlopot.

Bade, a Wulstein-féle eljárás híve, bevallja a berlini congressuson, hogy a budapesti Róth portativ készüléke volna a legjobb, ha a fejet is dystrahálná. Midőn tehát a beteget bemutatja, teszi ezt főként, hogy kimutassa, hogy ott, a hol szükségesnek tartja, a nyakat tudja nyujtani és szokta is nyujtani. Másodszor azért, hogy elvét kyphosisoknál miként vitte keresztül. A rudak és pelották elrendezése olyan, hogy a működő erők sagittalis irányban mennek. A betegen szóló által feltalált anthropocoordinatometerrel — melyet legközelebb itt be fog mutatni — méreteket vett fel augusztus 12 dikén és most 3 1/4 hó után. A beteg 10 cm.-rel lett magasabb, a lumbalis lordosisa 3 cm.-rel kisebb, nyaki lordosisa 14 cm.-rel kisebb, háti kyphosisa 2·6 cm.-rel kisebb.

Legújabban pedig súlyos esetekben ilyen teljesen egyszerű koponyarögzítőt használ.

A Röntgen-féle sugarakkal elérhető eredmények.

Alexander Béla (Késmárk): Mint vidéki orvos messzire esvén Magyarország központi orvosi intézeteitől, nehéz volt az anyagot gyüjteni és nagy anyagot feldolgozni, mert hozzáférhető gyüjtemény nem állott rendelkezésére, de meg nem állott rendelkezésére csak a szepesmegyei orvos-gyógyszerészegylet Röntgen-készüléke, a folyó nagy kiadásokat mind saját költségéből kellett fedezni; vidéki orvos nem is képes — mi szükséges volna — a buvárkodásra minden idejét szentelni, de mindennek daczára olyanok az elért eredmények, hogy csak annyival inkább élvezetessé vált a dolgozás e téren, ha szűk körülmények között is.

Azt lehet mondani, hogy az X-sugár majdnem mindent rajzol, mit kivánni lehet; lerajzolja az izomzatot épúgy, mint a csontot, porczrajzokat készit épúgy, mint csontszövetszerkezetet, rajzolja a szerveket (szivet, tüdőt, pleurát, vesét, beleket, húgyhólyagot, gyomrot, májat) épúgy, mint adott esetben a szivből induló épfalzatú véredényeket vagy más a testben levő nagy véredényeket, rajzol oly finomságú dolgokat, hogy ezeknek felismerése puszta szemmel alig vagy nem is lehetséges, és szükséges nagyitóhoz folyamodni, hogy észrevegye, megbirálhassa a vizsgáló.

Köszönetet mondva a budapesti kir. orvosegyesület által nyújtott kitüntetésért, hogy az egyesületben beszélhet, áttér előadó annak demonstrálására és bizonyitására, mennyire eltér a használtatni szokott másolati kép a tulajdonképeni X-sugarak képtől, a diapositivtől; idevágó oly képeket mutat be, melyek minden kétséget kizáró praecisitással azt mutatják, mit csak látni lehet s egyes tájakon porczképleteket, a bent keletkezett enchondralis csontosodásokkal, porczepiphysiseket, porczos patellát, izületi üregeket a bentfoglalt kötőszöveti szalagok árnyképeivel (térdizület), az ikraizmok odatapadását a porczos epiphysisekhez, porczos patellát, nyákerszényeket, talus izületi porczát stb, röviden mondva: az X-sugár rajzolja épúgy a porcz és izom körvonalait, mint a legszebb részletezéssel a fejlődő és fejlődött csont szerkezetét. Bemutatja egy képen a vállizületet úgy, hogy a felkarcsont collum humeri verum, collum anatomicum és chirurgicum viszonya egymáshoz kitünik, de egyszersmind a felkarcsont diaphysis viszonyát a proc. epiphysishez és az epiphysis részeinek, a caput humeri, tuberculum minus és majus viszonyát egymáshoz és azok viszonyát a felkarcsont valódi nyakához — a legkülönfélébb képeket és az azokon található viszonyokat elmondva, előadó a kézcsontok fejlődését tárgyalja 65 képen, elkezdve a 47 mm. hosszú ébrény kezétől és végezve a kézcsontosodások történetét a 70 éves kornak megfelelő kéznél. Kimutatja az első csontosodások felléptét, azok minőségét és viszonylagos nagyságát, a csontállomány fejlődését a csontállomány részleges pusztulásáig, a csontvelő keletkezéséig, a közbeeső csontkéreg és szivacsos állomány miképen való keletkezésével együtt, az egyes élettani mozzanatoknak megfelelőleg képeket bemutatva és demonstrálva.

A képek alapján kimutatja, hogy a kézcsontosodások keletkezése, azok alakulása kizárják a metacarpus támaszcsontjainak ötös számát, bizonyitja a képek alapján — összehasonlitva állati képekkel —, hogy *négy* oly támaszcsontja van a metacarpusnak, a hüvelykujjnak nincsen támaszcsontja és annak alapi percze felcsúszott, közvetlen érintkezésbe lépett a carpussal. Az ujjak végperczeiben fellépő első csontpontoktól kezdve előadó minden egyes kézcsontosodás felléptét kimutatja, a diaphysisek keletkezését épúgy, mint az epiphysisek és az enchondrál fejlődő carpus csontosodásokat, ezeknek fejlődését végig az egyes csontok alakulásainak befejeztéig, említve azt, hogy a mutató- és középujj alapi percz proximalepiphysise mindig egyenetlen vastagságot mutat (radialis részlete vastagabb, ulnaris részlete vékonyabb), míg a többi két alapi percz prox. epiphysise egyenletes vastagságban van jelen legelső fejlődésétől kezdve. Az egyes carpal csontok fejlődésénél demonstrálja, mily feltünően töltetik ki előbb a carpus ulnaris fele csontosodásokkal, melyek a distal részletből fejlődnek, míg a radialis fél egy ideig pusztán marad és egyedüli csontosodása proximal irányban a radius distal epiphysise. A carpus csontosodások fejlődési viszonyait illetőleg demonstrálja azok fejlődési irányát és hogy hol lépnek fel a carpaliák első csontosodásai (os capitatum proximal csontpontja distal irányban, a hamatum distal csontpontja proximal irányban és az ulna felé, az os lunatum median csontpontja kifelé, a naviculare kifelé fekvő csontpontja a median vonal felé fejlődik stb.)

A hüvelykujj dia- és epiphysisének összenövése más sorrendje van (3, 1, 2) mint a többi ujjnál (végpercz 1, alapipercz 3, középpercz 2), és végül kimutatja a carpalis táj utolsó csontpontjának — az ulna distal epiphysise — felléptét. Majd a kéztőcsontok mozgásait mutatja be radialis és ulnaris hajlitásnál három egy kéztől származó képen, végre a 70. életévből származó és némi aggkori elváltozásokat mutató kézképpel bezárja a kézcsontosodások történetét. Röviden ismerteti a gerinczoszlop csontpontjainak fellépését, melyek nem úgy keletkeznek, hogy minden csigolyának megfelelőleg három csontpont lép fel, megfelelőleg a testnek és két oldalivnek, hanem következőképen: Az oldalíveknek megfelelő csontpontok az első nyaki csigolyától kezdve lefelé ereszkednek két párhuzamos sorban, a felsők után valamivel később jelentkeznek a 10—12. mellcsigolya testének megfelelőleg pontok, melyek szaporodva felfelé a párhuzamos sorban fellépett oldalpontok közé nyomulnak, lefelé pedig egymagukban folytatódnak úgy, hogy a nyaki csigolyáknak két oldalpont felel meg, az alsó mellkasi csigolyáknak három, a lumbalcsigolyáknak egy ideig csak egy — a testnek megfelelő csontpont.

Lenhossék Mihály: Teljesen hozzájárul azon elismeréshez, a melylyel az elnök az előadónak adózott, különösen a nagy tökéletességű fotografiákért, a melyeknél szebb Röntgen-képeket alig látott valaki. Az anatomia a Röntgen-sugarat az előadó által vizsgált irányban már régen alkalmazza. De e nevezetes eljárás nem pótolhatja a többi vizsgálati módokat: a paeparálást és áztatást, mert csak árnyképeket ad s ezért a csontpontok igazi alakjáról nem nyújthat felvilágositást. Főelőnye, hogy könnyen kezelhető s nem oly fáradságos, mint az emlitett módszerek, s ezért különösen nagyobb arányú, statistikai vizsgálatokra alkalmas, a milyenekre annál is inkább szükség van, mert a csontosodási pontok megjelenésében sok az egyéni eltérés. A sok ez irányú publicatio közül kiemelendő két hamburgi orvosnak épen most megjelent 60 táblás Röntgen-atlasza, mely a végtagok csontjainak postfoetalis fejlődésével foglalkozik. Mindazonáltal az eddig közzétett

vizsgálatokkal a kérdés nem tekinthető kimeritettnek, s ezért az előadó vizsgálatait örömmel üdvözölhetjük.

Egy másik irány, a melyben a Röntgen-sugár érvényesült, az izületek mechanismusára vonatkozik. Itt a vizsgálati módszernek már eddig is néhány fontos új eredményt köszönünk. Igy a kéztőizületek mechanismusára nézve egész reformot hozott létre az X-sugarak alkalmazása, a mennyiben Zuckerkandl, Corsow, Forssel, Fick, Virchow János e módszer segélyével megdöntötték Henke-nek és Langer-nak azon eddig érvényben volt tanát, hogy a kéztőben csak két csukló-izület van, a melyeknek tengelyei kereszteződnek s hogy e két izület hajlító és feszítő mozgásainak kombinatioja hozná létre a radialis és ulnaris flexiót. A Röntgen-képek tisztán mutatják, hogy a kéztőcsontok első sora oldalfelé eltolódik a kéz oldalmozgásainál s igy nem lehet kétséges, hogy kéttengelyű izülettel állunk szemben. Kiderült továbbá, hogy a viszonyok nem oly egyszerűek, mint eddig hitték, nevezetesen hogy nem áll az, hogy a kéztőcsontok proximalis és distalis sora mechanikai tekintetben egy-egy egységet képez, hanem hogy e két sor egyes csontjai egymással szemben is mozgásokat végezhetnek. Különösen áll ez a naviculare-ra nézve, mely a hajlító és feszítő mozgásoknál inkább a distalis sorral mozog együtt.

Az előadó által felkarolt azon nézetre nézve akarnék még megjegyzést tenni, hogy a hüvelykujjnak úgynevezett metacarpusa tulajdonképen első phalanx. E nézet igen régi keletű: a XVI-dik századból való s Vesaliustól származik, a ki már ismerte e csontnak phalanxszerű csontosodását. E felfogás helyes volna, ha a kéz csak csontokból állana. De a kézben izmok is vannak, s ezen izmok a kérdéses csont körül épúgy viselkednek, mint az ötödik metacarpuson. Ezért újabban valamennyi anatomus Welcker és Gegenbaur nyomán a régi Vesalius-féle nézetet helytelennek tartja; a hüvelyk metacarpuscsontja nem phalanx, hanem metacarpus, csak úgy csontosodik, mintha phalanx volna.

Poirier és Charpy újabban egyes mirigyek (parotis, máj, hasnyálmirigy) kivezető csöveit higanynyal injiciálva, a mirigycsőrendszer elágazódásáról igen szép Röntgen-képeket nyertek.

Hőgyes Endre: A dolog historiájához akar hozzászólni, mely összefügg egyesületünk életével.

Mikor Röntgen közzétette módszerét, nálunk ismételték először: Klupathy a physikai intézetben röntgenezett. Ugyanezen képeket szóló bemutatta itt az orvosegyesületben, átlátta ennek nagy fontosságát az orvosi vizsgálatokra nézve. Az összes orvosi lapokat megelőzte az „Orvosi Hetilap"-ban való közléssel. A conjuncturákat is kifejtette, melyek a röntgenezéshez fűződnek, különösen a csontfejlődés tekintetében. Tauffer tanártól kaptak is embryokat röntgenezésre.

Nagyon örvendez, hogy nyolcz évvel ezen első bemutatás után ilyen szép és igazán beható vizsgálat alapján összegyüjtött képcsoportot mutattak be, melyekről mondhatjuk, hogy bármily külföldi Röntgenfotografiával kiállják a versenyt.

Elnök: Legyen előadó meggyőződve a felől, hogy a kir. orvosegyesület nagyon méltányolja, hogy gyakorló orvos ilyen mélyreható, nagyszorgalmú és ilyen áldozatot követelő munkát teljesit. Az egyesület köszönetét fejezi ki a szép előadásért.

Alexander Béla: Köszöni a figyelmet és elismerést. Igyekezni fog más példával is bebizonyitani, hogy a hüvelyknek három phalanxa van. Sok érdekes adata van még a gerinczoszlop csigolyáinak fejlődésére nézve, melyeket más alkalommal fog előadni.

A második országos elmeorvosi értekezlet.

(IV. ülés 1902. október hó 27-dikén d. u.)

Elnök: **Szabó Sándor**, később **Raisz Gedeon**; jegyzők: **Epstein László, Verubek Gusztáv.**

A gyengeelméjüekről és hülyékről való gondoskodás Európa különböző államaiban. Előadta **Kende Mór.**

Számadatokkal igazolja, hogy még a legelső kulturállamokban is mily hiányos a hülyékről való gondoskodás; igy Angliában, hol az összes elmebetegek megfelelően vannak elhelyezve, a 47,000 idiota közül csak 24,000 részesül intézeti ápolásban; *hazánkban pedig 1900 hülye közül körülbelül 150 van megfelelően elhelyezve.* S az intézetek közül a legtöbb magánjellegű, csak fizető beteget vesz fel, úgy hogy a szegénysorsúak ki vannak zárva.

Rendkivül sokat tehetni megfelelő intézetekkel, s ezek legyenek *ápoldák* a képezhetetlen idioták számára (75%), és *tanintézetek* s kisegitő iskolák a képezhető idioták részére, hol nemcsak elemi ismereteket szerezhet a növendék, de megfelelő kéziipart sajátithat el, melylyel egykoron kenyerét keresheti.

A szegénysorsú hülyék elhelyezésében tág tere nyilik a társadalmi actionak, s ezzel nemcsak gondoskodunk e szerencsétlenekről, de az azok házi ápolására lefoglalt munkaerő felszabadul, mert a felügyelő rokonok munka után láthatnak.

Lukács Hugó újból megpendíti a *„hülye-óvódák"* eszméjét, melyről két év előtt már megemlékezett. Czéljuk lenne a szegény idiotákat nap közben oktatni, ápolni, miáltal ezek el vannak látva, a felügyelő hozzátartozók munkaereje pedig felszabadul, mi közgazdasági előny.

A normalis psychikai habitus tudományos megismerése. Előadta **Hajós Lajos.**

A psychiatria psychologiai alapokon nyugszik ugyan és psychologiai módszereket követ, azonban nélkülözi a normalis lelkiélet ismeretét. Az, a mit psychologia alatt érteni szokás, nagyobbára introspectiv eredetü subjectiv adatok bölcseleti feldolgozása. A psychiatria, melynek feladatát nemcsak az elmebetegségek megállapitása képezi, hanem ép és kóros szellemi állapot között való döntés is, a bölcseleti psychologiát, mely a lelki jelenségek belső vonatkozásait, nem pedig külső tüneteit vizsgálja, positiv alapul alig használhatja. Úgy az elméleti, mint a gyakorlati psychiatriának égető szükséglete egy anthropologiai alapokra fektetett psychologia, mely nem annyira a problemák megfejtésével, mint inkább a lelki élet objective vizsgálható tüneteinek leirásával foglalkozik.

Mindenki, nemcsak a psychiater, rendelkezik ugyan objectiv tapasztalásokból construált emberismeret felett, azonban ez psychiaternél és nem psychiaternél egyaránt tudománytalan. Az ily emberismeret csupán több-kevesebb tapasztalás emlékezeti halmaza, mely spontan eredetének és autodidactikus feldolgozásának megfelelően, soha sem kristályosodik oly disciplinált rendszerbe, a mely lehetővé tenné az adatok csereforgalmát, ily módon általános érvényü képek megrajzolását és törvények megállapitását.

Legfejlettebb ágai a normál emberismeretnek azok, a melyek kezdetleges kulturájú népeknél, továbbá kényszerült socialis elszigeteltségben, vagy szorosabb egymásra utaltságban élőkre vonatkoznak, mint például katonákra, tengerészekre, fegyenczekre stb. Azonban az emberismeret ezen ágai sem emelkedtek a psychanthropologia tudományos niveaujára. Az adatgyüjtés munkáját ezen területeken is csak elvétve végezték a természettudományokban, plane psychologiában jártas és vizsgálati módszereikben disciplinált kutatók, a hol pedig a vizsgálók tudományos hivatottsága nem vonható kétségbe, mint például a criminál psychologiai vizsgálatoknál, ott a nyert eredmények azért nem birnak elég anthropologiai értékkel, mert nem a normalis emberre, hanem az elvetemedettre vonatkoznak. Habár nem tömeges vizsgálatokkal, csupán specialis egyének intensivebb megismerésével foglalkoznak a történetirók és biographusok, adataik értékét anthropologiai szempontból leszállitja az, hogy ismét nem normál egyénekre, hanem egyes képességeik által kiemelkedőkre vonatkoznak.

Normal psychologiai ismereteink gyüjtésében, eltekintve a subjectiv introspectio eredményeinek általánositásától, elől járnak a paedagogusok és a psycho-physikusok. Az előbbiek ugyan csak a fejlődés stadiumából merítik anyagaikat, és igy azok nem világitják meg a psycho-anthropologia egész területét, azonban ez nem szállitja le oly mértékben adatait, mint az, hogy gyüjtésük szempontjai nélkülözik a szorosan vett természettudományi alapokat és csak a nevelésügyet hivatottak szolgálni. Ennyi kisebbités sem érheti a psycho-physikusok vizsgálatait, melyek minden tekintetben positiv tudományos értékűek. Hogy adataikat a psycho-anthropologia még sem értékesiti eléggé, ez onnan van, hogy vizsgálataik az emberi nagy társadalom arányaihoz képest csupán a mikroskopiai vizsgálatok jelentőségével birnak; általuk egy ember psychologiája is csak apró töredékekben ismerhető meg, hogyan járulhatna tehát hozzá feltünően az egész emberi nem psychikai alkatának és typusainak megismeréséhez?

A normalis psychikai alkatnak és typusainak megismeréséhez csak nagyobb arányú vizsgálatok vezethetnek. Ezen törekvés alapelemeit minél több normalis, átlag ember biographiájának tüzetes megismerése képezi, oly biographiák felhalmozása, a melyek csak azt ölelik fel, a mi objective vizsgálható és azt is a psychiatrikus vizsgálatok megszokott alaposságával, a psychikai tüneteknek és a szervezeti viszonyoknak beható összevetésével. Feladata ezen vizsgálatoknak:

1. Az egész emberi nemnél közös psychikai normalsajátságok megismerése.
2. A szükebbkörü faji változatok megismerése.
3. Kevert fajuak vérségi psychikai sajátságainak megismerése.
4. A socialis mütermékek különválasztása az általánosan emberi vagy faji vérségi sajátságoktól.
5. A faji és egyéni változatok különválasztása a degeneráltságtól.
6. A normal-typusok, degenerált typusok és elmebetegségi alakok megkülönböztetése.

Ranschburg Pál hozzászólván, kifejti, hogy az exact-nak nevezett orvosi tudományban sokszor nem élünk az exactsággal; ismerjük a kóros jelenségeket, de nem a normalisokat; ezen utóbbiak megitélése különösen a psychiaternél az individualis nézet alapján történik. Az előadásban nélkülözi a normalis psychikai élet megismerésének módjait. Hogy a megismerést nagy tömegeken kezdjük, midőn még az egyént sem birjuk teljesen megismerni: ez a lehetetlenséggel határos. Örülne, ha a psychophysica a mikroskopia értékével birna, mint előadó mondta, akkor jobb eszközeink volnának. Szerinte mindenekelőtt az egyén psychicumát kell megismerni.

Hajós Lajos a psychophysicát azért nevezte mikroskopiának, mert csak egy individuum egyes működésével foglalkozik, nem pedig az összességgel; de jelen vizsgálati módjaink között a legexaktabb. Fenntartja nézetét, hogy a megismerést a sociologiánál megszokott nagy képekkel kell kezdeni.

Adatok a paralysis progressiváról Magyarországon. Előadta **Hollós István.**

Konstatálja azt a megdöbbentő tényt, hogy Magyarországon oly sok a paralysis, mint sehol a külföldön. Az összes magyar állami intézetekben az utóbbi öt év alatt 33 százalék, mig külföldön száznál több intézetben átlag 15—20 százalék volt a paralysis. Többféle eljárás szerint az intézeti megbetegedésből a népesség megbetegedési arányára következtet, mely nálunk legalább is kétszer akkora mint külföldön.

Előadása második részében azon specialis magyar viszonyokat kutatja, melyek a paralysis e nagy elterjedését magyarázzák. A luesnek, heredităsnak másodrendü jelentősége van. Rövid történeti vissza-

pillantás után kifejti, hogy a mi középosztályunk olyan természetű psychikus munkát végez, mely a paralysis kifejlődésére kedvező talaj. Főleg áll ez a vidéki városok szellemi munkásaira, birákra, mérnökökre, ügyvédekre, orvosokra, kereskedőkre. Mindezeket 14,040 betegről vett statistikai tabellában igazolja.

Sarbó Arthur aggályait fejti ki azon következtetésekkel szemben, melyeket előadó kifejtett; elismeri, hogy a paralytikusok száma emelkedik. de vajjon oly mértékben, mint azt előadó kimutatta? Tény, hogy nálunk több a paralytikusok százaléka az intézetekben, de vajjon figyelembe vette-e előadó, hány százaléka az összes elmebetegeknek van nálunk elhelyezve és hány a külföldön? Hogy nálunk 78 százalék a birói karból való, csak azt igazolja, hogy az államhivatalnok könnyen jut intézetbe; épen a birónak jut szabadság, mit előadó megkövetel. Hogy előadó a paralytikusoknál 29 százalék luest talált, nem paralytikusoknál csak 4 százalékot, ez azt mutatja, hogy a luesnek van szerepe.

Előadó a paralysis okaiként a „létérti küzdelmet", az „úrhatnámságot" említi. Ezek neurastheniát, téveszméket, melancholiát okozhatnak, de nem organikus változásokat. Különben a paralysisnek gyakori szövődése tabessel is igazolja, hogy nemcsak szellemi túlerőltetés szerepel; az a hatány, mely anatomiai változásokat vált ki, oka a paralysisnek is. És ha vannak egyéb toxikus hatányok, melyek secundaer degeneratiot okoznak, miért kelljen ezt a luesnél tagadni; a luetikus zsigeri változásokat még a bonczasztalon sem tudjuk mindig ilyeneknek felismerni, hacsak nem segit a klinikai tapasztalat.

Salgó Jakab is ráutal, hogy lues tabest és paralysist is kiválthat. De ezenkivül más okai is vannak a paralysisnek. Ha a birói kar oly nagy contingenst szállít, ez nem a rendes birói munkának terhére irandó; másnemű, a birói hivatással össze nem függő munka teszi alkalmassá a kimerülésre és paralysisre, s Sarbóval szemben kiemeli, hogy a kimerülés is okozhat mélyebb elváltozásokat az anyagban.

Oláh Gusztáv egy időben a paralysist a társadalmi és politikai viszonyokból akarta magyarázni, melyek nálunk 1848 után voltak. De nézete változott. Látta, hogy ezek neurastheniát váltanak ki, és látta, hogy a paralysis egészséges, gond nélkül élő egyénekbe, gyermekekbe csap bele, míg a neurastheniás alig lesz paralytikussá. A neurastheniás pihenésre gyógyul, de nem a paralysises. A luetikusok 1—2 százaléka lesz paralytikussá. Azért kizárólag luesnek sem lehet a paralysist betudni. Azt hiszi, hogy a luesnek van szerepe, de kivüle még más tényezőnek is, mely nem az egyéni életben, de messze ettől keresendő.

Hollós István: Lues és paralysis összefüggése igen kényes pont. A paralysis megy a maga útján, lezajlik, meg is áll, a nélkül, hogy okát tudnánk. Gyakori az olyan eset, melyben lues van, még gyakoriabbak olyan esetek, a hol psychikus befolyás van. Lehet, hogy a luessal együtt jár a paralysis és az alkohollal is néha, de azért azt mondani, hogy ez az ok, messzemenő következtetés, melyre jogunk nincs. Nem okról, hanem oly körülményekről szólt, melyeknek egyike-másika jelen van. Lues sincs mindig jelen, hanem valami más, teljesen ismeretlen ok.

Elnök köszönetet mond előadónak.

Idiotismus egy esetének kórszövettani készítményei.

Frey Ernő: Az idiotismus, bármi legyen is az oka, egységes klinikai kép. Az anatomiai elváltozások azonban a különböző aetiologia szerint változnak az agyban. Leggyakoribb a cerebralis gyermekhűdésekhez társuló idiotismus, melynél a legkiterjedtebb anatomiai elváltozások vannak. Az elváltozások makroskopikus jellege az, hogy az agy fejlődésében visszamaradván, az a normalisnál kisebb és könnyebb lesz. A külső configuratio is változni fog, a mennyiben a tekervények keskenyek és lelapultak, a barázdák mélyek és tágak. A finomabb histologiai elváltozásokat a különböző magasságokban vett vizszintes és frontalis agymetszeteken mutatja be, melyeket vetít. Összefoglalva a vizsgálatok eredményét, azt találta, hogy az idiotismus anatomiai substratuma abban áll, hogy a Flechsig-féle associatiós centrumok kéregállományában úgy a supraradiaer, mint a tangentialis rostozat kiesett, vagy egyáltalán ki nem fejlődött.

A napirend ki lévén merítve, az inditványokat olvasták fel, melyek közül legfontosabb az *Epstein László* titkáré, ki állandó választmány létesítését indítványozta, a mely inditvány az előkészítő bizottsághoz utasíttatott, hogy a jövő congresszusra alapszabályokat dolgozzon ki. Ezután *Raisz Gedeon* elnök lelkes szavakban méltatván a congressus eredményét, az értekezletet berekesztette.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(V. szakülés 1902. évi április hó 19-dikén.)

(Folyt.)

2. **Hegyi Mózes** előadása:

Ember és állatcsont górcsövi különbsége. A csontoknak többféle vonatkozású tárgyalása során *Kenyeres Balázs* tanár úr emlitést tett arról, hogy meg kellene valahogy nézni, különbség van-e az emberi és állati csontok között.

Meggyilkolt s félreeső helyre elrejtett, de el nem földelt egyénnek, kitett és elhalt gyereknek, elhajtott magzatnak holtteste, hosszú időn át elé nem kerülve, elrothadás, a ragadozó állatok falánksága s egyéb okokból juthat olyan állapotba, hogy csupán egyes csontja vagy izvégeitől megcsonkitott csontdarabja marad meg; továbbá leégett ház, gazdasági épület hamvában, különféle csont és csontdarab lehet, kemenczének parázsában szándékosan elégetett csecsemő vagy gyerek holttestének megégett csontja és csontdarabja fordulhat elő, melyekre, vagy bármiféle más csont és csontdarabra, ha a birói nyomozat ráakad, felmerülhet az a kérdés, hogy miféle csont ez s származhatik e embertől?

A csontnak igen kiterjedt irodalmában olyan terméket, melyből erre feleletet lehetne adni, nem találtam. Az összehasonlító szövettan a szöveti szerkezetet azonosnak mondja. Ezekből kifolyólag hozzáfogtam először az ember és állat azonos csontjainak (a kolozsvári állattani muzeumban) szabad szemmel való összehasonlításához, melyből arra az eredményre jutottam, hogy ép végű és eredeti alakú embercsontot hasonló állatcsonttól szabad szemmel megkülönböztetni nem nehéz, azonban ha izvégnélküli csontdarabocskából kellene következtetést vonni származására nézve, már körülményesebb az eligazodás s még specialis anatomus vagy zoologus sem tudná határozottan megállapitani, hogy embernek vagy állatnak képezi-e maradékát.

Majd a csontok vegyi és fizikai sajátságai után kutatva foglalkoztam a dologgal, de ezzel sok időt nem töltve, áttértem a górcsövi összehasonlításhoz s egyúttal azon kérdés eldöntéséhez, hogy egy izvégeitől bármi módon megfosztott csontdarabocskából górcsövileg meg lehet-e határozni, hogy embernek vagy állatnak-e a csontja?

A vizsgálat kezdetét csecsemő czomb-csont s vele egyforma vastagságú házi nyúl czomb-csont haránt csiszolatának górcsövi összehasonlítása képezte. E két kép közti nagy különbség daczára, a dolognak fontosabb értéket nem tulajdonitott, mert a csecsemő csont lazább voltának hitte az eltérést.

Azután kifejlett ember végtagjainak összes haránt irányú csontcsiszolatait átvizsgálva, azt vette észre, hogy a legvastagabb czombcsont haránt siszolatának olyan a górcsövi képe, mint a legvékonyabb ujjperczcsonté, szóval, hogy a feltünő nagyságbeli különbség ellenére, egyforma *Havers*-csatornák mutatkoznak. Ettől kezdve a *Havers*-ekre vonatkoztatva folytattam az összehasonlitást. Az összes vizsgálatokat *Reichert* górcső 4-es ocular, 3-as objectivval végeztem. A megvizsgált csontok górcsövi képének rövid leirása ez:

1. Ember végtagcsontja haránt csiszolatának górcsövi képén többnyire kerek és kevés ovalis Havers tűnik szembe. Ritkán egy-két rövid lefutású hosszú csatorna is mutatkozik. A kerek és ovalis Haversek átlagos száma látterenként *18*-nak vehető.

2. Kutyánál látterenként átlag *50* kerek és ovalis Havers, melyek sűrűn állanak egymás mellett s csaknem egyforma nagyok. Külön láttérben átlag *6* egymással csaknem párhuzamosan haladó körkörös irányú hosszú csatorna tünik elő.

3. Sertésnél látterenként átlag *47* kerek és ovalis Havers. Külön láttérben átlag *16* hosszanti csatorna.

4. Juhnál látterenként átlag *60* kerek és ovalis Havers, melyeken kivül külön láttérben *15* hosszú lefutású Havers is van.

5. Szarvasmarhánál látterenként átlag *70* kerek és ovalis, sűrűn egymás mellett fekvő Havers s ezeken kivül külön láttérben átlag *12* hosszú lefutású Havers.

A felsorolt állatokon kivül átnéztem még a mezei, házi nyúl, őz, szarvas, macska végtagcsontjainak haránt csiszolatát, melyek szintén olyanszerű viszonyt mutatnak, mint a kutya, sertés, juh és marha csontjai. A jellegző képnek könnyebb bemutathatása végett mikrofotografiákat készítettem ugyanazzal a nagyitással, melylyel a vizsgálatot eszközöltem.

Apáthy tanár úr ajánlatára mikrometer méréseket eszközölve, *az összes ember- és állatcsontok megvizsgálása után* táblázatos összeállításban fogom a mikrometer értékeket s az ezekből vont következtetéseket közölni.

Vizsgálataim eddigi eredményét mint előzetes közleményt közre adva, már most kijelenthetem, hogy kifejlett ember végtagcsont haránt csiszolatát, kutya, sertés, juh, macska, mezei nyúl, házi nyúl, őz, szarvas végtagcsont haránt csiszolatától jól meg lehet különböztetni, *mert az ember végtag csontok haránt csiszolatában levő kerek vagy ovalis Haversek átlag háromszorta nagyobbak s átlag háromszorta gyérebb számban fordulnak elő látterenként.*

Minthogy továbbá állat végtagcsontja haránt csiszolatában igen sok, átlag 10—15 egymás mellett fekvő, a csont kerületével párhuzamosan haladó hosszú lefutású Havers is van és pedig nagyon gyakran, úgy, hogy ilyeneknek feltalálása nagyon jellegzetes állatcsontra, ebből is minden további kutatás nélkül felismerjük az állati eredetet.

Ezután a még hátralévő állatok végtagcsontjait vizsgálva, áttérek az ember és az állatok egyéb, még nem vizsgált csontjaira s időnként beszámolok az eredményekről.

(Vége köv.)

PÁLYÁZATOK.

254/1902. eln. sz.

Biharmegye közkórházánál egy 800 korona évi fizetés, egy szobából álló butorozott lakás, fütés, világitás, teljes élelmezéssel és kiszolgálással javadalmazott **segédorvosi állás** lemondás folytán megüresedett.

Felkérem a t. pályázni óhajtó orvostudor, esetleg szigorló orvos urakat, hogy pályázati kérvényöket deczember hó 10-dikéig hozzám adják be.

Nagyvárad, 1902. évi november hó 24-dikén.

Fráter Imre dr., biharvármegyei közkórház igazgató-főorvosa.

20219/1902. közig. sz.

Szilágyvármegye **zilahi közkórházánál**, 1903. évi január hó 1-től újonnan rendszeresitett és 1200 korona évi fizetéssel, természetben való lakással, ennek fütésével és világitásával javadalmazott **harmadorvosi állásra** ezennel pályázatot nyitok, s felhivom azokat, kik az állást elnyerni óhajtanák, miszerint az 1883. évi I. t.-cz. vonatkozó szakaszaiban megkivánt képesitésüket igazoló okmányokkal kellőleg felszerelt pályázati kérelmöket Szilágyvármegye főispánjához czimzetten, hozzám legkésőbb **folyó évi deczember hó 15-dikéig bezárólag** annál is inkább nyujtsák be, mert később beérkezett kérelmek figyelembe nem vétetnek.

Zilah, 1902. évi november hó 5-dikén.

3—3 *Kaizler György*, alispán.

Egyéb üresedésben levő állas.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czim
decz. 1.	k. s. o.	Győr	1000 k., lak., élelm.	Petz Lajos ig. főorvos
1.	közs. o.	Csorna	600 k.	Hajas Gy. fszb., Csorna
1.	körorvos	Bolya	800 k., házi gyógysz.	Fodor L. fszb., Medgyes
15.	k. s. o.	Zilah	1200 k., lak., élelm.	Alispán, Zilah

HIRDETÉSEK.

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

Dr. Brehmer TÜDŐBETEG-GYÓGYINTÉZETE Görbersdorf Sziléziában.

Téli és nyári kurák ugyanoly sikerrel.

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

Prospectusokat díjmentesen küld a gondnokság.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.

Kapható minden gyógyszertárban.

UJ-TÁTRAFÜRED * Hidegvízgyógyintézet és Sanatorium.

Tüdőbetegeknek (kezdeti stádium), **idegbajosoknak** (function. zavarok, morb. Basedowi, neurasthenia, álmatlanság stb.), **anyagcserezavaroknál** (diabetes, oxaluria, köszvény stb.), **vérbetegségeknél** (chlorosis, anaemia, leukämia, malaria stb.), **üdülőknek, karlsbadi utókúra** stb.

Gyógyeszközök: **levegő- és fekvőkúra, daetetikus gyógymód (hizlaló és soványitó kúra), inhalatio** (lignosulfit, törpefenyőgőz), **hidegvizkúrák, moór- és törpefenyőfürdők, sanatoriumi kezelés.**

— **Mindig nyitva!** — **Dr. Fái Mátyás Miklós** rendelő orvos.

TAMAR INDIEN GRILLON

frissitő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A **dugulás** és annak következményei ellen, ú. m.: **aranyérbántalmak, vértódulás, fejfájás, étványhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.**

Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnynyel alkalmazható előrehaladt korúaknál és gyermekeknél. Semminemü drastikus alkatrészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készitve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendes szorulásban szenvednek.

A **Tamar Indien Grillon** Franczia-ország első tekintélyei által javaltatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-utcza 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

GYÓGYFÜRDŐK A HÁZBAN

mint: **lúgsó-, szénsav-, fenyő-, kén-, vas-, lápvas-, ischli kéniszap-, nauheimi szénsavas lúgsó-fürdők a Dr. Sedlitzky (Hallein)**-féle **törvényileg védett fürdőtabletták** által.

Árjegyzék és minta orvosok és kórházak részére ingyen.

Gyógyszertár az „ANGYALHOZ"

Budapest, IX., Üllői-út 39.

A kir. magyar tudomány-egyetem klinikáinak gyógyszerszállitója.

·PURGO·

Kitünő ízű, páratlanul enyhe hatású hashajtó, a legkiválóbb orvos urak által rendelve, még csecsemőknek is adható.

Gyermekeknek a **„P. mitior"** (0·05) **ára 1 kor.** Felnőtteknek a **„P. fortior"** (0·10) **ára 1 kor.** Fekvőbetegeknek a — **„P. fortior Fekvőbetegeknek"** — (0·50) p_2-phthalein tartalmú tabletták **ára 50 fillér**. Irodalom és minták ingyen és bérmentve.

Dionin

kitünő pótszere a codeinnak és morphinnak.

Largin

magas-százalékú ezüstfehérnyevegyület különösen a gonorrhoea és a szembántalmak kezelésében.

Jodipin

a jodkaliák bevált pótszere, különösen harmadlagos bujakórnál és görvélykórnál, továbbá asthmánál és emphysemánál.

Stypticin

bevált méhbeli haemostaticum.

Tannoform

kitünő adstringens és antidiarrhoecum.

Bromipin

új csillapító szer, különösen ajánlható ideges állapotok és epilepsia ellen.

Diphtheria-ellenes gyógyserum

Irodalom ingyen és bérmentve. * államilag felülvizsgálva, 500- és 1000-szeres normal-egység. * **Irodalom ingyen és bérmentve.**

E. Merck vegyi gyára, **Darmstadt**

Zambeletti-féle oldható vasarseniát

vérszegénység, sápkórság és kachexiák kezelésére.

Cseppek, labdacsok, injectiók.

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

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

MAGYARORSZÁG: Dr. Budai Emil, Városi gyógyszertár, Váczi-utcza és Dr. Egger Leo, Nádor-gyógyszertár, Váczi-körút 17, BUDAPEST.

AUSZTRIA: Brady G., I/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.

PURO HUSNEDU

Tartalmaz 21% természetes fehérnyét.

Ára: kor. 3.20 frt 1.60.

PURO gyógyszer-vegyészeti intézet.
Dr. SCHOLL H. Thalkirchen-München.
Képviselőség Ausztria és Magyarország részére:
GRÖTZINGER KÁROLY, Wien, III., Reisnerstrasse 6.

MERAN, SANATORIUM HUNGARIA.

Tüdőbetegek és üdülők számára. Modernül berendezett intézet. Mérsékelt árak. Prospektus.
Kezelő orvos: **Dr. Gara Géza.**

Megjelent! Keleti J. budapesti gyári czég (IV., Koronaherczeg-utcza 17) kiadásában egy új, 1902/3. évre szóló árjegyzék jelent meg.

Ezen, minden tekintetben csinos és czélszerű kiállitású árjegyzék magában foglalja mindazon újdonságokat, melyeket az orvos-sebészi technika a legutóbbi időkig felmutat, úgy a műszerek- és villamgépekben, valamint az orthopädiai készülékek és teljes kórházi berendezési czikkekben.

Az orvos-sebészi újdonságok művészi kivitelű ábrákkal vannak szemlélhetővé téve és a mellett az illető feltalálók magyarázatával ellátva.

A mi a czég által szállitott műszerek jóságát és olcsóságát illeti, ez minden tekintetben bátran kiállja a versenyt bármely külföldi czéggel.

Az orvos urak kényelmére a czég készséggel eszközöl szállításokat **évi számlára**, esetleg **kezdő orvos uraknak teljes berendezést havi, illetve negyedévi részletfizetés ellenében.** Ugyancsak elvállal a czég a legjutányosabb árak mellett minden e szakba vágó **javításokat, nikkelezéseket, működszörüléseket stb.**

Azon orvos urak, kik fenti árjegyzéket netán még nem kapták volna meg, sziveskedjenek annak portómentes beküldéséért a czéghez fordulni.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

Budapest, VII., Városligeti fasor 13—15.

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

DR. DOCTOR KÁROLY V. EGYETEMI TANÁRSEGÉD
ORVOSI LABORATORIUMA
Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 3.

Görög borok az „Achaia“ borászati részvénytársaságtól Patras.

KÜLÖNLEGESSÉG:

„Mavrodaphne“



garantált, természetes tiszta öt évnél idősebb nemesfajú gyógybor.

Az „Achaia“-borok a legkiválóbb orvosi szaktekintélyek által mint gyógyborok legmelegebben ajánltatnak.

Az „**Achaia**“ **társ. Mavrodaphne** borával a legszebb, teljesen tiszta, nem üledékes preparátumokat kapjuk.

Izelítőminták és árjegyzékek ingyen és bérmentve.

Főképviselőség:

C. J. Schrauth Wien, IX., Frankgasse 4.

Budapesti képviselőség: Kovács és Hirsch, Dohány-utcza 88.

Budapest, 1902. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Közol Antal J.) Dorottya-utcza 14. sz.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 48. számához. 4. SZ. Budapest, 1902. november 30.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT.

Szerkeszti BÓKAY JÁNOS tanár.

TARTALOM. *Winternitz M. Arnold* dr.: Közlemény a budapesti „Stefánia“ gyermekkórházból. Az indirect supracondylaer felkarcsonttörések dislocatióinak mechanismusa, különös tekintettel a n. radialis bénulására. — *Hültl Hümér* dr.: Közlemények a budapesti poliklinikai egyesület kórházának gyermekgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Erőss Gyula dr., e. m. tanár.) Mütett rectum prolapsus esete. — Ifj. *Klug Nándor* dr.: Közlemény a budapesti „Stefánia“ gyermekkórházból. A heveny középfül-gyuladások fertőző voltáról. — *Schütz Aladár* dr.: Kisebb közlemény a budapesti „Stefánia“ gyermekkórházból. Súlyos decubitus laryngis érdekesebb esete. — *Deutsch Ernő* és *Faludi Géza*: Közlemény a „Stefánia“ gyermekkórház Röntgen-laboratoriumából. — Tárcza. *Schuschny Henrik* dr.: A tanuló-ifjúság felvilágositása a nemi kérdésről. — *Deutsch Ernő* dr.: Az ingyentej-intézményről. — **Irodalomszemle**: I. *Könyvismertetés.* II. *Lapszemle.* — *Vegyesek.*

Közlemény a budapesti „Stefánia“ gyermekkórházból.

Az indirect supracondylaer felkarcsonttörések dislocatióinak mechanismusa, különös tekintettel a n. radialis bénulására.

Közli: *Winternitz M. Arnold* dr., a kórház helyettes sebész-főorvosa.

A felkarcsont alsó epiphysis vége, irányuk, helyzetök és keletkezési mechanismusok tekintetében jól ismert törések gyakori helye. A humerustörések összevéve, a törési statistikákban 7·3—10 gyakorisági perczenttel vannak jelölve. E statistikák azonban főleg felnőttekre szoritkoznak, mig tisztán gyermekeket felölelő összegezések magasabb arányszámokat tüntetnek fel, bizonyságául annak, hogy a felkarcsont, főleg azonban alsó végének törései gyermekeknél gyakoriabbak, mint a felnőtt korban. E tény kulcsa nem egyedül a socialis viszonyokban, hanem az anatomiai és physiologiai berendezések sajátosságában keresendő.

*

Az izületi összeköttetést a fel- és alkar között főleg az ulna közvetiti a könyökben. A felkarcsont processus cubitalisának trochleája, sagittalis kerületének csaknem felével illeszkedik bele az ulna incisura semilunaris májorjába. Felületi érintkezés a humerus és ulna között igen tetemes (a radius és humerus közöttinél jóval nagyobb és bensőbb), de a mi mechanikai szempontból fontos, az az, hogy az ulna és humerus akár flexio, akár extensióban mindig ugyanoly felületnagyságban — bár más helyzetben — érintik egymást. A radius szintén homorú, de aránylag kicsiny felülettel illeszkedik a humerushoz, sőt maximalis extensio mellett a fejecs hátsó széle nemcsak túlhaladja az eminentia capitata hátsó szélét, hanem Poirier szerint a fovea capituli porczboritéka nem is érintkezik az eminentia capitata izfelületével.

Az al- és felkar közötti összeköttetésben tehát az ulnáé a főszerep. Másként kell azonban a könyökizületet birálnunk, ha a traumák mechanismusa szempontjából a kezet és tenyeret is tekintetbe vesszük. A kéz és az alkar közötti összeköttetésben a főszerep a radius alsó epiphysiseé; ez képviseli az alkar-kéztői izületben a főösszeköttetést, mig az ulna fejecse csak a kéztőmozgások, továbbá a pro- és supinatióban és itt is csak passiv szerepet játszik. A kéz és tenyér megterheltetését ezek szerint kizárólag a radius hordja. Ha, akár hajlitott, akár feszitett helyzetben kezünkre támaszkodunk, úgy a súlyt, a terhet a radius viseli. Ő oszlopa az alkarnak s mint ilyen, az alkar tengelyében ható minden megterheltetést directe a felkarra visz át. Innen van az, hogy az alkar tengelyében ható nagy nyomásnál, például nyujtott karral tenyérre esésnél, a radius és annak a felkarral való összeköttetési helye azon pontok, melyek első sorban vannak fenyegetve és eredményképen vagy a radius törik, vagy — ha ez erősebb — a nyomó erő elölről hátrafelé hatva lerepeszti az eminentia capitatát, vagy vele együtt a condylus humeri externust.

Az ulna ezen mechanismusban jelentéktelen szerepet játszik; igy például tenyérre esésnél csak akkor törik, midőn a radius törése utáni pillanatban már csak egyedül kénytelen a tenyér felőli nyomást hordani. Ugyanakkor azonban a singkéztői, mint gyenge s csak a hajlitási mozgások, valamint pro- és supinatióra berendezett izületben rendszerint ficzam is jön létre. Mig a *tenyér* felől (az alkar tengelyében) történő megterheltetésnél a felkarra háramló következmények megértése szempontjából a *radiust* kell szemmel tartani, addig mindama erőbehatásoknál, melyek az *alkart* bármely irányból és bármely helyzetben érintik, az *ulna* az, mely a humeruson beálló következmények mechanismusát irányitja.

Már emlitettük fentebb, hogy a könyökbeli összeköttetésben az ulnáé a főszerep. Izfelületének alakja, az oldalszalagok elhelyeződése a könyök mozgását pontosan előirják. A 180°—40° foknyi flexio és extensio határa, a proc. coronoideus és az olceranon alakja, a foveae supratrochleares helyzete, mélysége, valamint a hajlitó izmok tömegében adott. A *brachio-ulnaris* izületben nincs más mozgás. A *radio-brachialis* izületben: a radius a flexiót és extensiót követi, a tenyér felől reá ható megterheltetést hordja, a pro- és supinatiót lehetővé teszi.

A flexio és extensio határainak kijelölésére a radius kevéssé folyik be. Még a flexiónál annyiban van szerepe, hogy maximalis behajlitás esetén a fejecs circumferentiája az eminentia capitata felett az epiphysis elülső felületéhez ütközik; az extensio határának megszabásánál azonban szerepe nincs.

A könyök a szervezet typikus csuklóizülete. Benne mint ilyenben a mozgás egy sikban történik. A feszités határa benne is ép úgy, mint a többi csuklóizületben jobban kifejezett, mint a hajlitásé. Mig a könyök-, térd- és ujjperczizületeknél a feszités határa *hirtelen* jelentkezik, addig a hajlitás határa nem éles. Mig a feszités lehetősége, akár active, akár passive történjék az, hirtelen ér véget és individualiter alig van változatnak alávetve, addig a hajlitás lehetőségének határa lassan, mintegy átmenettel áll be és individualis ingadozásokat mutat. Ennek oka az, hogy a csuklóizületek extensiójának határát az izületet alkotó csontok alakja és az oldalszalagok, tehát resistens, constans képletek szabják meg — mig a hajlitás határának kijelölésében nem annyira a csontok configuratiója, mint inkább a szomszédos lágyrészek, tehát puhább és egyéni változatoknak alávetett képletek szerepelnek. Középizomzatú ember például 30—40°-ig képes könyökét active behajlitani; e határon túl azonban aránylag csekély erővel könnyen sikerül azt passive 5—8°-al még beljebb hajlitani, miközben nem nyerjük azt az érzést, mintha a további passiv behajlitásnak valamely csontos, vagy kemény akadálya volna, hanem az ellentállás tisztán csak a hajlitói oldal tömegesebb izomzata által van feltételezve. Ugyanigy áll a dolog a térd- és ujjpercz-izületeknél is. Ez a magyarázata ama klinikai ténynek, hogy a flexio erőszakos forcirozása kevésbbé veszedelmes az izület, vagy az azt alkotó csontos szomszédság integritására nézve, mint a feszités, mert ott a beható erőszak nagy része, az összenyomott lágyrészek — mint puha ütköző párna — által paralyzáltatik. Innen van az, hyperflexiók úgyszólván sohasem okoznak a csuklóizületekben ficzamokat, vagy azok csontos szomszédságában töréseket.

Nem igy áll a dolog a feszitési mozgásokkal. Ezeknek határát, mint fentebb emlitettük, az izvégek alakja és az oldalszalagok erőssége szabja meg. Erről könnyű bármely

csuklóizületnél akár élőben, akár hullán meggyőződni, ha a megfelelő izülettel, jelen esetben például a könyökkel, passiv extensiót végezünk. E kisérletnél a könyök 180—185° körül hirtelen, zökkenésszerűleg megáll s jól érezni, hogy a hyperextensio tovább erőszakolásának valamely csontos, vagy kemény akadálya van. Ez azon pillanat, melyben az olceranon a fovea supratrochlearis posteriorba mélyed és az oldalszalagok maximál megfeszülnek. Ha most a hyperextensiót tovább forcirozzuk azáltal, hogy a könyököt hátul megtámasztva, az alkart erősen hátrafeszítjük, úgy az izületi berendezés, vagy a csontos szomszédság integritásának megzavarása nélkül további mozgást ki nem erőszakolhatunk. A könyökizületet érő erőszakos hyperextensióknál ez azon pillanat, melyben a humerus alsó végének, vagy az izületnek magának sorsa eldől. Mert mi történik a hyperextensio forcirozásánál a könyökben? Az olceranon csúcsa belemélyed a fovea supratrochlearis post.-ba s itt megtámaszkodik. A radius fejecsének hátsó széle meghaladja az eminentia capitata hátsó szélét. Az oldalszalagok, a tokszalag elülső része és a felette fekvő izmok inas részei (biceps, brachialis int.) maximaliter megfeszülve igyekeznek ellentállani a hyperextensio további kifejlődésének. Azáltal, hogy az olceranon a foveaba mélyedt, hogy az oldalszalagok, az elülső tokszalag, a biceps és brachialis internus megfeszültek, az alkar a felkarral az extensio irányában egy mechanikai egységet, egy *emeltyűrúdat* képez, melyben a humerust az alkarcsontokkal a könyökizület lágyképletei tartják össze. E pillanatban minden attól függ, mi az erősebb? Erősebbek-e az alkart a felkarral egy mechanikai egységgé összefűző lágyképletek, vagy erősebbek a csontok? Ha a csontok erősebbek, úgy az erőszak alatt az izületi összeköttetéseknek szakadniok kell és pedig a legexponáltabb helyen, az elülső oldalon, vagyis a trauma a mechanikai egység componenseinek összeköttetését megszakitja és kész a luxatio cubiti postica. Ha azonban az izületi összeköttetések erősebbek és a hyperextensiót forcirozó trauma alatt a mechanikai egység nem válik szét componenseire, úgy valahol törésnek kell beállani. Hogy hol, arra felel a tapasztalat: a humerus a condylusok táján harántul eltörik.

Ez a legegyszerűbb mechanismus, melylyel a könyökben ficzamot, vagy a humeruson supracondylaer törést előidézni lehet. Mindkettőnek mechanismusa teljesen analog s hogy adott esetben melyik jön létre, az tisztán és egyedül az izület képzésében résztvevő csontok és tokszalag (illetve az előtte fekvő izmok és lágyrészek) viszonylagos erősségétől függ.

Gyermekeknél az I. decenniumban ezen mechanismus segélyével csaknem kivétel nélkül supracondylaer töréseket nyer az ember, mig felnőtteknél (ha az osteoporotikus aggoktól eltekintünk) a hátsó könyökficzam az, mi bekövetkezik. A könyökbeli forcirozott hyperextensiónak ezen kor szerint feltünően különböző eredménye azon egyszerű physiologiai tényben nyeri magyarázatát, hogy felnőtteknél a teljesen kifejlődött és magasabb mészsótartalmú csontok, a tokszalagokhoz *viszonyítva* sokkalta erősebbek, mig gyermekeknél a fejlődésben levő csontok a succulens tok- és segitő-szalagokhoz képest nemcsak hogy gyengébbek, de e mellett az átmenet a segitő-szalagok és az epiphysisvégek periostja között, a még fennálló periostális direct csontosodás miatt egyenletesebb, vagyis az összeköttetés a periost állandó metaplasiája révén a csont és az oldalszalagok között sokkalta bensőbb. E miatt a forcirozott hyperextensio mechanismusánál gyermekeknél az olceranon megtámaszkodása és emeltyűhatása alatt az oldalszalagok és tokszalag nem szakadnak le oly könnyen, mint felnőtteknél, vagyis nem jön hátsó könyökficzam létre, hanem az oldalszalagok integritása mellett, a trochlea felett igen erősen megfeszülő inak (m. brachialis int. és biceps) a humerus alsó epiphysisét az oldalszalagok tapadási magasságában, vagy csekélylyel ezen vonal felett harántul lerepesztik.

Hullán a supracondylaer törések ezen mechanismusa nagyon könnyen reprodukálható, mikor is pontosan követhetni, hogy az elülső tokszalag és felette a hyperextensio következtében igen erősen megfeszülő inak azon képletek, melyek az alsó epiphysist harántul lerepesztik. Az igy keletkező törés indirect hajlitási törés, melynek törési felülete elölről alulról, hátra és felfelé kissé ferdén emelkedik. Főszerepet létrehozatalában az ulna és annak proc. coronoideusához tapadó m. brachialis internus széles ina játsza. A radiushoz futó vékonyabb biceps-innak is van benne szerepe, jóllehet ennek túlságos megfeszülését az e közben beálló nagyfokú passiv supinatio, legalább részben paralyzálja.

De nem ez az egyedüli mechanismus, mely szerint supracondylaer indirect törések létrejönnek. Van ezen töréseknek még más két módja, melyeknek mechanismusával a gyakorlatban sokkal gyakrabban találkozunk, mint a fentivel, melyek azonban az experimentumban nem oly könnyen reproducálhatók, mint az emlitett. Ha valaki előre, vagy oldaltesés közben az önkénytelen megtámaszkodási vágy folytán kissé abducált és pronált *alkarjára* esik, úgy a radius magasabb helyzete folytán mindig az ulna az, mely az alapon megtámaszkodik. Minthogy az alkar megtámaszkodása után a felső test az esés következtében még tovább mozogni igyekszik, a humerus tengelye nem esik többé a nehézkedés vonalába, hanem a váll abductiója és a könyök erősebb behajlása folytán a nehézkedés vonala a humerus tengelyével hátrafelé nyitott szöget fog képezni. Ezáltal a testsúly a humerust *hátrafelé meghajlítani* igyekszik. Minthogy pedig a humerus felső fele a reflectorice erősen contrahált thoraco- és scapulohumeral izmok által rögzitve van, alsó vége pedig az alaphoz támaszkodó ulna incisura semilunarisa által fogva tartatik, a hajlitás eredménye gyanánt a két pont között törésnek kell létrejönni, melynek helye rendesen a condylusok feletti részlet. Helyzete, iránya ennek is épen olyan, mint a fenti hyperextensiós törésé, mert mindkettő létrejöttének lényege a humerus alsó felének hátrahajlitása. Mindkettő hajlitási törés, a különbség csak az, hogy míg az elsőnél a humerus hajlitása a könyök lágyképleteinek közreműködésével, a könyök hyperextensiója folytán történik, addig ennél a könyök flexióban van és szerepet csak az ulna és a felülről ható testsúly játszanak. A törési vonal és a törési felszin iránya mindkét módnál ugyanaz, a mennyiben a törési irány a condylusok magasságában, vagy azok felett harántul fut, a törési felszin pedig elölről alulról, hátra és felfelé kissé emelkedik, azaz a felső törvég elől alul többé-kevésbbé kiélesedett. A törvégek dislocatiója is teljesen analog. Mindkét mechanismusnál a felkarcsont hátrahajlása forogván fenn, a beható erő a törés pillanatában a törvégeket a hajlitás irányában dislocálja, miért is a törés helyén hátrafelé nyitott szögletnek kell létrejönni. Ez az elsődleges, a trauma által okozott dislocatio, melynek foka a hyperextensiós mechanismusnál a törés alkalmával beható (túlfeszitő) erő nagyságától és tartamától, az alkarra esési mechanismusnál pedig, főleg a humerus megterheltetési fokától függ. A csont folytonosságának megszakadása ezen mechanismusoknál a Messerer-féle tétel értelmében mindig az elülső felszinen kezdődik, mint a melynek csontléczei a trauma által húzásnak vannak kitéve. Itt szakadnak szét a csontléczek és azok periostja leghamarább, itt képződik a diastasis a törvégek között is legelébb és éri el a legnagyobb fokot, mig a hátsó felszinnek megfelelőleg a törvégek csipkéikkel még összekapaszkodva lehetnek. E viszonyokról az experimentumban könnyű meggyőződni, ha az emlitett mechanismusok valamelyike szerint nem túlnagy erőt alkalmazunk. Ha az erő oly nagyfokú, hogy az elülső humerus-felszin csontléczeinek átszakadásán kivül, a hátsó felszin léczei is eltörnek, úgy még mindig a hátsó periost az, mi a törvégeket összetartja. A hátsó periost ezen mechanismusnál a felkarcsont meghajlásának homorulatába esvén, a törés létesülése közben semmiféle insultusnak nincs kitéve, ezért az ellenoldalival ellentétben nem szakad el. Csak ha az erő tovább hat és az alsó törvég erősen hátrafelé dislocálódott, kénytelen a még át nem szakadt hátsó periost a felső törvég hátsó felszinéről kisebb-nagyobb terjedelemben *leválani*. Gyermekeknél ezen leválás mindig kifejezett és a teljes átszakadás csak ritka. A hátsó periost leválása, a törés pillanatában beállott dislocatiónak quasi mértéke, mert nagysága attól függ, mily fokot ért el a „dislocation ad axin“ és „ad longitudinem“. Ezek viszony-

lagos nagysága a két mechanismusnál különböző. Mert míg a könyök hyperextensiós mechanismusnál a felkarcsont alsó vége tisztán csak hajlíttatik, addig az alkarra esésnél a felkarcsont hajlíttatásához annak megterheltetése is járul. Tisztán könyökbeli hyperextensión alapuló töréseknél ezek szerint főleg csak „dislocatio ad axin“ fog létesülni, míg az egyúttal megterheltetéssel járó alkarra esési mechanismusnál a felső törvég lecsúszása következtében egyúttal „dislocatio ad longitudinem“ is kifejlődik. A hyperextensiós mechanismus azonban az életben csak ritkán jelentkezik mint „*tiszta*“ hyperextensio, megterheltetés nélkül, mert ezen mechanismus az életben leggyakrabban feszített könyök mellett oldalt a tenyérre esés által van képviselve és ezen helyzetből eredőleg a humerus egyidejű megterheltetése is érthető.

Az eddig tárgyalt két törési mechanismusnál mint láttuk, a törés létesitésében főleg a humerus meghajlíttatásának van szerepe, a törvégek további eltolódása pedig főleg a humerus megterheltetésének rovására esik. Mert ha a humerus a törés perczében a testsúlyt is hordja, úgy nem történhet más, mint hogy az elől kiélesedő felső törvég *az alsó elé csúszik* s ezen irányban addig halad előre, míg a könyökárok mélyén a proc. coronoideus, vagy a radius fejecse táján valahol meg nem támaszkodik. A felső törvég ezen nevezetes elcsúszása a szóban lévő töréseknél typikus és azok egyik legfőbb complicatióját képviseli. Mert mi történik a felső törvég eme dislocatiója alkalmával? A mint a felső kiélesedett törvég az elülső periosthasadékon kilép, először is belefúródik a m. brachialis internus állományába. Már magában véve ezen laesio sem közömbös, mert mint a később leirandó hevenyen operált esetnél látni fogjuk, az említett izom sérülése — tetézve még a roncsolás helyébe történő vérzés által — igen tetemes szokott lenni. A m. brachialis internus pedig functio tekintetében talán még a m. bicepsnél is fontosabb hajlító, mert „*kizárólag*“ hajlítást végez. (A m. biceps a hajlítás mellett supinál is.) Izomállományának ilyen roncsolása a könyök későbbi functionális értékét, főleg a 90°-on túli flexio lehetőségét, tetemesen veszélyezteti. A törés helye táján szintén elölfekvő m. biceps, a szóban forgó dislocatio által alig lesz veszélyeztetve, mert az, e magasságban már inába megy át s igy contractilis állományában roncsolva nem lesz.

A míg a felső törvég a m. brachialis int. állományában halad a könyökárok felé, addig más fontosabb sérülések kizárvák. Ha ezen útja közben *oldaleltérések* nem állottak be, úgy a felső törvég a könyök középvonala táján a biceps és brachialis int. inai alá jut és azok által leszoritva a proc. coronideus, vagy a radius nyaka táján: valahol a könyök mélyén megtámaszkodik. Ez a rendes typikus helyzet a megterheltetéssel járó törés pillanatában.

A humerus meghajlíttatása és ezzel kapcsolatban a testsúly általi megterheltetés azonban nem létesül mindig a sagittalis síkban. Ha például valaki *erősen* abducált alkarjára, vagy nyújtott és abducált könyök mellett tenyérre esik olyformán, hogy felső testével a megtámaszkodó felkarra mintegy *reáfordul*, oly statikai momentumok létesülnek, melyekben a humerus nem a sagittalis síkban, hanem hátulról kivülről be- és előfelé hajlíttatik meg. Ha az erő ilyen hatása mellett jön létre a törés, úgy a dislocatio a fentebb leirttól abban fog különbözni, hogy a felső törvég nem csúszik egyenesen le a biceps és brachialis int. inai alá, hanem a brachialis inától *befelé* foglal a könyökárokban helyet. A m. brachialis int. oldalsó részei vékonyabbak, inas kötegekben szegényebbek s igy a belefurakodó felső törvég útjába kisebb akadályt fognak gördíteni. Innen van az, hogy a szóban lévő mechanismus mellett a felső törvég jelentékenyebb pusztitást vihet végbe az útjában lévő könyökképleteken, annyival is inkább, mivel a m. brachialis inától befelé, a könyök legjelentékenyebb képletei, az art. cubitalis és a nervus medianus fekszenek. Ezen dislocatio mellett a felső törvég belefúródik a m. brach. int. belső felébe, azt átszakithatja és éles végének belső csipkéivel megjelenhetik a biceps és pronator törés közötti térben felületesen a bőr alatt. Hogy ez megtörténhessék, csak a musc. brachialis int. belső rostjainak kell átszakadniok s a törvég ezek alól kibujva, sértheti a n. medianust és az art. brachialist. Ezen képletek sérülései az emlitett mechanismus mellett nem szerfelett ritkák és régen ismertek. A gyakoribb előfordulás magyarázata az, hogy akár nyujtott karral tenyerére, akár hajlított könyök mellett alkarjára essék valaki, felkarját önkénytelenül erősebb abductióba hozza, s mint fentebb láttuk, épen az erős abductióban létesülő törés az, melyben a felső törvég a megterheltetés súlya alatt be- és előfelé dislocálódik. A medianus és art. brachialis sérülései, a teljes átszakitástól a könnyebb contusióig, különböző fokúak lehetnek. A medianus helyzete a könnyebb kitérhetés szempontjából talán előnyösebb, mint az art. brachialisé. Míg a medianus a sulcus bicipitalis alsó fele és a könyökhajlat zsirszövetében való elhaladása közben oldalágakat nem ad s igy a környezethez kevésbbé rögzitett, addig az art. cubitalis, közvetlenül a könyök felett a recurrensek, a könyök alatt pedig az oszlás és izületi ágak révén jobban van az alaphoz rögzitve, miáltal az előtolakodó törvég felett erősebben megfeszülhet és könnyebben sértethetik. Circulatiós zavarok, venosus pangás, pulsusgyengülés stb. ezek szerint gyakrabban észlelhetők, mint a medianus zavara.

A felső törvég azonban dislocálódhatik *kifelé, a radialis oldal* felé is, és épen ezen modus az, mely esetünkből kifolyólag bennünket közelebbről érdekel. Ennek létrejöttéhez az kell, hogy a humerus belülről hátulról oldalt és előfelé futó síkban hajlittassék és terheltessék meg. A gyakorlatban ezen postulatum igen egyszerűen létesül és pedig úgy, hogy valaki *erősen adducált* könyök mellet oldalt és előfelé alkarjára esik, *miközben mellkasának elülső oldalsó részével* a humerus diaphysisére nehezedik. A mellkas súlya általi megterheltetés az, mi a humerus emlitett síkban történő meghajlását és a törés beállával a kifelé tartó dislocatiót létesiti.

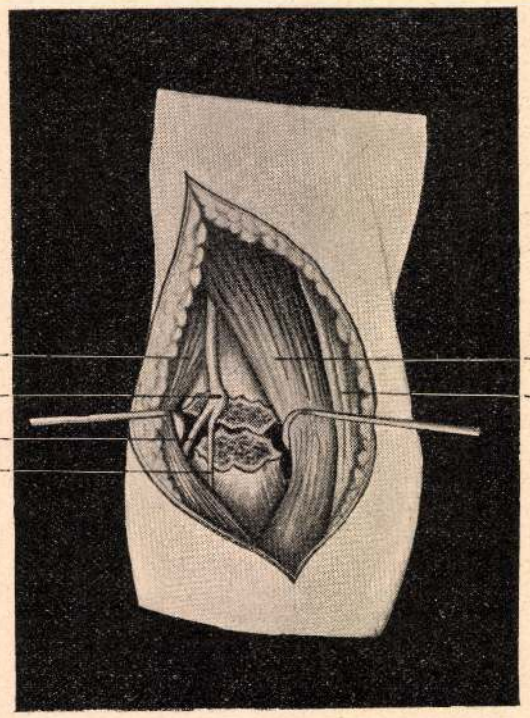
E közben a felső törvég okozta sérülések nagyjában véve analogok a befelé történő eltolódásnál leirtakkal. A felső törvég belefúródik a m. brachialis int. külső szélébe, azt roncsolhatja vagy át is fúrhatja. Ha a sérülésnek utóbbi foka áll be, úgy a m. brachialis int. után a m. supinator longus humeralis eredési része az, mely szintén sérül. Mire azonban a dislocatio utóbbi foka beállott, akkorra már súlyosabb jellegű sérülések fejlődtek ki, a mennyiben épen ezen helyen fut az emlitett két izomhas között a *n. radialis*. Ezen ideg, miután átfúrta a ligamentum intermusculare externumot, a humerus alsó végének elülső felületére ér, s ott a m. brachialis int. külső szélén fekve, ezen izom és a m. supimator long. hasa között fut tova az alkarra. Az egész alsó epiphysis melletti elfutásában közel fekszik a csonthoz; nem fekszik ugyan közvetlenül rajta, mint fenn, a triceps alatti elfutása közben, mert az ideg és csont között a m. brachialis int. széli, eredő rostjai fekszenek 4—5 mm.-nyi vastagságban. A n. radialis helyzete eltolhatóság tekintetében nem oly előnyös, mint a medianusé, mert a n. radialis hátulról előfelé spiralis lefutásban, közvetlenül a periosteon fekve kerüli meg a csontot, az eminentia cupitata táján pedig felületes és mély ágára oszlik, melyek közül az utóbbi a m. supinator brevis izomállományába mélyedve hátra a radius nyakának tájéka felé rögzitve tartja közös idegtörzsét. Ily módon az ideg, fenn a humerus hátsó felszine mögé csavarodva, lenn pedig a ramus profundus által a mélybe rögzitve felső törvég aránylag csekély oldaldislocatiója mellett már erősen ráfeszülhet annak alsó éles szélére. Az ideg egyszerű megnyújtása ezen berendezések mellett létrejöhet már a m. brechialis int. átszakadása előtt is, annak a törvég okozta egyszerű felemeltetése alkalmával. A m. brachialis int. szóban forgó külső része azonban vékony és a felső törvég minden energikusabb oldaldislocatiója mellett hamar át fog szakadni. E pillanatban az ideg a felső törvég csipkéi által fel lesz nyársalva, vagy esetleg egészen ketté szakitva.

E viszonyokat kissé schematikusan, de eléggé szemléltetőleg tünteti fel a mellékelt ábra, melyet *György Gábor* dr. anatomiai I. tanársegéd úr, igen tisztelt barátom volt szives, artificialis törést feltüntető hullapraeparatum után megrajzolni. A rajzban jelzett viszonyok csak annyiban nem természethűek, hogy a törés helye és a n. radialis oszlása kissé magasabban

*

vannak jelezve, a felső törvég dislocatiója pedig csekélyebbnek van feltüntetve.

Sebhorgok tartják széjjel, befelé a brachialis internust és bicepset, kifelé a m. supinator longus izomhasát. A felső törvég külső széle felett halad a n. radialis törzse, mely, a mint a törvég elülső széléhez ér, *csaknem kétszeresére ellapul, derékszögben megtöretik* s le a könyökhajlat mélyébe futva, felületes és mély ágaira oszlik. Az ideg derékszögű megtörtetése és az éles törvég felett való ellapulása (mint a rajzban is jól látható) *a le- és hátrafelé húzódó és ott a m. supinator brevis hasába mélyedő ramus profundus nervi radialis megfeszülése által van feltételezve.* A ramus superficialis ívalakban fut tova és az ideg megfeszülése, illetőleg megtöretésének létesitésében szerepe nincs. Ha a n. radialis a törés magassága *alatt* oszlik ágaira, úgy a fenti mechanismus értelmében a közös törzs sérül, vagyis az alkar és kézen a teljes radialis bénulás typikus érzési és motorikus képe lesz jelen. Ha azonban a törés mélyebben (magasabb oszlás esetén) az oszlás helye alatt rörténik, akkor a jelzett dislocatio daczára is, esetleg csak a ramus profundus sérül, vagyis csak motorikus bénulás lesz jelen, érzési kiesés nélkül. Ilyen esetek ismeretesek. Hogy e tényből azonban a mély ág isolált sérülésére lehessen követ-



keztetni, nem tartjuk valószinűnek, mert esetünkben sem volt (daczára a teljes motorikus bénulásnak) érzési kiesés, jóllehet a közös törzs az oszlás felett volt sérülve.

Az idegsérülés foka, az egyszerű megnyujtás és teljes átszakadás között ingadozhat. Ha a m. brachialis int. épen maradt, úgy a dislocált felső törvég az ideget egyszerűen csak kifelé tolja s ezáltal megnyujtja; ha azonban nevezett izom átszakad, úgy az alóla kibúvó csupasz, éles felső törvég az ideget csipkéire veszi, felszúrja. Ha a dislocatio ezen phasisában az erőbehatás megszünik, úgy megkapjuk azon viszonyokat, melyeket esetünkben találtunk. Az ideg a ki- és előfelé dislocált felső törvég alsó éles széléhez érve hirtelen átmérőjének kétszeresére ellapult s a degenerált idegek színéhez hasonlóan $^1/_2$ cm.-t hosszban szürkésen el volt színesedve. Ugyane helyen, épen a csontélnek megfelelőleg az ideg lefutása derékszögben megtört volt, a mennyiben az, a törési éltől le- és hátrafelé tartott. Ezen éles megtöretést az igen megfeszülő ramus profundus okozta, mint a mely a közös idegtörzset az éles csontszélre erősen ráhúzta. Az ideg ezen ráfeszülése a törvégre oly erős volt, hogy azt a törvég élének csipkéiről csak a törvégek óvatos redressálása mellett lehetett leemelni, mert e közben az ideg ellazult. Az ideg a törvég szilánkjai által több helyen át volt fúrva.

Hogy a n. radialis ezen kritikus helyzetben a felső törvég kissé erősebb kifelé-dislocatiója következtében teljesen átszakadhat, az könnyen elképzelhető.

Ha az ember műtét közben a csontvég szilánkjai által felszúrt ideg rögzitettségét látta s tapasztalta azt, hogy tág feltárás és az ideg 8—10 cm.-nyi darabjának kipraeparálása mellett is mily gondosság kell ahhoz, hogy a zúzott és könnyen szakadó ideget, folytonosságának megkimélése mellett a csontélről leemeljük — nem lehet csodálni, ha meggyőződésünkké vált ama tudat, hogy az ily viszonyok rationalis correctiója csakis a fractura helyének véres feltárása lehet! A manualis, durva redressálás, mely mellett fogalmat sem alkothatunk arról, hogy benn a törés helyén az ideggel mi történik, — a viszonyokat csak súlyosbithatja! Mert nemcsak a csontszilánkok azok, mik az ideget a csonthoz rögzitik, hanem már nehány nap mulva kötőszöveti összetapadások, egy-két hét mulva pedig a callus első productumai temetik be az ideget és rögzitik még jobban a csonthoz. Ez időközben a manualis correctio, kisebb-nagyobb erővel talán még lehetséges volna, de annak sikerülése esetén mit nyernének?: *az ideg interpositióját!* Ez pedig egyértelmű annak teljes elszakitásával. Ilyen igyekezet mellett a beteg fracturáját corrigálhatjuk, az igaz; de ennek fejében szerzünk neki teljes radialis bénulást, az idegnek a callusba való betemetésével pedig neuralgiás callust, annak minden kinzó következményével együtt!

Szóban forgó törés és dislocatióval szemben, midőn a törvégek helyzete és az idegtünetekből okunk van a n. radialis sérülését felvenni, jobb, ha az idegsértés súlyosbitásának elkerülése szempontjából a törvégek subcutan correctiójától elállunk, főleg akkor, ha az érzési bénulás hiánya mellett okunk van az ideg teljes átszakadásában kételkednünk. Ily esetekben a törés helyének azonnali feltárása és az ideg kiszabaditása az egyedül helyes eljárás. Teljes érzési és motorikus bénulás mellett, midőn az ideg teljes átszakadása valószinű, megengedhetőnek látszanék a dislocatio correctiója, melyhez a secundaer idegvarrat csak később, a törvégek egyesülése után csatoltatnék. Ezt az okoskodást azonban nem tartjuk helyesnek. Mert a teljes érzési és motorikus bénulásból *még nem következik*, hogy az idegtörzs folytonosságában teljesen át is van szakitva. Lehet, hogy az csak nagy fokban húzódott s igy a törés subcutan correctiója alkalmával esetleg kiteszszük annak, hogy *teljesen átszakítjuk*. A késői idegvarrat pedig nemcsak technikai szempontból nem előnyös, — mert az ideget esetleg callustömegekből kell kiszabadítani, — hanem az elérendő eredmény sem oly biztos.

Idegsérülésekkel járó supracondylaer töréseknél álláspontunk szerint legrationalisabb eljárás: a törés helyének azonnal való feltárása, az ideg kiszabaditása, szakadás esetén varrata egybekötve a törvégek egyesitésével. A törés feltárása ez esetekben első sorban az ideg szempontjából történjék, de ha már feltártunk, okosan teszszük, ha a törvégeket is egyesitjük. Minden körülmények között azonban gondoskodni kell, hogy a törés helye táján *az ideg később a callusba ne kerüljön*, vagyis az ideg és csontvégek egyesitési helye közzé izom vagy bőnye részletet kell helyezni. Erre a radialis sérülésénél az anatomikus viszonyok alkalmasak, a mennyiben a corrigált és összevarrt törés felett a m. brachialis int. és supinator longus hasait egyesiteni és az ideget a törés helye táján hidszerűen *subcutan* vezetni könnyen lehet, úgy a mint azt esetünkben eredménynyel mi is eszközöltük.

A törvégek helyes egyesitése és dislocatio nélküli együttartása a könyök későbbi functiója tekintetében nagyfontosságú. Mert ha a végek correctiója nem végeztetik kifogástalan pontossággal és a felső törvég csak kevéssel is az alsó elé csúszik, úgy világos, hogy ott a könyök 90°-on túli flexióját tetemesen akadályozni fogja, főleg akkor, ha (mint az dislocatióknál rendesen lenni szokott) a képződő callus tetemes. Pedig kötések, gypsz-sín, extensio stb. révén épen ezen dislocatiót nagyon nehéz leküzdeni! Ennek oka az, hogy az alig 3—4 cm. hosszú alsó törvég, a könyökizület közelléte miatt, (melyben mozoghat) rendkivül mobilis és a correctiókor rája támaszkodó felső törvégnek elcsúszás ellenében elég szilárd

támpontot nem ad. Ezenfelül az alsó, mobilis törvégen az izmok tonusa által feltételezett dislocatio is jobban érvényre jut, mert róla az alkar hajlítói csoportjának egy része, továbbá a m. supinator longus erednek. Ezek az alsó törvéget a könyökben előre hajlitani és az eredeti dislocatiót visszaidézni igyekeznek, miben segitségükre van hátul a felkaron a triceps, mely tonusánál fogva az olceranont fel- és hátrafelé emeli és a szöglettörést csak fokozza.

Ezen tényezőkkel a supracondylaer törések kezelésénél számot kell vetni. Mivel pedig a könyök későbbi teljes functiója szempontjából a csontosodás tartamára a törvégek dislocatiójának *teljesen corrigálva kell lennie*, azon meggyőződésre jutottunk, hogy a mennyiben ezen postulatum teljesitése extensio, gyps-sín vagy egyéb módon exacte nem sikerül, a törés helye azonnal feltárandó és a törvégek összevarrandók. Az idegsérüléseken kivül tehát, *a nem corrigálható* vagy *makacsul újból beálló* törvég-dislocatiók azok, melyek véleményünk szerint a supracondylaer humerus-törések véres egyesitését jogosulttá teszik. Azon esetek, melyekben a dislocatio correctiója 90°-nyi flexio és húzás mellett könnyen sikerül és a törvégek a kivánt helyzetben *biztosan* (Röntgen-control!) meg is tarthatók, — a véres beavatkozás jogosultságát természetesen kizárják.

Hogy a véres beavatkozás és a törvégek varratával mily kifogástalan functionális eredményeket lehet elérni, az alábbi két kórrajz mutatja.

* * *

I. eset.

T. J. 9 éves fiú. Badacsony-Tomaj. Felv. 1901. julius 15-dikén. Felvétele előtt két héttel játszás közben körülbelül másfél méter magasságból egy gerendáról leesett olyformán, hogy bal felé lefordulás közben, a könyökben 90°-ig behajlitott és erősen adducált bal alkarjával és könyökével érintette a földet. Felső testének súlya e pillanatban a felkar alsó harmada és a könyöktáj belső felületére nehezedett. Leesése pillanatában a gyermek könyöktáján élénk fájdalmat érzett, *melylyel egyidejüleg szúró, égő fájdalmak jelentkeztek a hüvelyk-, mutató- és részben a középujjban is.* Bal karja az esés után rögtön, teljesen használatképtelenné vált. A törés pillanatában az ujjhegyekben érzett égő fájdalom kis idő mulva eltünt, e helyett a hüvelyk-, mutató- és középujjakban tompa zsibbadás, hangyamászás érzete jelentkezett, mit a gyermek „senyvedés"-sel jelez.

Status. A bal felső végtag állásnál mozdulatlanul lóg le, a gyermek nem használja és rendesen alátámasztva tartja. Activ mozgások csak a vállizületben és részben az ujjak és kéztőben végeztetnek. Könyök mozdulatlan marad. Fel- és alkaron semmi feltünő eltérés. Könyöktáj difformált és duzzadt, haránt és sagittalis átmérőjében megvastagodott. Alkar a felkarral a könyökben körülbelül 150°-nyi, előfelé nyitott szöget képez, melyből active nem, de passive körülbelül 15°-nyira úgy a flexio, mint az extensio irányában könnyen kitéríthető, miközben azonban a beteg könyöke felett is az ujjakban fájdalmat jelez. A felkarcsont diaphysisén felülről lefelé tapintva, körülbelül másfél haránt-ujjnyira a könyökhajlat felett a radialis oldalon, a m. supinator longus hasa és biceps külső széle között, egy a bőr alatt fekvő, kiálló csontvégre jutunk, melynek megnyomása rendkivül élénk, különösen a hüvelyk, mutató- és középujjba kisugárzó fájdalmat okoz. Könyökárok mérsékelten kitöltött s a könyök contourjai általában elmosódottak. Elölről tekintve az alkar és felkar mérsékelt varus állásban. Epicondylus viszonya a radius fejecse és az olecranon csúcsához normalis; pro- és supinatiókor a radius fejecsének circumferentiája rendes helyén érezhető. Olecranon a kelleténél erősebben áll ki hátrafelé, minek oka azon mérsékelt hátrafelé nyitott szöglettörés, melyet az alsó epiphysis részlet a kiálló törvég magasságában a humerus testével képez. Az alsó epiphysisrészlet és a humerus diaphysise közötti szöglettörés és a kiálló törvég helyén igen csekély oldalmozgások crepitatio érezhetők.

Ezek szerint consolidatióban lévő supracondylaer haránttöréssel állunk szemben, melynél a felső törvégnek elő és különösen a radialis oldal felé történt dislocatiója van jelen. A m. supinator longus és biceps között előálló törvégre gyakorolt nyomás feltünő fájdalmassága, különösen a fájdalom kisugárzása a hüvelyk-, mutató- és középujjakba az ezen ujjakban állandóan jelen lévő paraesthesiák a nervus radialis sérülésének felvétele mellett szólnak. Activ pronatio igen csekély mértékben lehetséges; activ supinatio lehetetlen. Vízszintesen tartott alkar mellett a kéz és ujjak fél- flexiós helyzetbe esnek, melyből a további activ flexio lehetséges ugyan, de a kéztő extensio, adductio és abductiója, valamint a basalphalanxok extensiója lehetetlen. Hüvelykujj abductiója is teljesen hiányzik. Érzési kiesés a n. radialis területén nincs.

Kétségtelen, hogy a fennálló teljes motorikus radialis bénulás a töréssel kapcsolatos primaer radialis sérülés által feltételezett, annyival is inkább, mivel ezen állapot a törés pillanatától fogva áll fenn. A felső törvég körülirt pontjára történő nyomásnál a radialis területén beálló élénk fájdalomból fel kell vennünk, hogy az ideg e ponton van a felső törvég által sérülve. Hogy az ideg e ponton teljesen átszakadva nincs, azt az érzési kiesés hiányából fel kell tételeznünk.

Az ideg kiszabadítása és a törvégek helyes correctiója czéljából *műtét* chloroform-narcosisban. 10 cm. hosszú metszés, a m. supinator longus felső eredési pontjától kiindulólag, nevezett izom belső széle mentén le a könyökhajlatba. A bőrmetszés a kiálló felső törvég felett fut, melyet közvetlenül a bőr alatt találunk. A m. supinator longus izomhasának kifelé, a biceps és brachialis int.-nak befelé húzásával a felső törvég teljesen szabaddá tétetik. A n. radialist az egész sebvonal mentén követjük. Az fenn a törés felett rendes helyén, a brachialis internuson fut, lejebb a törés helyén azonban, hol a felső törvég a m. brachialis internus külső szélét átfúrta, a meztelen csontra fekszik, annak csipkéi által rögzitve, átszúrva. E helyen az ideg átmérőjének kétszeresére van ellapitva és szürkésen elszinesedve. Az ideg a kiálló és radialiter dislocált csontszél helyén derékszögben megtörik, mert e ponttól kezdve be-, hátra- és lefelé folytatja útját. Az ideget a csontvég csipkéiről óvatosan leemeljük és a supinator longussal együtt óvatosan radialiter huzatjuk. Most kifejtjük környezetéből az alsó törvéget, miközben kis réteg osteoid-callust kell kanállal eltávolitanunk. A törés alig 1 cm.-nyire haránttul fut a condylusok felett; a törési felszin elül-alulról hátra és felfelé kissé meredeken emelkedik. Ezt felhasználjuk arra, hogy a könnyebb egyesités czéljából a törési felszineket *lépcsőszerüen* felfrissitjük és két, sagittalis síkban elhelyezett sodronyöltéssel egyesitjük. A dislocatio teljesen corrigálva lévén, a törés felett a m. supinator longus és brachialis internus széleit és a felületes felkar, illetve könyökpólyát egyesitjük, a sérült ideget pedig e helyen *a bőr alatt* vezetjük tovább. Draincső Derékszögig lehajlitott könyök mellett kötés és gypssín. Aseptikus lefolyás. Közvetlenül műtét után a radialis területén eddig szakadatlanul fennálló paraesthesiák megszünnek. Második hét végén a könyök óvatos mozgatása massage és villanyozás. Kórházi tartózkodása alatt a könyök functioja javul, de a radialis bénulás változatlan marad. Egy hónapi kezelés után elbocsáttatik, azon utasitással, hogy könyökét mozgassa, fürössze, massiroztassa.

Egy évvel a műtét után a gyermek hogyléte és karjának functionalis képessége után kérdezősködve, atyjától folyó évi októher 4-dikén következő választ kaptam:

„Ökölbe markolni és ujjait kinyujtani jól tudja" — *„alkarját jobbra-balra forgatni* (értsd: pronálni — supinálni) *igen jól tudja"*, vagyis a radialis bénulás teljesen visszafejlődött. A könyökbeli flexio és extensiónak is teljesen kielégitőeknek kell lenniök, mert az egyszerű parasztember válasza értelmében: *„karját kinyujtani egészen jól tudja"* — *„kezével szájához, homlokához és még hátulról a nyakához* (értsd: tarkójához) *is tud nyúlni"*. Hogy pedig valaki *tarkójához* nyúlhasson, ahhoz a könyökizületek legalább 140°-nyi flexiója szükséges, a mi csaknem teljes functionalis eredmény.

*

II. eset.[1]

M. K. 8 éves fiú Budapest. Felvétetett 1902. augusztus 18-dikán. Három nap előtt játszás közben 1½ méter magas sorompó rúdjáról baloldal felé lefordulva leesett. Esés közben a törzshöz adducált és 90°-on túl flectált könyökével érintette a földet. Közvetlenül az esés után élénk fájdalmak a könyökben, melyet használni képtelen. A könyök gyorsan megduzzadt. Felvételkor a bal felkar részvétlenül lóg le; a gyermek ellenoldali kezével a kéztő felett alátámasztva hordja. A könyök, alkar, sőt még a kéz háti felszine is duzzadt. Legkifejezettebb a duzzanat a könyök táján és a humerus alsó harmadának megfelelőleg. Ugyanitt a könyökhajlat és a sulc. bicipitalis int. mentén subcutan vérömleny kékes szine tünik át. Ujjak mozgásai korlátozottak, de kivihetők. Activ pro- és supinatio a fájdalmasság miatt nehezitett. Könyökflexio és extensio (active) ugyanezen okból lehetetlen. Könyöktáj főleg sagitalis átmérőben vastagodott; condylusok contourjai elmosódottak, de a duzzanaton át pulpálhatók. Olecranon hátul kelleténél jobban kiáll. Helyzete a condylusokhoz normalis. Condylus ext. és a radius fejecs circumferentiája pulpálhatók, helyzetük normalis. Passiv pro- és supinatio fájdalmas ugyan, de teljes mértékben lehetséges. Flexio (passiv) 90°-ig nagy fájdalom kiséretében lehetséges, e fokon túl azonban nem erőszakolható. E ponthoz érve csontos akadályt és crepitatiót érezni. E közben az olecranon prominentiája eltünik. Extensio (passive) 90°-on *túl* is lehetséges, miközben az olecranon még jobban kiáll. Egyik kézzel a condylusokat, másikkal a humerus diaphysisét fogva körül és oldalmozgásokat végezve, a condylusok felett rendellenes mozgathatóság és crepitatio. A könyökhajlatba tapintva, ott az izületi vonal felett igen érzékeny, a humerus diaphysisének folytatásába eső, nem legömbölyödött éles szélű csontvéget érezni, mely főleg hyperextensio létesitésekor áll ki erősen. Fractura supracondylica humeri, mit a Röntgen-átvilágitás is igazol.

Röntgen-ernyő előtt kisérelve meg a törvégek repositióját, kiderül, hogy a könyökhajlatba dislocált és flexiókor a proc. coronoideus tájára támaszkodó felső törvéget nem lehetséges húzás és 90°-nyi flexio segélyével az alsó törvég fölé hozni. A felső törvég a könyökhajlatban marad s a flexio erőszakolásakor az ulna és radiushoz ütközik. A correctio lehetetlensége miatt *műtét* a törvégek exact egyesitése czéljából. 10 cm. hosszú metszés a supinator longus izom hasának belső széle mentén, a humerus alsó harmada felől a könyökhajlatba. Subcutan kötszövet, subfascialis tér és a supinator és brachialis int. közötti intermuscularis rés a n. radialis mentén, sötét meggypiros vérrel beszü-

[1] Bemutatva a budapesti orvosegylet sebészi szakosztályának V. ülésén 1902. november hó 13-dikán.

rődött. *M. brachialis internus alsó része, közvetlenül a könyökhajlat felett, igen erősen roncsolt és vértől beszűrődött.* Alatta czafatos üreg, melyben sötét véralvadékoktól fedve a humerus felső törvége fekszik. Ennek elülső felszine periosttól fedett; hátsó felületén a periost 3 cm. hosszban levállott. de lefelé az alsó törvég periostjával összefügg. Alsó törvég kicsiny, egészében hátrafelé dislocálva a felső mögött fekszik és törési felületével előre fordult. Törési vonal közvetetlenül condylusok felett harántul fut. Törési felszin iránya hátra és felfelé csak igen enyhén emelkedik. Alsó törvéget subperiostaliter kissé isoláljuk, de a helyes egyesítés csak a törvégek 1/2—1/2 cm.-nyi darabjának resecálása után lehetséges. Egyesítés sagittalis síkban elhelyezett két ezüstsodronyöltéssel, melyek az alsó törvégen az epicondylusok állományán haladnak keresztül. Draincső. 90° gypszsín.

Lefolyás aseptikus. 8-dik napon enyhe massage és óvatos mozgatást kezdünk, mely eleinte csak 90°-on túli flexióból áll. Massage, fürdőzés, passiv, később activ mozgási gyakorlatok mellett a kezdeti erős duzzanat lelohad. Négy hét lefolyása alatt teljes consolidatio, mérsékelt, csak a hajlitói oldalon tapintható callussal, mely a későbbi massage alatt teljesen visszafejlődik.

Jelenleg (3 hónappal a műtét után) *activ extensio 180°-ig, activ flexio = 130°-ig, passiv flexio 145°-ig lehetséges.* Izmok játéka a műtét helyén teljesen szabad: a kar erőteljes, sehol semmi atrophia. A functionalis eredmény tökéletes; a kar az ellenoldalitól csak a műtéti heg jelenléte folytán tér el.

Közlemény a budapesti poliklinikai egyesület kórházának gyermekgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Erőss Gyula dr., e. m. tanár.)

Műtett rectum prolapsus esete.

Közli: *Hültl Hümér* dr.

A prolapsus recti műtéti gyógyitását daczára a számos módszernek, még mindig nem számithatjuk a sebészet megoldott kérdései közé. Részint a műtéttel járó veszélyek, minden haladás ellenére, igen nagyok, részint még nincs olyan eljárásunk, mely mellett recidivát nem jegyezhettek volna fel. A nézetek azonban mégis már annyira tisztultak, hogy a sebészi gyógyitás a gyógyszereléstől, a kötözőszerekkel való kisérletezéstől, a villanyozástól és massagetól ezen területet úgyszólván teljesen elhóditotta.

A sebészi módszereket a következő csoportokba lehet összefoglalni: 1. Paquelinezés; 2. a végbélnyilás megszűkitését czélzó eljárások; 3. az elastikus lekötés; 4. az előesett rész rögzitése, vagy csavarása és 5. a csonkolás.

Mindegyik eljárásnak meg van a maga előnye és hátránya is. A paquelinezés könnyű, egyszerű, műtőtermet és különös segédletet nem igényel, de nem vezet mindig eredményre, mert a tervezett hegesedést előre lemérlegelni nem lehet. Kiújulások ép úgy, mint végbélszűkületek utána gyakran fordulnak elő. A végbélnyilás megszűkitése természetesen nem szünteti meg a mesorectum petyhüdtségét és nem rögziti a laza bélfalat, de azért előnyös lehet, midőn általa időt akarunk nyerni arra, hogy a végbéliszamot okozó betegséget (pl. vastagbélhurut) belső gyógyitással megszüntethessük. Az elastikus ligaturát bizonytalan eredményei miatt lehetőleg kerüli minden műtő, de értékes módszerré válhat olyan kivérzett egyéneknél, kiknél a felette véres csonkolást nem merjük megkoczkáztatni. A rectopexia és colopexia a mai tökéletes antisepsis mellett veszélyességükből sokat vesztettek és nagyobb prolapsusoknál, ma különösen Franczia-országban divatosak, de úgy a német, mint a franczia irodalom ezen módszer alkalmazása mellett több kiújulást tüntet fel. A colopexiánál ezenfelül a hosszas ágyban fekvés, a keletkezhető hasfalsérv, hashártya adhaesio stb. is latba jön.

A statistika alapján a három utóljára emlitett módszer között nem lehet elsőség tekintetében dönteni. Ennek daczára mégis úgy látszik, hogy a resectio a legészszerűbb eljárás. *Cooper* és *Dieffenbach* az előhúzott prolapsust egyszerűen késsel levágták s a sebszéleket varrattal egyesitették. A legnagyobb baj az volt, hogy a belső sebszél visszahúzódott és igen erősen vérzett. *Mikulicz* érdeme, hogy geniálisan átgondolt módszerével ezen két hátrányon segitett, és a már *Sabatier*-től származó eszmének újból teljes jogot szerzett a sebészetben. A kik idevonatkozó eseteket közöltek (*Zehnder*, *Bogdanik*, *Volkmann*, *Glänzer*, *Francke*, *Serenin*, *Bakes*), *Hoffa* kivételével mind módositották a lényegtelen részletekben a typikus *Mikulicz*-féle eljárást. Az általam most közlendő esetet is szintén lényegtelen, de szerény véleményem szerint czélszerű kisebb módositásokkal műtettem:

V. Gy., 11 éves tanuló, egy éves kora óta szenvedett végbélelőesésben. Gyakran van hasmenése. Korához képest szellemileg jól fejlett gyenge izomzatú fiú, ép csontrendszerrel és zsigerekkel. Székelésnél a végbélből 7 cm. hosszú darab esik elő, mi neki türhetetlen, kellemetlen érzést okoz. Az előesett részt maga is vissza tudja tenni. A prolapsus nyálkahártyája vastagodott, felszine ép, hosszabb künn lételnél kékes. A kórházba 1902. május 23-dikán vétetett fel. Hashajtó és beöntések után harmad napon bismuth-porok opiummal. Műtét május 29-dikén chloroform narcosisban. Kömetszési helyzet. *Recamier*-féle végbéltágitás után a prolapsus magától előesik. A prolapsus felső részén két *Lumnitzer*-fogó között a median vonalban késsel átvágtam a belet egész 1/2 cm.-rel a végbélnyilás előttig. Meggyőződtem, hogy a peritonealis űr nyitva van, hedrokele esete azonban nem forog fenn. Erre a seb proximalis pontján egy az előesés két lemezét teljesen egyesitő csomóöltést tettem. Most ugyancsak két *Lumniczer*-fogó között a vizszintes sikban is átmetszettem a prolapsust, először a jobb oldalon. A rögzitő csomóöltés után az előesés ezen két hosszmetszés által határolt negyedét 1/2 cm.-rel a végbélnyilás előtt lemetszettem. Vérzés csillapitás után szűcs hashártya- és csomós nyálkahártyavarrat. Ezután bal vizszintes hosszmetszés után a bal felső segmentumot irtottam ki, majd egy alsó median hosszmetszés után egyenkint az alsó jobb és bal negyedet. A nagy vérzés az alsó segmentumok lemetszése után könnyen uralható. A körkörös egyesités befejeztével a sebvonalat jodoformmal hintettem be és könnyedén reponáltam, úgy hogy seb egyáltalán nem volt látható. A lefolyás három első napján 38·1°-ig emelkedő hőmérsék. Bismuth és opium adagolás daczára ismételt székletét. A hatodik és hetedik napon székletét véres, azután zavartalan gyógyulás. A kórházból junius 21-dikén távozott körkörös sima heggel. Szeptember 1-sején teljesen gyógyulva viruló szinben mutatta be magát.

A módositás előnye, hogy a prolapsust *Lumniczer*-fogók között teljesen vértelenül négy részre osztjuk, az egyes segmentumokat sorban irtjuk ki, a vérzés felett pedig biztosan uralkodunk, mert a hosszsebek proximalis pontjaiba betett irányvarratok a prolapsus belső lemezét és a mesorectumot biztosan rögzitik és a visszacsúszástól védik.

Közlemény a budapesti „Stefánia“ gyermekkórházból.

A heveny középfül-gyuladások fertőző voltáról.

Ifj. *Klug Nándor* dr. kórházi főorvos.

Igen érdekes czikkben tárgyalta *Lermoyez*[1] mint első, ama kérdést, vajjon az acut középfül lobok fertőzők-e? Maga gyakorlatából hét eclatans esetet hoz fel, hol rokonok, testvérek, együtt lakók, röviddel egymásután, heveny középfül gyuladással megbetegedtek. Az esetek nagy része influenza utáni otitis volt, de a fertőzött egyének többnyire egészségesek, influenzamentesek voltak. Ez felkeltette *Lermoyez*-ban azt a gondolatot, hogy talán ily esetekben fertőzésről van szó. Megerősitette őt e nézetében az is, hogy a középfülgyuladás a fertőzött esetekben mindig ugyanazt a typust mutatta, mint a milyen az az eredeti fertőző esetben volt. Azt is látta, hogy kórházakban, hol a betegek sűrűn egymás mellett feküdnek, több az ily eset, mint a magángyakorlatban. Mindezekből *Lermoyez* ama következtetést vonja le, hogy az acut középfüllob fertőző betegség és azért az ebben szenvedők izolálása kivánatos volna. Főleg a másodlagos otitisekre vonatkozólag hangsúlyozza azok fertőző voltát, midőn azt mondja, hogy ha valamely hurutos (grippe) egyén otitis complicatiót kap, ezzel érintkező más hurutos egyének igen hajlamositva vannak ugyan e complicatióra.

Lermoyez esetei és egyéb okok alapján, az acut középfülgyuladások ragályos voltát beigazoltnak véli, és hangsúlyozza az elkülönités szükségét, főleg a gyermekkorban.

Még *Lermoyez* előtt czélzott már erre *Wolff*, midőn egy család négy gyermeke közül három betegedett meg acut otitissel, de határozott következtetést belőle levonni még nem

[1] *Lermoyez*. La contagion des otites moyennes aigues. Annales des Maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. XXV. 1899.

akart, sőt később a *Lermoyez* esetei sem győzték meg erről. *Wolff*[1] *Lermoyez* fentjelzett czikkében az eseteket nem fogadja el bizonyitóknak, minthogy azok legnagyobb részben secundaer folyamatok voltak influenza, torokgyuladás (angina), kanyaró után. De még a hol előre ment megbetegedés nincs is emlitve, ott sem zárható egész bizonyossággal ki, vajjon valami lappangó alapbetegség pl. influenza, nem volt-e a fertőzött esetekben is jelen.

Wolff ép ezért nem látván bebizonyitva a ragályosság kérdését, az elkülönitést sem tartja szükségesnek. *Wolff* ez ellenvetései látszólag jogosultak, de daczára ennek, *Lermoyez* az azóta tett megfigyelései alapján nézetét fentartotta, a mint az utóbb megjelent könyvének[2] ide vonatkozó, pontjaiból is kitünik.

Hogy a heveny középfülgyuladás fertőző contagiuma, átvitelnél újból csak a fülben localizálódik, a mellett látszanak bizonyitani *Labbé* és *Bezançon* kisérletei. E búvárok ugyanis azt látták, hogy ha ők, például izületből vett kulturát beoltottak más állat testébe, — a test bármely más helyére is, — a gyuladás mégis az izületekben localizálódott.

Az acut otitis media fertőző volta mellett, bizonyit egy csak nemrég megjelent közleménye *Rey*-nek[3], a mely közleményben ő egy a gyermekeknél fellépett otitis-epidemiát ismertet. Az epidemia három hónapig tartott, oly időben, midőn influenza vagy más járvány nem volt, és az egészségi viszonyok jók voltak, midőn tehát az otitiseket nem lehetett, mint valamely infectiosus bántalom complicatióit tekinteni.

Rey eseteiben a lefolyás is meglehetősen egyforma volt, többnyire egy prodromalis kis lázas, könnyű náthás szakkal kezdődött, mely rendesen az egész familiát végigjárta. Ő abban az időben 106 ily fülmegbetegedést figyelt meg. *Rey*-nek e megfigyelései a mellett látszanak bizonyitani, hogy acut középfülgenyedések jellege tényleg contagiosus. Minthogy esetei többnyire könnyű rhinitissel kezdődtek, ezek ellen próbált küzdeni és tényleg az esetek egy részében sikerült neki az otitist megakadályozni, kezdődő stadiumban esetleg visszafejlődésre birni.

Mindezekből látjuk, hogy az acut középfüllobok fertőző voltának lehetősége még nyilt kérdés ugyan, de a valószinűség, főleg *Lermoyez* és *Rey* megfigyelései után ez irányban igen nagy. *Lermoyez* felfogását látszik megerősiteni több ily általam megfigyelt eset, melyek közül néhány pontosan észleltet, akarok jelenleg itt közzétenni.

Az esetek a következők:

1. *M. V.* 10 éves kis leány, 1901. október 1-én keresett fel rendelésemen. Két nap óta kissé náthás volt minimalis főfájással, a jelentkezés napján reggel óta baloldalt fülfájdalmakat érez. Orrban, kis fokú hyperaemián kivül semmi elváltozás. Garatürben, a garat-tonsilla hypertrophiája, jobb hallószerv normalis, baloldalt erősen belövelt dobhártya, kalapács csak homályosan látható, elődomborodás dobhártyán. Érzékenység mastoideuson nincs. Carbol-glycerinre a tünetek egy hét alatt visszafejlődtek.

Még mialatt a gyermek kezelésem alatt volt, a gyermek megbetegedése után negyed napra a gyermek anyja, ki mindig leányával volt, egészen hasonló tünetek között esett át a megbetegedésen, és két hét alatt teljesen helyreállitva a további kezelés feleslegessé vált.

2 *St. Im.* 12 éves fiúbeteg, először jelentkezett 1901. február 16-án baloldali fülpanaszokkal. Előremenőleg semmi megbetegedés nem volt kimutatható. J. O. kissé retrahált dobhártya baloldalon vörösen elszinesedett tympanon, elül alul előbomborodás, ennek csúcsán kis gombostűnyi perforatio, melyen át pulzálva sero-purulens váladék ürül; a kifolyás, midőn beteget először láttam, állitólag négy napja állott fenn. Therapia száraz kitörlésre szorítkozott, minthogy pangási tünetek nem voltak. A perforatio nyilása később még nagyobbodott, mignem mintegy három hét mulva körülbelül kölesnyi volt. Ettől kezdve a váladék kiürülése csökkent és beteg 1901. márczius 27-én begyógyult nyilással hagyta el a rendelést.

Vele egyidejűleg jelentkezett a rendelésen öcscse *St. Fer.* öt éves fiú beteg; szülei azzal a panaszszal hozták, hogy a gyermek két nap óta rosszabbul hall. Vizsgálatnál mindkét oldalt erősen behuzódott, sárgás-vörösbe játszódó dobhártya volt látható, tisztán konstatálható exsudatummal a dobüregben. Az exsudatumnak paracenthesis útján való kiengedése után *Politzer*-féle befuvásokat eszközöltem, a mi után a gyermek rövid idő alatt rendbe jött.

Míg az első esetben azt látjuk, hogy ott a gyermek után az anya betegedett meg, ugyanazon typusu folyamattal és hogy mindkettőnél előremenőleg kisfokú rhinitis volt jelen, addig itt a második esetben, valamely okozó megbetegedést nem lehetett kimutatni, és a két egyén megbetegedése is egymástól elütő. Míg az elsőnek genyes kifolyása volt, a másodiknál csak serosus exsudatum termelődött. De kérdés, vajjon nem-e fejlődött volna ez is hasonlóan olyanná, mint az elsőé volt, ha ezt magára hagyva, nem vesszük ily korai stadiumban kezelés alá.

3. Három testvér egymásután való megbetegedése, kettő egy ugyanazon typus szerint, a harmadik csupán catarrhalis processust mutatott.

V. Margit öt éves kis leány, jelentkezett először 1901. márczius 9-dikén. Egy hét óta fennálló fülfolyással. Előrement megbetegedést az intelligens szülő (tanító) tagad. Jobboldal erősen belövelt dobhártya, melyben a kalapács fel nem ismerhető, alul perforatio körülbelül jó gombostűfejnyi, melyen át tiszta geny ürül. Therapia hydrogen peroxyd és száraz kitörlés. Betegnél márczius 26-án váladék feltünően csökkent; végleges gyógyulás beállott-e, beteg rendelésről elmaradván, nem ismeretes előttem.

Márczius 16-dikán az atya behozza másik két gyermekét is.

Az egyik *V. Boriska* hét éves kis leány, jobboldali genyes otitissel jött, teljesen ugyanazon dobhártya képpel, mint fent leirt növérénél látható volt. A gyógyulás ugyanarra a kezelésre szépen haladt előre. Márczius 23-dikán egy jobboldali külső hallójáratban levő furunculust incindáltam, ez 26-dikára teljesen, középfüllobja pedig majd egészen be volt gyógyulva.

A harmadik testvér végre *V. Mariska* négy éves kis leány nagyot hall. Mindkét oldalt erősen retrahált dobhártyával jelentkezett, dobhártyák sárgás rózsaszínbe játszanak. Dobüregeiben kevés exsudatum látható, az umbo alatti éles niveau vonallal. Gyermeknél néhányszori Politzerezésre a folyamat visszament.

Ez esetben is tehát testvérek megbetegedésével van dolgunk, hol kettőn ugyanazt a typust, míg a harmadikon csupán cat. cavi exsudativa képét láttam.

4. *K. Lujza* hét éves kis leány beteg. 1901. április 11-dikén jelentkezett. Egy hétig igen erős náthája volt, köhögött, most füle fáj. Baloldalt erős dobhártyabelöveltsége van, melyhez április 13-dikán előbomborodás is társult, a dobhártya legkiállóbb része sárgásan volt elszinesedve. Ezen a napon paracenthesist végezve, bő, genyes váladékot kaptam. A váladékban a staphylococcus alb. volt kimutatható. A therapia carbol glycerinben és vatta kitörlésben állott; gyermek május 21-dikére teljesen meggyógyult.

Április 17-dikén hozta el anyja kisebbik gyermekét, *K. Károly* négy hónapos fiú beteg. Három nap óta fülfolyás. A látható kis dobhártyarészletek kissé belöveltek, perforatio elül, kis gombostűfejnyi, váladék nem sok. Kezelés száraz kitörlés. Kifolyás május 29-dikére megszünt, azóta beteget nem láttam. Ez esetben, egy erősebb rhinitishez csatlakozott az otitis, mely tehát szerepelhet mint létrehozó ok, a kisebbik testvérnél azonban rhinitis vagy más ily előidéző ok nem volt kimutatható és így az otitis itt egy különben egészséges egyént támadott meg. A fertőzés lehetősége itt, tekintve a kis gyermek kevesebb ellenálló képességét is, annál plausibilisebb, minthogy az idősebb növére az első megbetegedett, sokat, szeretettel játszott a kisebbik testvérrel.

5. *H. Olga* nyolcz éves leánybeteg először jelentkezett 1901. május 8-dikán jobboldali fülfolyással, mely mintegy másfél hete állott fenn. Jobboldali dobhártya alsó elülső negyede egészen elpusztult, többi rész meglehetős belövelt, folyás bő, tiszta geny. Váladékban streptococcus található tiszta kulturában; baloldal ép. Therapia: hydrogen peroxyd, carbol glycerin. Nagy garattonsilla-hypertrophia. A betegség kimeneteléről tudomásom úgy itt, mint a testvérénél nincs, minthogy később a kezelésről elmaradtak.

Vele egyidejűleg jelentkezett bátyja *H. Ernő* is, kilencz éves fiúbeteg. Jobboldalt hosszabb idő óta fülfolyás, a folyamat elhanyagolt állapotban került kezelésem alá. Minket most a baloldali acut folyamat érdekel. Itt egy hét óta folyás áll fenn. Dobhártya erősen belövelt, keveset előbomborodó, kalapács nem látható, elül kis perforatio, melyen át pulzálva geny ürül. A perforatio mesterséges megnagyobbitása; adenoid vegetatiók. A váladékban itt is ugyanaz a streptococcus faj van, igen kevés pseudodiphtheriával. Therapia itt is hydrogen peroxyd, carbolglycerin. Kimenetel ismeretlen.

Jelen két esetben, bár nem a legelső stadiumban kerültek elém, a typus egyformasága mégis feltünő volt. Mindkét egyén genyéből ugyanaz a virus: a streptococcus volt kitenyészthető, az elsőnél tisztán, másodiknál néhány pseudo-diphtheria bacillussal vegyítve. Az egyik gyermeknél régen fennállott egy chronikus otorrhoea az egyik fülön, a másik oldali megbetegedés azonban nála csak akkor jelentkezett, midőn testvére egyik füle lett beteg. Előrement valamely megbetegedés nem volt jelen. Aetiologiai momentum gyanánt az adenoid vegatatiók szerepelhetnek, melyek mindkét egyénen voltak, csak feltünő véletlen volna, hogy ezek a hallószervre gyakorolt hatásukat két egyénen oly egy időben fejtenék ki.

[1] *Wolff L.* Zur Frage der Ansteckungsfähigkeit der acuten Mittelohrentzündungen. Z. f. O. 38. k.

[2] *Lermoyez. M. et Boulay M.* Therapeutique des Maladies de l'oreille. Paris. Doin. 1901.

[3] *Rey J. G.* Das epidemische Auftreten der Otitis media acuta bei Kindern. Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1902. évfolyam, 3. füzet.

6. *H. Vilma* tizenhat hónapos leánygyermek és *H. Ernő* hat éves fiúgyermek mindkettő augusztus 14-én jelentkezett először rendelésemen, teljesen egyforma acut otitis képével. Mindkét oldalt belöveltség a dobhártyán, elül alul perforatióval, elég bő folyással.

Ez esetet teljesen bizonyító erejűnek elfogadni azonban magam sem vagyok hajlandó. Mert bár az illető két testvér mindig együtt játszott, és a fülmegbetegedés typusa ugyanegy, mégis mindkettő morbillit állván ki, nem zárkózhatunk el attól a valószinűségtől, hogy jelen esetben csupán a morbilli okozta fülbajjal van dolgunk.

7. *T. Erzsi* négy éves leánybeteg jelentkezett először 1902. április 2-dikán jobboldali fülfolyással, mely mintegy egy hét előtt kezdődött erős fájdalommal. Semmi előrement megbetegedést nem említ, csupán néhány napig erősebb náthája volt. Jobb oldal erősen injiciált dobhártya, kalapács nem látható, hátul alul perforatióval, melyen át elég bő genyürülés van. Therapia gyanánt: száraz kitörlés és carbolglycerin lett rendelve. Beteg április 28-dikán tetemesen javult állapotban elmaradt a rendelésről.

E gyermekkel egy házban lakik, és az udvaron mindig együtt játszott *T. Jolán* öt éves leánybeteg, ki ugyancsak 1902. április 2-dikán jelentkezett, kétoldali öt nap óta fennálló fülfolyással. Előre ment megbetegedés nincs, még az előzőnél fennállott rhinitis is hiányzik. Ugy jobb mint baloldalt igen erős belöveltségű a dobhártya, kalapács nem látható, jobboldalt elül alul, baloldalt alul kis perforatio, melyen át bő genyürülés történik. Therapia: itt is carbolglycerin, száraz kitörlés. Ez a beteg is tetemesen javulva maradt el 1902. április 28-dikán a rendelésről.

Ime két gyermek, nem testvérek, kik egy házban lakva, az udvaron mindig együtt játszottak és a hol mindkettőnél acut fülgenyedés lépett fel, egyiknél a másik után, két napi időközben. Mégis csak valószinű, hogy ez esetben is kifejezett fertőzéssel van dolgunk.

Ha a fentebb felsorolt eseteinket tekintetbe vesszük, szembeötlők az esetek; legnagyobb részükben testvérekről van szó, hol az egyik testvér megbetegedése után rövid idővel, 2—6 nappal utána lett beteg a másik testvér is. Egyik esetben leánya megbetegedését követte az anyáé, majd pedig egy házban lakó, egy udvarban játszó két gyermek acut otitiséről van szó. A megbetegedések typusa közel ugyanaz; ott a hol nem is ugyanaz, mint például a második esetben, vagy a harmadik eset harmadik gyermekénél, a hol a folyamat csak kezdődő, de aetiologice nem zárható ki itt sem a fertőzés lehetősége, az elsődlegesen megbetegedettől.

Egyik észleletemnél a bakteriologiai vizsgálat is mindkét esetben ugyanazt a micro-organismust adta, a mi ismét a contagiositás lehetősége mellett látszik bizonyitani. A folyamatok typusa többnyire annyira egyforma, hogy különbség a kettő lefolyása között nem igen tehető. A másodlagosan fertőzöttek, sőt többnyire az alap megbetegedetteknél is semmi otitist okozó, előre ment, valamely megbetegedés kinyomozható nem volt.

Mindezekből pontos következtetést vonni még nem lehet. Hat idevágó megfigyelés, ha még oly annyira bizonyító és eclatans esetek is, nem elég számos arra, hogy abból messzemenő következtetést szabadjon vonni. Mindenesetre azonban felkelti bennünk *a fertőzés lehetőségének gyanúját és további pontos megfigyelésre serkent.* Összevetve pedig az eseteket, *Rey* járványszerűleg fellépett acut fülgyuladásos eseteivel, valamint *Lermoyez* idevágó észleleteivel, mindenesetre ama következtetésre kell jutnunk, *hogy az acut otitisek fertőző volta igen valószinű.* Ha pedig ezt elfogadjuk, úgy az ily megbetegedett egyének, első sorban gyermekek isolálása keresztül viendő, annál is inkább, mert ennek keresztülvitele nem oly nehéz, és vele a többi gyermekeket mentesitjük oly megbetegedéstől, mely, mint tudjuk, többnyire jó lefolyásu ugyan, de esetleg súlyos veszélyeket is rejt magában.

Kisebb közlemény a budapesti „Stefánia" gyermekkórházból.

Súlyos decubitus laryngis érdekesebb esete.

Közli: *Schütz Aladár* dr., kórházi segédorvos.

P. M. 20 hónapos leánygyermek felvétele (IV. 26.) előtt 4 héttel morbilit állott ki. Egy hete lázas, köhög, tegnap reggel óta rekedt, egyre nehezebben légzik. A gyengén fejlett és táplált, mérsékelten angolkóros, vérszegény gyermek súlyos croup kórképét nyújtja. (Cyanosis, rekedtség, ugató köhögés, erős scrobicularis és jugularis behúzódásoktól kisért hangos légvét). Reggeli 7 ó. intubatio (J.) három évesnek szolgáló ebonit tubussal (két évesnek szolgáló tubus használatban), mire a légzés megjavul. (1500 e. III. sz. Behring-serum gözölés, Senega-főzet). D. u. 3 ó. extubatio (E.). 1/4 óra mulva két évesnek szolgáló tubus behelyezése. Hő 37—38·3°. — IV. 27. 37·9—39·6°, mérsékelt hörghurut. — IV. 28. 38·5—38·6°. E. d. e. 9 ó. T. f. több, beszürődésre gyanus terület. — IV. 29. 37·9—37·5°. Alsó lebenyekben bronchopneumoniás góczok. Fokozódó nehéz légzés. J. d. u. 4 ó. 1500 e. Behring s. — IV. 30. 37—39·1°. Első oltás helyén körülirt serum küteg. — V. 1. 37—38·2. Küteg eltünt, brpn. fennáll. E. d. u. 4 ó. Száraz ugató köhögés. (Gözöl.). — V. 2.—V. 7. Eleinte mérsékelt lázak, majd tüdőlob szünik. Jobb oldali fülfolyás. Jó közérzet mellett időnként nyugtalanság, kissé hangos légzés, aphoniává fokozódó rekedtség. Gyakori heves köhögési rohamok. 7-dikén este nyugtalanság, hangos légzés, erősen rekedtes köhögés. (Gözöl.). — V. 8. 37·5—37·8°. Reggel fokozódó nehéz légzés, cyanosis miatt J. d. e. 6 ó. 1500 e. Behring s. D. u. 5. ó. tubust kiköhögi. Hirtelen asphyxia. J. — V. 9. 38·3—38°. Második oltás körül exanthema. Beszűrődés a bal felső tüdőlebeny felett. — V. 10. 37—38·3°. D. u. 3 ó. E. Rögtön cyanosis, suffocatio. J. Két évesnek szolgáló gelatinás timsós bronz-tubussal. — V. 11—12. 38·9—39·9°. T. f. újabb beszűrődések. — V. 13. 38·7—39·9°. (Senega) d. e. 1/4 4 ó. E. Hirtelen beálló cyanosis, nehéz légzés miatt gelatinás timsós bronz-tubussal J. — V. 14. 38·6—39·6°. — V. 15. 38·4—40°. Kiterjedt beszűrődések különösen a bal tüdő felett. D. u. folyamán collapsus. E. 6 ó. Hirtelen asphyxia miatt ebonit tubussal J. Este 9 ó. exitus.

Boncoláai jegyzőkönyv: (Preisich dr.) Pneumon. cat. lob. inf. pulm. sin. Foci pneumon. l. inf. d. Atelekt. lob. med. d. Degener. parench. hepatis, min. grad. renum. Intumesc. acuta gl. lymph. colli et mediast. Decubitus circularis laryngis in reg. cart. cricoid.; cicatr. mucos. fere totius laryng. (A cart. cricoidea hátulsó lemezének jobb fele maradt meg kb. 5 mm. szélességben; mellső részéből a kp. vonaltól jobb s balra 1—1, jó részben lemeztelenitett 2 mm. széles lécz. A léczek között a kp. vonalban egy s a léczek küloldalán 1—1, a gége porczos falát teljesen átfuró körkörös, alávájt szélű, sima falu üreg. A kp. vonalban levő lencsényi, a két szélső babnyi. E decubitusok fölötti gégerész ny. h.-ja hegesedett. Az 5.—6-dik trachealis gyűrűporcz magasságában mellül kis lencsényi felületes hámhiány.

A gyermek tüdőlob s inanitióban pusztult el. A gégében egy több üregű, a gyűrű porczot majdnem teljesen elpusztító súlyos decubitus van. A gége ny. h.-ja minden valószinűség szerint már az első intubatio alatt sérült. Hiszen 8 óra hosszat koránál nagyobb tubus feküdt az imént morbillit kiállott gyermek gégéjében. A fekélyződés kiterjedt hámosodása is korai fellépése mellett bizonyit. A későbbi intubatiók csak hozzájárultak a hurutos tüdőlobban szenvedő gyermeknél a már meglevő fekélyződés növeléséhez. (*Bókay*). — A klinikai lefolyásban 50 órás intubatiót 31 órás extubatio, majd 48 ó. 45′ intubatiót kb. hat és fél napos (157 ó. 15′) extubatio tartam követ. Majd kb. hét és fél napon át (183 ó.) az exitusig tubus nélkül a gyermek egy perczig sem bir el lenni. — A kórbonczi és klinikai lelet összeegyeztetéséből kitünik, hogy ha az első tubusmentes szakban nem is, de a másodikban feltétlenül már kiterjedt fekélyződési folyamat volt jelen suffocatio vagy asphyxia nélkül, — csak időnként jelentkeztek a nagy kiterjedésű gégebeli laesiót korántsem sejtető tünetek. Hat és fél nap multán hirtelen intubatio szükségessége áll be. Az erre foganatositott intubatio bizonyára a már gyógyuló gégefolyamat kiújjulását eredményezte s bár a gelatinás timsós bronz-tubusok alatt a behámosodás szépen haladt, a meglevő kis ny. h. laesiók ismételten váltották ki az extubatiókat követő reflectorius gégegörcsöt, a mi viszont állandó intubatiót eredményezett.

Az eset fontossága egyrészt abban rejlik, hogy *majd egy heti tubus mentesség után, váratlanul súlyos asphyxia léphet fel,* a betegek tehát extubatio után is még hosszas, állandó, gondos felügyeletet igényelnek. Másrészt bizonyitja, hogy igen súlyos, mélyreható decubitusok, normalis légzés-mechanismus mellett, hosszú időn át jóformán *tünetek nélkül* állhatnak fenn.

Közlemények a Stefánia-gyermekkórház Röntgen-laboratoriumából.

Deutsch Ernő dr. és *Faludi Géza* dr. segédorvosoktól.

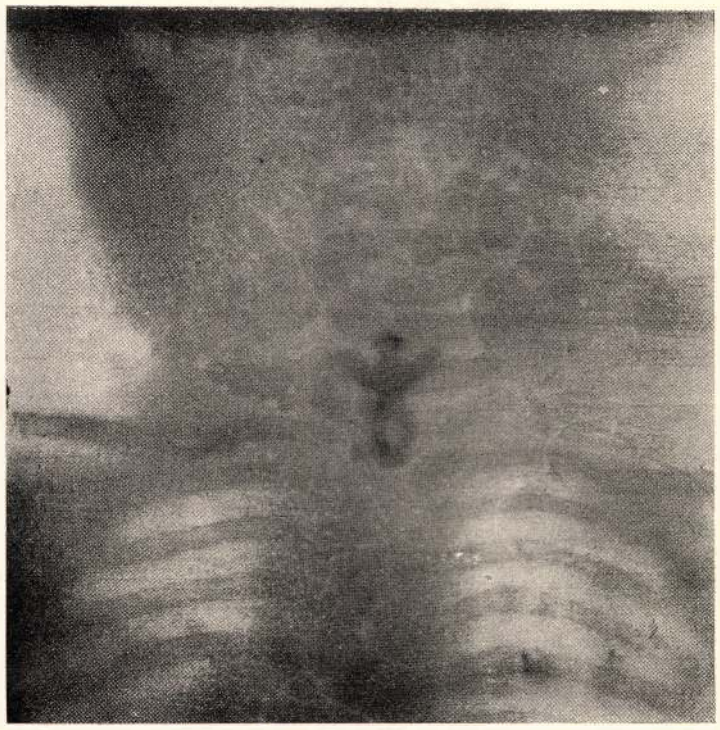
1. *Idegen test a nyelőcsőben.* 1 1/2 éves leánygyermek. A fémfigura per vias naturales hagyta el a szervezetet.

2. *Idegen test a húgyhólyagban.* 3 1/2 éves leánygyermek. A masturbatió alkalmával a hólyagba jutott hajtűt a gyermekkórház sebészi osztályán *Winternitz* dr. főorvos távolitotta el, felső hólyagmetszés segélyével.

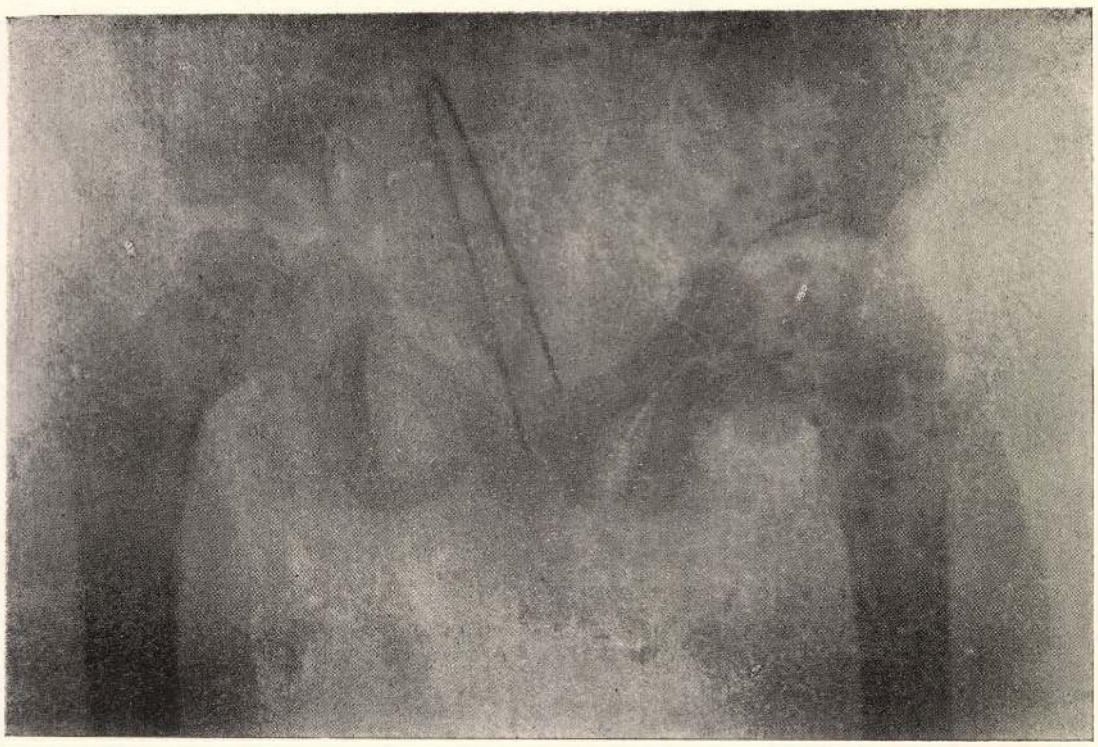
Közlemények a budapesti „Stefánia“ gyermekkórház Röntgen-laboratoriumából.

Deutsch Ernő dr. és *Faludi Géza dr.*-tól.

IV. tábla.



1. ábra. Idegen test a bárzsingban.



2. ábra. Idegen test a húgyhólyagban.

TÁRCZA.

A tanuló-ifjúság felvilágosítása a nemi kérdésről.

Schuschny Henrik dr.

Sok szó esett már arról, vajjon a gyermekeket fel kell-e világosítani a nemi élet egyes kérdéseiről. Különböző pártok keletkeztek. Az egyik párt *noli me tangere*-nek tekinti e kérdés feszegetését, sőt egyesek a fiatal ember teljes abstinentiáját követelik. Hiába az erőlködés, hiába az ezen tant hirdető irodalom; a mai fiatal ember nem hisz ezen physologiai tévedés elméletében. Én azt hiszem, a tartózkodást hirdető irány a paedagogus előtt nemcsak ethikai alapon nyugszik, hanem — *sit venia verbo* — kényelmes is. Nem csoda tehát, hogy ezen irány minden híve *Plautus*-szal felkiálthat *oleum et operam perdidi*.

Ujabb időben egyre nő azok száma, kik a prüderia ellen állást foglalnak. Az impulsus talán a szinpadról, talán a sajtóból indult ki, része van ebben minden esetre több, modern szellemben működő tanférfiúnak és orvosnak is. Az egészségtantanárok is tárgyalhatnák talán egyes fejezetek egy-két pontját, de nagyon is *suaviter in modo*. Az V. kerületi állami főreáliskola iskolaorvosa és egészségtantanára az érettségit letett fiatal embereknek évről-évre előadást tart a sexuális élet hygienéjéről és a nemi bajok prophylaxisáról. Elismerem, hogy ezen előadást több abitu riens részére kissé későn tartja meg, hiszen ők „egy-két eset kapcsán“ gyakorlati tapasztalatokon már átestek, sőt az is megtörtént, hogy az igazgató felszólítására az osztályfő jelenlétében egy II. osztálynak előadást tartott az onania káros hatásáról.

Paedagogusaink közül a modern paedagogia fáradhatatlan bajnoka *Kemény Ferencz* igazgató, az érzékiség leküzdésével foglalkozván, utakat és módokat ajánlott ezen erkölcsi és sociális baj megszüntetésére.

Bornemann dr. a „Gesunde Jugend“ 5—6. füzetében ismerteti a sexuális felvilágosítások tárgyában Hamburgban nyilvánított véleményeket. (Streit der Meinungen in Hamburg über sexuelle Belehrung.) Hozzáteszem mindjárt, hogy Hamburg városa mint nagy kikötőváros más kriterium alá esik, mint pl. egy kis vidéki város. De azért itt is szorul az ifjúság ismeretekre és tanácsokra, melyek egész életére kihatnak.

Helyesen mondja *Bornemann*, hogy e kérdést nem csak hygienikus szempontból szabad tárgyalni. A kérdés az egész embert, a családot s így az államot is érdekli. Ezen meggyőződés birta rá a nemzetközi „foederation“ hamburgi fiókját, hogy az iskolát elhagyó tanulóknak — fiuknak és leányoknak — felvilágosító előadások rendezését programmjába felvegye. Egy orvosnő 1900-ban előadást tartott leányok számára; 1901-ben a népiskolai tanítónők egyesületének véleményét kérték ki e kérdést illetőleg. A nevezett egyesületben ezen kényes themáról *Heymann* k. a., az említett fiók elnöke felolvasást tartott, majd az iskolából kilépő leánytanulóknak tartott felvilágosító előadást. *Heymann* k. a. felolvasásával élénk tetszést aratott. Az elért siker mellett szól azon körülmény is, hogy az élénk vitában résztvett tanítónők — körülbelül huszan — kijelentették, hogy ők a gyermekek sexuális szempontból való felvilágosítása mellett foglalnak állást, akár terjesszse azt az iskola, akár pedig az előadó által képviselt foederatio. Mindössze egy felszólaló hölgynek voltak némi aggodalmai, a mennyiben az ily felvilágosító előadást a szülők jogaiba való beavatkozásnak minősítette.

Magától értetődik, hogy a felvilágosítást főképen azok ellenzik, kik azon dogma szigorú hívei, hogy az iskola csak oktató intézmény. Persze ezen hívek azon véleményen vannak, hogy nem az egész gyermeket bízták az iskolára, hanem csakis — agyvelejét.

Ezen nézetnek nyerhették meg a hamburgi polgármestert is, ki a *Heymann* k. a. előadásában kifejtett eszméket rosszalotta, sőt azon tanítónők ellen, kik ama bizonyos irányban működnének, a fegyelmi eljárást akarja megindítani. Ily hatalmas forum állásfoglalása élénk támadásokat provokált — a felvilágosítás ellen, mely a támadók véleménye szerint nagyra növeli a napi sajtó által amúgy is táplált szemérmetlenséget. Egyes támadók meggyőződése szerint nincs meg minden tanítóban a szóban forgó thema tárgyalásához szükséges tapintat, hanem igenis szükség van arra, hogy mindenkor a tanuló egyéniségét figyelembe vegyék és szükség van szorgalomra buzdító, vallásos és erkölcsös nevelésre.

Heymann k. a. a támadásokra azt jegyezte meg, hogy az iskola által végzendő felvilágosítást ő szükséges rossznak tekinti, azt a gyermek anyjának kellene végeznie, ki erre a leghivatottabb. Sajnos, a legtöbb anya ma nem rátermett erre a feladatra.

Az ügyhöz több lelkész is hozzászólt. Az egyiknek *Mahling* a neve. *Mahling* az őszinte felvilágosítás hívének vallja magát, a titokzatosság leple alatt történő pusztítás egyre növekszik. Az egyszerű megbeszélés következtében még senki sem romlott meg; sőt inkább az őszinte szóból sok áldás fakad. Nem az a fő — szerinte — hogy a kérdést gyermekeknek előadják, hanem hogy „*mit és miképen.*“

Bornemann dr. is állást foglalt a kényes kérdésben. Tételeit röviden foglalom össze. Nézete szerint a felelős nevelő kötelessége nemi dolgokban az őszinteséget szem előtt tartani. Néha egyes esetek kedvező alkalmat nyujtanak a kisebb tanulók előtt is szükséges nyilvános felvilágosításra. Ha a felettes oktatásügyi hatóság a felvilágosítást „fegyelmi“-vel, vagy más úton meg akarja akadályozni, akkor tanférfiak, szülők, polgárok, gyermekbarátok álljanak össze, hogy ezen eljárást meggátolhassák. Elméleti előadásokra a nemi élet köréből nem alkalmas a mai nyilvános iskola; egyfelől azért, mert nem minden tanuló jut fel a népiskola legfelsőbb osztályába, másfelől meg az alsóbb osztályban a mai tömegtanítási rendszer mellett az ily tanításnak helye nincs. Egyes fejezetek családias tárgyalása majdnem lehetetlen; czélhoz sem vezet, ha néha-néha foglalkoznak e kérdés egyes részeivel, s ha az iskola szelleme nem nyujt elég jó erkölcsi, tudományos és természetes alapot az efféle felvilágosításra. A szülőket az ügy részére meg lehet nyerni szülői értekezletek, orvosi előadások és iskolaszéki tárgyalásokkal.

A hamburgi napi sajtó egy része a „*Pall Mall Gazette*“-féle irányban foglalkozott a felvilágosításra vonatkozó mozgalommal és ennek irányításával. E czikkely kerete nem engedi meg, hogy a lapok által közölt és túltarka színekkel ecsetelt egyes esetekkel itt foglalkozzunk. Volt napilap, mely a „hamburgi feminismus ezen kinövésével“ foglalkozva, a tanügyi hatóság előbb vázolt álláspontját helyesli. Szerinte az anya dolga gyermekét egyről-másról felvilágosítani. A mai sociális viszonyok bizonyítják a családi kapcsot s a sok tekintetben egészséges női mozgalom egyik szarvashibája, hogy nincs elég tekintettel a családra és az iskolára akarja bizni a család egyik feladatát s így megfosztja a családot erkölcsi kötelességei teljesítésétől.

Időközben a hamburgi oktatásügyi hatóság kissé mitigálta előbbi álláspontját, a mennyiben 1901. május 14-dikén a következő határozatot hozta: tanítás közben kerülendő az iskolás leányoknak a nemi viszonyokról való felvilágosítása; a mennyiben e viszonyokat a tanítás keretében okvetetlen érinteni kell, annak a „legkiméletesebb módon“ (in dezentester Weise) kell történnie, végül megtiltják a tanítónak, hogy leánytanulónak a nemi viszonyokat tárgyaló előadásokra való részvételt ajánlja.

Ugyanakkor *v. Rohden*, evang. lelkész elismeri a felvilágosítások helyes és czélirányos voltát. Ha a tanító ideális módon tudná az osztályát vezetni, akkor másképen itélné meg a dolgot, így tehát ő ezen komoly kérdést a családra bízza. *Rohden* kénytelen bevallani, hogy a szülők nagy része nem képes gyermekét felvilágosítani, sokan talán köszönettel vennék a tanító eljárását, mégis sok szülő kikérné magának a tanító ilynemü segitségét. Több család összeállhatna hygienikus kursus megtartása czéljából, ennek keretében lehetne a szóbanforgó themát tárgyalni.

Azon szülőknek, kik a felvilágosításra vállalkoznak, ajánlja *Bornemann*, *Koch* württembergi orvos: „*Die Vermehrung des*

Lebens“ című könyvecskéjét, melyben igen sok jó tanács található.

Látjuk tehát, hogy a felvilágosítás ügye még nem került dülőre „*sub judice lis est*“. De hinnünk kell, hogy az öszinteség és igazság előbb-utóbb helyet foglalnak a nevelés minden ágazatában. Ha a sejtést kiszorítja a tudás, akkor már egy fegyvert kovácsoltunk az érzékiség ellen. A többi fegyvert hadd kovácsolják karöltve a paedagogia és hygiene. De a tudás csökkenti a betegség veszélyét is.

Az ingyentej-intézményről.

Deutsch Ernő dr.

Pierre Budin előadásai egyikén a következő szavakat intézte hallgatóihoz: „Ha megszívlelik, a mit a csecsemő-rendeléseken és a tejkiosztókban láttak, összehasonlítva azon elszomorító ténynyel, hogy az intézetek létezése előtt hány meg hány szerencsétlen csecsemőt kezeltek eredmény nélkül; be fogják látni ez intézmény óriási praeventiv értékét. Kövessék példánkat s ezzel eleget fognak tenni az orvos legszebb feladatának, a mely abban áll, hogy egész erejét s tehetségét arra fordítsa, hogy embertársait az enyészettől megóvja.“

Csodálatos, hogy a nagy humanitárius alkotások terén, majdnem kivétel nélkül a „grand nation“ vezet, s a többi nemzet, — még a németet sem véve ki — késedelmezve lép nyomdokaiba. 1892-ben *Budin* a Charité-ban organizált egy tejkiosztóval kapcsolatos csecsemő-rendelést, melyen a klinikán született gyermekek állottak orvosi felügyelet alatt s jutottak kellő minő s mennyiségű tehéntejhez, azon esetben, ha az anya szoptatásra teljesen, vagy részben képtelen. *Maygrier, Perak, Variot, Rothschild, Dubrisay, Boissard, Vapias, Budin* munkáját folytatták, úgy hogy ma Páris majdnem minden negyede bir csecsemő-rendeléssel egybekötött tejkiosztó intézettel. A franczia vidéki városokban *Dufour* volt az eszme lelkes apostola s a „goutte de lait“ fogalom megalkotója.

Egy tárcza keretén belül nem lehet feladatom ez eszme „urbi et orbi“ való elterjedését ecsetelni és az egyes intézetek tényked̄ését ismertetni; csupán néhány a franczia irodalomból merített számadatot kivánok felemlíteni, mielőtt a vezetésem alatt álló budapesti „goutte de lait“ leirására áttérnék.

1886-ban 56·31% volt Reims városának csecsemő-halandósága. A „loi *Roussel*“ javított ez állapoton s Párisban *Bertillon* kimutatása szerint 1890 körül 21% volt az egy éven alóliak mortalitása. *Budin* rendelésén 1892-től 1899-ig 435 csecsemő lett bemutatva, kik közül csupán 197 lett mesterségesen táplálva, a halálozás 7·3% volt (32).

Székes-fővárosunkban ez év julius, augusztus s szeptember havában 979 csecsemő halt meg, e szám egy száraz, de felette elszomorító adat, mely orvoslást követel s a mely a *Budin* példáján való lelkesülést azt vélem érthetővé teszi. Ezen tényálladék indított minket a budapesti ingyentej-intézet keretén belül, egy ingyentej-kiosztással kapcsolatos csecsemő-rendelés szervezésére. Intézetünk ez év julius havában lépett életbe, november elsejéig 749 csecsemő lett az intézetben bemutatva, ezek közül beteg volt 551, meghalt 6. Büszkén mondhatjuk, hogy ez eredmény egyedül álló. Intézetünkben első sorban a természetes táplálást propagáljuk. Minden egyes anya tejelválasztó képessége meg lesz vizsgálva, a tej qualitása pioskoppal meghatározva. Ha a tej minden tekintetben megfelelő, az ablactatióig az anyát elutasítjuk, — sajnos ez esetek száma (39) igen csekély. Ha a nagy nyomor folytán az anya éhezik, őt látjuk el naponta nagyobb tápmennyiséggel (1—1·5 lit.) s népkonyha-utalványokkal, hogy így jobban táplálkozván, tejelválasztó képessége is fokozódjék (ez eljárást 16 esetben foganatosítottuk); ha ezen várakozásunkban csalódunk, „allaitement mixte“-t viszünk keresztül, ½ éven aluliaknál Székely-tejjel, ½ évet meghaladóknál pasteurizált, nem higított, 3% zsírtartalmú tehéntejjel. Hasonlókép látjuk el azon csecsemőket, kiknek szülője munkába jár. „Allaitement mixte“-be 142 csecsemő részesült. 382 kisded anyja szoptatásra képtelen lévén, teljesen mesterséges táplálásra lett fogva. A beteg gyermekek diaetetikusan s medicamentosusan lesznek kezelve, kivéve azokat, kik kórházak, rendelő intézetek vagy kartársak részéről küldetnek, ezek tovább is a megfelelő szakközegek kezelése alatt állanak.

Hetenkénti súlyellenőrzés, pontosan vezetett kórrajzok, új táp- és gyógyszerekkel való kisérletezés, orvosgyakorlati és tudományos szempontból is fontosságot kölcsönöznek ez ifjú intézetnek.

Velünk egy időben kezdte meg tényked̄ését a londoni és hallei intézet. Bécs és Fiumében tejkiosztónk mintájára szerveznek hasonló humanitárius intézeteket, Temesvárott a „Fehérkereszt“-egyesület foglalkozik ez eszme megvalósításával, úgy hogy remélhetjük, hogy a „goutte de lait“ révén fognak megvalósulni *Budin* szép szavai: „Tous, pauvres et riches, pourrent conserver leurs enfants, et gouter les douces joies du foyer sans en éprouver les tristesses, et cela au grand bénéfice du pays qui a besoin de tous ses enfants, que dis-je, au grand bénéfice de l'humanité tout entière“

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

L'Igiéne del Bambino. Prof. Luigi Concetti. Roma-Milano 1903.

„Gyermekhygiene“ című művében szerző nemcsak honfitársainak, de mindazon orvosoknak is, kik az olasz nyelvet értik, oly munkát nyujtott, mely annál inkább keltheti fel az érdeklődést, mert benne az olasz és külföldi, főleg német gyermekorvosok nézeteit szerencsésen egyesítette. Statistikai adatokkal bizonyítja be, hogy az óriási gyermekhalandóság okai első sorban az emésztőrendszer betegségei. A csecsemő táplálás tana az általános gyermekhygiene kilencz-tized részét foglalja el. Szerző kiemeli, hogy a baj oka igen gyakran az orvos, ki nincs tisztában a dologgal. Ezért művének nagyobb részét a táplálkozás tanának szentelte. (XI. f. 387. o.) Tárgyalja először az újszülött emésztőrendszerének boncz- és élettani viszonyait, azután áttér a tejvizsgálatra és a tejelválasztás ismertetésére.

A tejvizsgálati módokat lehető részletesen tárgyalja; kifogásolható, hogy ellentétben a modern nézetekkel a tej górcsövi vizsgálatára kevés súlyt helyez, azt csak úgy mellékesen említi fel.

Hangoztatja az anya által való szoptatás szükségességét; nézete szerint az „allaitement mixte“ előnyösebb, mint a dajka általi táplálás. A mesterséges táplálás tanát százötven oldalon tárgyalja. Külön fejezetet szentel a rendellenes táplálás tanának (oesophagus sonda, gavage); röviden még az intubált gyermekek táplálásáról is szól.

A mű második részében először az újszülött physiologiáját tárgyalja a legujabb vizsgálatok alapján. Áttér azután az egyes szervek hygienejére. A beteg gyermek hygienéje foglalja el az utolsó fejezetet. Szerző ebben nemcsak a beteg gyermekkel foglalkozik, hanem a szülőkkel való bánásmódot illetőleg is jó tanácsokat ad. Végül még röviden szól a nyilvános ambulatoriumokról és tengerparti sanatoriumokról; azt kivánja, hogy szegény csecsemők necsak a gyógyszert, hanem szükség esetén a tejet is ingyen kapják.

A tartalmas mű kedvező fogadtatásra számíthat, főleg az olasz orvosok és orvostanhallgatók részéről.

Baranyai Vilmos dr.

Das kranke Schulkind. Anleit. zum physiologisch-psychologischen Beobachten in der Schule. Mit Beiträgen von *J. L. A. Koch*, Professor Dr. *Eversbusch*, Hofrath Dr. *Köbel*, Dr. *Schmid-Monnard*. Bearbeitet von Dr. med. *Alfred Baur*. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1902.

Jeles munka látott e czimen napvilágot, mely hivatva van arra, hogy a paedagogus szeme elé állitsa az egészséges és beteg gyermek közti különbséget; megtanitsa őt arra, hogy mikor beteg a tanuló teste, lelke. Lehet, hogy e könyvet olvasva egyesek azzal vádolják a szerzőt, hogy a tanitóból fél orvost akar nevelni. Azonban e vád őt jogosan nem érheti. Mert ha hosszasabban, orvosilag szakszerűbben is tárgyal egyes fejezeteket, ezt csak a teljesség kedvéért teszi, mint azt az előszóban ki is emeli.

Legelőször a szerző a normális, physiologikus viszonyokat ismerteti. Az egészséges gyermek fejlődését, súlyát, csontrendszerét talán a kelleténél kissé bővebben is tárgyalja. Külön fejezetekben szól ezután

a légzési, emésztési, vérkeringési szervek és az idegrendszer betegségeiről, az iskolázás éveiben gyakori fertőző bántalmakról, különösen a croupról, diphtheritisről. Bevezeti a laikust az annyira fontos torok vizsgálatba.

A szellemi élet fogyatkozásait *Koch* dr. külön fejezetben elég behatóan tárgyalja, párhúzamot vonva a psychopathikus dispositio, terheltség és degeneratio között. Ezután a szem- és fül betegségei következnek, a csontrendszernek az iskolázás éveiben oly gyakori alaki eltérései ábrákkal illustrálva.

Külön tabelláris összehasonlitásban van tárgyalva a kanyaró és scarlatina; a typhus abdominalis és tuberculosis miliaris.

A könyv utolsó részét *Schmid-Monnard* dr. halle-i gyermekorvos czikke képezi az iskolás gyermekek megbetegedése és halandóságáról. Legkevésbbé sikerült a könyvnek színnyomatú tabellája.

A könyvecske megérdemli, hogy minden paedagogus elolvassa!

Perényi Vilmos dr.

II. Lapszemle.

A tej oxydáló fermentuma. *Gillet* és *Marfan* a különböző tejféleségek oxydáló fermentumát vizsgálták. *Dupouy* első mutatta ki, hogy a nyers tehéntej a guajactincturát megfesti, tehát élenyitó képességgel bir, mig a forralt tehéntej e tulajdonsággal nem rendelkezik. A különböző állatok teje ez alapon két csoportba osztható: az oxydáló képességgel biró csoportba tartoznak a tehén, kecske s a juh teje, mig a női tej, a kancza-, szamár- és kutyatej inactivak vagyis nem oxydálók. *Gillet* e szempontból újabb vizsgálatnak vetette alá a női tejet s vizsgálatainak eredménye a következőkben foglalható össze. Mig a tehéntej oxydáló képessége állandó s elég intenziv, addig a női tej e tulajdonsága kevésbbé kifejezett s bizonyos időhöz kötött. A tehéntejben e fermentum fel van oldva, a nőében polynuclearis lymphocytákhoz kötött. Ezért legintenzivebb a reactio a colostrális időszakban, bár ezenkivül is olykor kimutatható, a nélkül hogy ilyenkor leukocyták kimutathatók volnának. Előfordult, hogy az egyik emlő teje adta e reactiót, mig ugyanazon nő másik emlőjéből vett tej negative viselkedett. A reactio fellépte involutiós jelenségnek tekinthető; igy kimutatható az elválasztáskor vagy oly emlő tejében, mely 2—3 napig nem szopattatott; a mily gyorsan beáll, ép oly hamar el is tünik, ha az emlő működése rendes szoptatás által ismét fokozódik. A női tej minőségének rosszabbodására következtetni tehát csak mindkét emlő tejének huzamosb positiv reactiója jogosit, de ezt szem előtt tartva, a reactio elég érzékenynek mondható. (Revue m. d. mal. de l'enfance. 1902. aug.)

Linsbauer dr.

Barbier: A diphtheria-halál némely okáról czimű czikkében különösen a diphtheriában elhaltaknál található szivbeli thrombusokra hivja fel figyelmünket. 71 diphtheriában elhalt beteg bonczolatánál 37 esetben (= 52%) talált a szivnek leginkább jobb felében tömeges, a szivfalhoz szorosan tapadó, sárgásfehér, többé-kevésbbé tömött s rugalmas thrombust; ezen alvadékok már csak azért sem képződhettek az agoniában, mivel ilyen, hirtelen elhaltaknál agonia nincs. Gyakoriságra nézve legtöbbször a jobb kamrában találta e thrombusokat, majd a jobb gyomrocs, a bal pitvar és gyomrocs következnek gyakorisági sorrendben. 19 esetben végzett bakteriologiai vizsgálat csak egyszer maradt negativ; a többiben diphtheria bacillusokat, strepto- és staphylococcusokat lehetett a szív vérében kimutatni. A tünetek, melyek e hirtelen halált megelőzték, ismeretesek; legjellemzőbb az általános, feltünő sápadtság, a szív tájékára localizált sajátságosan szorongó érzés, nagyfokú nyugtalanság. Máskor a betegek evés, alvás, vagy beszéd közben hirtelen halnak el, ily praemonitorikus jelek nélkül. Szerző azt hiszi, hogy mindazon esetekben, a hol „szivgyengeség" tünetei közt elhalt betegeknél sectio hiányában myocarditis, toxikus hatás stb. felvételével elégszünk meg, tulajdonképen ily „thrombose cardiaque"-kal van dolgunk. A therapia tehetetlen. Ugyancsak B. vizsgálta, hogy a diphtheria mennyiben befolyásolja a tuberculosis lefolyását, de csak annyit tudott megállapitani, hogy 45 diphtheriában elhalt és bonczolt hulla közül 15-ben talált latens vagy friss tuberculosist (tüdőben, mirigyekben); és pedig nyolcz esetben a latens tuberculosis mellett friss tuberculosis eruptiót is talált, a mely kétségtelenül a diphtheria folyamán fejlődött. A „thrombose cardiaque" és tuberculosis közt azonban szerző nem talált összefüggést. (Revue m. d. mal. de l'enf. 1902. VIII.)

Linsbauer dr.

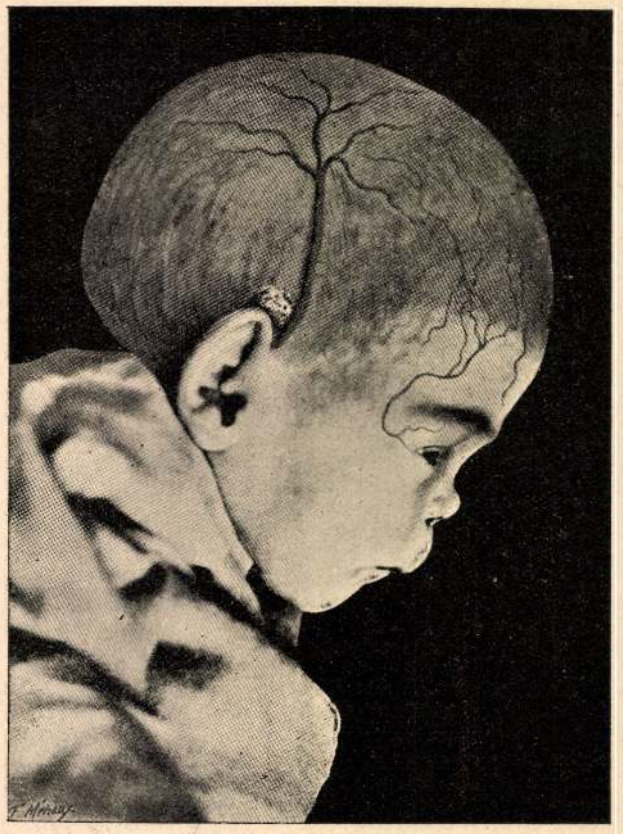
Verrucosus bőrtuberculosis két esetét közli *M. Perrin* és *R. Goeppert*. Az első esetben egy 10 éves, egészséges, semmi terheltséget nem mutató családból származó leánynál fejlődött egy év alatt a jobb talpon, szűk czipő által okozott csekély felhámhorzsolásból kiindulólag a daganat. Ez mintegy 8—10 szarvszerű papillomatosus képletből állott, melyek koronányi kiterjedésű kékes-vörös alapon fejlődtek. A növedékek kikaparása után a folyamat gyógyulni látszott. A második esetben egy három éves leány, egészséges szülők egyetlen gyermekénél, a jobb hüvelykujj tenyéri oldalán egy év alatt lassan növekedő, az észlelés idején mintegy 20 fillérnyi területet elfoglaló pirosas növedéktömeg keletkezett. Ezen növedékek kissé indurált, közepén kékes-vörös, szélein normális színű alapon ülnek, fájdalmatlanok, de erősen vérzékenyek. Jodoform-collodium kezelésre beteg állapota szépen javult. Mindkét esetben a növedékek váladékával beoltott tengerimalaczok tuberculosisban pusztultak el. (Archives de Médecine des Enfants. 1902. Septembre.)

Faludi Géza dr.

Boulay: Az orrjáratok hátsó nyilásának veleszületett elzáródása. Ezen ritka fejlődési rendellenességet, melyből mindössze 60 eset van az irodalomban ismertetve, az újszülöttek aránylag jól tűrik. Valószinű ugyan, hogy ezen fejlődési hiánynyal született csecsemők közül számosan rövid idő alatt elhalnak, de ilyenkor ezen halál-ok ismeretlen marad. Gyakran azonban ily újszülöttek életben maradnak, hozzászoknak tökéletlen légvételükhöz s az esetek legnagyobb részében csak 10—20 éves korukban válik bajuk nyilvánvalóvá. Az orrjáratok hátsó nyilásának elzáródása lehet egy- vagy kétoldali. Tünetei ugyanazok, mint minden idült orr-obstructioé, s épen ezért igen gyakran félreismerik. Az orrjáratokat sürű, áttetsző nyálka tölti ki, egyik vagy mindkét orrjárat, még sonda számára is átjárhatatlan: ezen adatok, valamint a rhinoskopia poster. lelete alapján diagnostizálható e rendellenesség. Minthogy a hátsó orrnyilást elzáró diaphragma többnyire csontos, a kezelés csakis sebészi lehet. A beavatkozás czélja mindenkoron lehetőleg tág nyilás készitése, illetőleg ennek nyitvamaradásának biztositása. (Revue m. d. mal. de l'enf. 1901. XII.)

Linsbauer dr.

Vivőértágulatok veleszületett bujakórnál. *Fournier*-nek feltünt az, hogy bujakóros csecsemőknél és kis gyermekeknél ismételten találkozott a vena jugularis externába szájadzó feji bőr-vivőerek tágulatával. Ezen jelenségek később eltünnek vagy legalább is igen ritkák lesznek. Szerző ezen tapasztalati tényt úgy magyarázza, hogy a bujakórosan terhelt gyermekeknek aránytalanul vékonyabb és ellentállásra kevésbbé képes vivőeres véredényfalzatuk van. A csecsemők gyakori erőltetett sirása



és a szopás alkalmából fennakad a tüdőbeli vérkeringés. Visszatorlódik a szivhez folyt vivőeres vér. Minthogy a jugularis externának billentyűi a legsatnyábbak és a bujakóros alkat miatt még kevésbbé jól fejlettek, ezért az időszakos vivőeres pangás, illetve a vértorlódás jelenségei itt mutatkoznak a legjobban. A csecsemő-kor elteltével megszünnek azok a körülmények, melyek ez időszakos vivőeres pangást előidézik s igy visszafejlődnek az addig nagyon feltünő vivőeres tágulatok. Nem lehetetlen, hogy a feji vivőerek ezen dystrophiája a bujakórral kapcsolatos vivőeres véredény aplasiának első jelensége. (Revue d'hygiène et de médecine infantiles I. 1902.)

Torday Ferencz dr.

VEGYESEK.

— A „*Bókai-szoborbizottság*“ a „*Stefánia*“-gyermekkórház igazgató-választmányának majdnem kétezer koronát adott át, azon kikötéssel, hogy ezen összeg alapját képezze egy, a kórház területén felállítandó mellszobornak, mely megörökítené *Schöpf-Merei Ágost* dr.-t, a kórház európai hirű alapitóját. Az igazgató-választmány hálás köszönettel vette megőrzésbe a kérdéses összeget s kötelességének fogja ismerni, *Schöpf* emlékszobrának felállítását a saját erejéből is elősegíteni.

— A nagyváradi „*Sztaroveczky alapítványi gyermekkórház*“-nak november hó 16-dikán volt ünnepélyes megnyitása. Örömmel üdvözöljük ezen alkalomból hazánk negyedik gyermekkórházát s az intézet jeles igazgatójának, *Schiff Ernő* dr.-nak kivánunk sok sikert közházi működéséhez.

— A „*Gesellschaft für Kinderheilkunde*“ a jövő évben szeptember havában Kasselben fogja megtartani évi összejövetelét.

— A megüresedett gráczi gyermekgyógyászati tanszék betöltésénél *Pfaundler* (Grácz), *Keller* (Boroszló) és *Raudnitz* (Prága) magántanárok aequo loco kandidáltattak.

— Az olasz „*La Pediatria*“ szakfolyóirat főszerkesztője, *Fede* tanár társszerkesztőül felszólította *Cervesato* tanárt, a kiváló bolognai gyermekorvost.

— A IV-dik olasz pediatrikus congressusnak, mely Firenzében székelt, 1901. évi október hó 15-dikétől október hó 20-dikáig, most jelent meg hivatalos évkönyve. Ebből látjuk, hogy az 1901—1903. évekre választott igazgató tanács a következő tagokból áll: Elnöke *Francesco Fede* (Nápoly); alelnökök: *Dante Cervesato* (Bologna) és *Giuseppe Mya* (Firenze); választmányi tagok: *Antonino Carini* (Palermo), *Felice Celli* (Cremona), *Carlo Comba* (Firenze), *Nicola Fede* (Nápoly), *Demetrio Galatti* (Bécs); főtitkár: *Francesco Valagussa* (Róma), II-dik titkár: *Enrico Mensi* (Torino); pénztáros: *Camillo Hajech* (Milano).

— *Rocher* dr. a Bordeaux-i gyermek-sebészeti klinika főorvosává neveztetett ki.

— A Párisi orvosegyetemen *Guillemot* dr. kineveztetett a gyermekgyógyászati klinika főorvosává, *Grisel* dr. pedig a gyermek-sebészi klinika főorvosává.

— *A gyermekhalandóság Norvégiában.* A statistikai adatok nagy sokaságából, mellyel *Johanessen* a kiváló norvég gyermekorvos, hazája gyermekhalandóságának viszonyait részletesen ismerteti, a legérdekesebb azon táblázat, a melyben feltünteti, hogy Európa egyes államaiban a mult században (1801—1900) milyen volt a csecsemő halandóság. Az első megbizható statistikai adatok a mult század első éveitől csak Svédországból vannak, hol 1801—1805-ig az újszülöttek 18·6%-a elhalt az első életéven belül. Ezen arányszám folytonosan csökkent. Most 9·8%. Norvégiában 1836—1840-ig a csecsemő gyermekek 14%-a halt el. Egész Európában mindig ott volt a legkisebb gyermekhalandóság. Most is az. Alig tesz ki 9·5%-ot. Az 1896—98-iki időközben a táblázatban felsorolt államok a következő sorrendben következnek az egy éven alóli gyermekhalandóság szerint sorakoztatva: Norvégia 9·5%, Svédország 9·8%, Irhon 10·6%, Dánia 12·8%, Finnország 13·8%, Anglia 15·5%, Franciaország 15·7%, Olaszország 16·7%, Poroszország 19·8% Ausztria 22·9%, Württemberg 23·3%, Bajorország 25·2%, Szászország 26·2%. Norvégia ezen kedvező gyermekhalandóságának az oka, azon örvendetes jelenségben keresendő, hogy ott az anyák jó része maga táplálja gyermekét. Ennek magyarázatát mindenekelőtt az adja, hogy ott tizezer törvényes élveszülött gyermekre, átlag 710 törvénytelen gyermek esik. Csak a törvénytelenek táplálják mesterségesen. A nép gyermekszeretetére és emberbaráti nemes gondolkodására jellegző körülmény az, hogy még a dajkaságba adott, törvénytelen gyermekekkel is nagy átlagban jól bánnak. A mesterséges táplálást jelentékenyen megkönnyíti az a körülmény, hogy az egész országban mindenki könnyen kaphat friss, tiszta, egészséges jó tehéntejet.

— A német természettudósok és orvosok Karlsbadban tartott 74-dik évi ülésén az összes előadások között legnagyobb feltünést keltette *Paul Moser*-nek „*Über die Behandlung des Scharlachs mit einem Scharlachstreptococcenserum*“ czimü felolvasása. *Moser* a nem rég elhalt bécsi tanárnak, *Widerhofer*-nek volt segédje s kisérleteit a bécsi „*Szt. Anna*“-gyermekkórház vörheny anyagán végezte s ezeket nehány hónap óta a bécsi gyermekgyógyászati klinikához kinevezett *Escherich* tanár ellenőrizte s megerősítette. Mivel a vörheny kóroktana még nem tisztázott, *Moser* kisérleti úton igyekezett e kérdést megfejteni s miután 99 vörhenyben elhalt egyén szivvéréből 63 esetben streptococcusokat volt képes kitenyészteni, ezen microorganismusoknak kóroktani fontosságot tulajdonit. Különböző streptococcusfajok bouillon-culturáját lovak immunizálására használta fel, s az ezekből, a *Paltauf* tanár felügyelete alatt álló állami savótgyártó-intézetben előállított vérsavót vörhenybetegeknél gyógyczélból beoltotta. A klinikai kisérletek 1901. november óta folynak. A bécsi „Szt. Anna“-gyermekkórház 699 vörhenybetege közül 81-nél vették a vörhenysavó-befecskendéseket alkalmazásba, ezenkivül három beteget a magángyakorlatból oltottak be e savóval; különösen a prognostikus szempontból kedvezőtlen eseteket részesítették előnyben.

A halálozási arány változása egyelőre nem valami jelentékeny, mig az összes bécsi kórházakban a vörhenyben elhaltak százaléka 13·09%, addig ez a bécsi „Szt. Anna“-gyermekkórházban 8·9%-ra szállt alá.

Fontosabb, mint a statistikának fenti javulása, mely a megszokott ingadózásokat meg nem haladja, azon körülmény, hogy a betegségnek klinikus képe a savóbefecskendése után gyorsan megváltozik, úgy a közérzet, mint a hőfok s az ütérverés csakhamar megjavulnak. Úgy látszik, hogy a prophylactikus oltások is kedvezően befolyásolják a betegség lefolyását azon esetekben, melyekben kifejlődését nem gátolhatták meg.

A kérdés nagy fontosságánál fogva méltán megérdemli, hogy ellenőrző kisérletek nagy anyagon minél szélesebb körben végeztessenek. *Paltauf* tanár szives előzékenysége folytán *Bókay* tanár a *Moser*-féle savóval már a közel jövőben megkezdheti gyógykisérleteit a „*Stefánia*“-gyermekkórházban.

— A nancy-i szülőházban *Hergott* dr. 1890-ben azon czélzattal, hogy a csecsemő mortalitást leszállitsa s az anyákat a szoptatásra szoktassa, a következő eljárást honositotta meg: az intézetből elbocsátott anya gyermekét, egy hónap leforgása után, újra bemutatja, mikor is a gyermek súlygyarapodása szerint bizonyos pénzbeli jutalomban részesül. E pénzösszeg meghatározásánál a gyermek súlygyarapodásán kivül a szülők kereseti viszonyai s a gyermekek száma is tekintetbe vétetik. Tiz év alatt 25,382 franknyi jutalomdíjat osztottak ki 2052 anyának. E 2052 gyermek súlyszaporodása 1909 kilót tett ki s igy egy kilónyi súlyszaporodásnak 13·30 frank jutalomdij felel meg. Az intézmény jótékony befolyása következtében a szülőház forgalma s a szoptató anyák száma szépen növekedett.

— „*Société d'assistance mutuelle pour l'allaitement des jeunes enfants*“ czimmel *egyesületet* alapitott *Rocaz* dr. *Bordeaux*-ban. Az egyesület alapszabályai szerint az egyesületbe belépő terhes nők közül azok, kik a terhesség második hónapjában vannak, hetenként ½ frank, a kilenczedik hónapban levők heti 1.20 frank tagdijat fizetnek. A többiek járuléka e két díjtétel között váltakozik. A lebetegedett asszonyok közül azok, kik képesek gyermeküket szoptatni, továbbra 0·75 frank, a szoptatni nem tudók 1.75 frank heti járulékot fizetnek. A szoptatni tudó asszonyok az egyesülettől havi 2 frank segélyt kapnak. Ők és gyermekeik ingyen részesülnek orvosi ellátásban. A szoptatni nem tudó asszonyok között naponta kiosztanak gyermeküknek korának megfelelő minőségü és mennyiségü tejet. Kitanitják őket a mesterséges gyermektáplálás szabályaira. A szoptató nőknek az első év, kivételesen a 15-dik hó végeig adnak pénzsegélyt, ugyanaddig látják el a mesterségesen táplált gyermekeket tápszerrel. Szép intézmény, de csak úgy, ha ideális kezekben van! *Rocaz* dr. személye biztositék arra, hogy ezen egyesület feladatának magaslatán fog állani s nem fajul el üzérkedéssé.

*

— *Új könyvek. H. Koplik.* A Text-book on diseases of infancy and childhood. N. 4. 1902. — *W. Ballantyne.* Manuel of antenatal Pathology and Hygiene. The Foetus. Edinbourgh. 1902. — *Mundy W. Nelson.* The eclectic practice in diseases of children. Cincinnati. 1902. — *Ch. W. Chapman.* Heart-diseases in childhood and youth. The medical publishing Co. — *Ch. F. Judson, J. Claxton Gittings.* The artificial feeding of infants, including a critical review of the recent literature of the subject. Philadelphia. 1902. — *W. Thomas Corlett.* A treatise on the acute infectious exanthemata. London. 1902. — *E. Kirmisson.* Les difformités acquises de l'appareil locomoteur, pendant l'enfance et l'adolescence. Paris. 1902. — *G. Eustache.* La Puéri-culture. Paris. 1902. — *E. J. Jonkers.* Jets over Kindervoeding en Kindersterfte. Groningen. 1902. — *L. Concetti.* L'Igiéne del Bambino. Roma-Milano. 1903. — *Atti del IV. Congresso pediatrico italiano tenutosi in Firenze* dal 15 al 20 ottobre 1901. Firenze. 1902. — *Clemente Ferreira.* Alimentacio di infancia. São Paulo. 1902. — *Fr. Luithlen.* Die Zellgewebsverhärtung der Neugeborenen. Wien 1902. — *M. Kassowitz.* Alkoholismus im Kindesalter. Berlin. 1902. — *Monatsschrift für Kinderheilkunde.* Herausgegeben von *Czerny, Johannessen, Marfan* u. *Mya.* Redigirt von *A. Keller.* Bd. I. Nr. 1. 1902. okt. — *R. Schlüter.* Die fötale tuberculose Infection. Leipzig u. Wien. Deuticke. 1902. — *Bézy* und *Bibent.* Die Hysterie im kindlichen und jugendlichen Alter. Deutsch von *H. Brodtmann.* Berlin. 1902.

*

— *Új dissertatiók és thêse-k. L. Rongier.* L'anémie des nourrissons dyspeptiques. Paris. 1901. — *Brunet.* Considérations sur quelques cas de pseudo-tétanos. Bordeaux. 1901. — *J. Pallegoix.* Des néphrites aiguës bénignes, dites primitives chez l'enfant. Paris. 1902. — *P. Cucherousset.* De la fiévre typhoïde chez l'enfant. Paris. 1902. — *R. Riss.* De la luxation congénitale de la tête du radius. Paris. 1902. — *G. Florange.* Les manifestations osseuses et articulaires de la fiévre typhoïde chez l'enfant. Paris. 1902. — *B. Skormin.* Über die verschiedenen Formen des Icterus im Säuglingsalter. Berlin. 1902. — *G. Huwald.* Ein Fall von chorea chronica nach cerebraler Kinderlähmung. Leipzig. 1900. — *J. E. Swett.* Die Mischgeschwülste am unteren Ende des Urogenitalapparates der Kinder. Giessen. 1901.

Budapest, 1902. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Közol Antal J.) Dorottya-utcza 14. sz.