

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÓGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Vámosy Zoltán: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem gyógyszer-tani intézetéből. (Igazgató: Bókay Árpád tanár.) Egy új hashajtószerről (a purgoról). 147. lap.

Csillag Jakab: Közlemény a székes fővárosi szent István-kórház bőrbeteg és bujakkóros osztályáról. (Főorvos: Róna Sámuel tanár.) Az eczema-kérdéshez. 148. lap.

Pólya Jenő Sándor: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. sebészeti klinikájáról. (Igazgató Dollinger Gyula dr. egyet. ny. r. tanár.) Casus-tikus adatok a pofarék operálásához. 151. lap.

Tárca. Juba Adolf: A nagyszombati orvosi egyetem keletkezése. 153. lap.

Közegészségügy. Az új dán gyári törvény egészségügyi intézkedései. 154. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Chudovszky Móricz: A csonttörések és ficamodások kör- és gyógytanának haladása. 155. lap. — Könyvismeret. Karl von Hofmann: Die moderne Therapie der Cystitis. (Ráskai.) 156. lap. — Gilles de la Tourette: Le traitement pratique de l'épilepsie. (Hudovernig.) 156. lap. — Bum: Handbuch der Massage und Heilgymnastik. 156. lap. — Lapszemle. Élet- és körvegytan. Bleile: Epilepsiában szenvedők vizeletének vizsgálata. (Doctor Károly.) — Bychowski: Fehérje kimutatása vizeletben.

(Doctor Károly) — Belgyógyászat. Janowsky és Wysockowicz: Dermatomyositis. (—nt.) — Turnowsky: Epilepsia három teljesen gyógyult esete. (Elfer.) — Moynihan: A duodenalis fekély sebészeti szövödményei és ezek kezelése. (Benedict.) — Carwardine: A bél spontán rupturájának igen ritka esete. (Benedict.) — Ebstein V.: Az emodin és purgatin mint hashajtószerek. (—nt.) — Brat H.: Az enyv mint tápszer és a gluton mint mesterséges tápkészítmény. (Kövesi.) — Sebészet. Ansperger: A pneumothorax Röntgen-képe. (Milkó.) — Mikulicz és Reinbach: Thyreoidismus egyszerű golyvánál (Milkó.) — Glaser: A gerincvelő idült ankylosis lobja. (Milkó.) — C. Beck: A hypospadia műtéve. (Illy és Géza.) — Finney, Stengel, Mayo és Hare: A szívbetegnek narcotizálásának kérdése. (Milkó Vilmos.) — Bőrkór. Redard: Az angliomáknak electrolysis-sel való kezelési módja. (Póór.) — Guyon: Szondák sikamlóssá tétele. (Póór.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. — Folyóiratok átnézete. 156—157. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Az országos balneológiai egyesület. — Krompecher Odön. — Kimutatás a Semmelweis-emlékalap állásáról 1901. évben. — Az idej törvényszéki orvosi vizsgák idejének elhalasztása. — Hőgyes tanár Pasteur-intézete. — Megjelent. — Herczel dr. — Röntgenlaboratorium. — Bauer Samu dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 158. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. 159. lap. — A budapesti kir. orvosegyesület otológiai szakosztálya. 162. lap. — Kórházi orvostársulat. 162. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem gyógyszer-tani intézetéből. (Igazgató: Bókay Árpád tanár.)

Egy új hashajtószerről (a purgoról).

Irta: Vámosy Zoltán dr., egy. m.-tanár, adjunctus.

Körülbelül másfél éve volt szerencsém az „Orvosi Hetilap” 1900. évi 10. számában közölni állatkísérletek alapján, hogy a phenolphtalein mint teljesen ártalmatlan anyag bátran használható a mesterséges törkölyborok denaturálására. Említettem volt, hogy állatoknál még igen nagy dosisokkal sem sikerült acut mérgezést létesítenem (nyúlánál 1—2 gramm, kutyanál 5—10 gramm), valamint hónapokon át folytatott adagolás mellett nem volt lehető bármiféle abnormalis tüneteket észlelnem, sőt kísérleti állataim a szer adagolása mellett súlyban igen arányosan gyarapodtak. Közleményem végén röviden feleltem, hogy az eredménytelen állatkísérletek után magamon akarván az első kísérletet megtenni, 1.5 gramm tiszta phenolphtaleint vettem be, a melynek nem várt és meglepő eredménye volt. A bevétel után három órával élénk bélkorgás, majd egy igen bő, vizes ürülés állott be minden kólika vagy tenesmus nélkül s a vizes ürülések, bár csekélyebb quantumban, déltől este 10 óráig még ötször ismétlődtek s még két napon át naponta kétszer pépes székletet mutatkozott.

Ezen észlelet alapján tanulmányozni kezdtem a szer hashajtó hatását és e tekintetben nyert tapasztalataimról óhajtok most röviden számot adni.

A phenolphtalein vízben teljesen oldhatlan, ennél fogva ízet-

len, sárgás por, a mely eddig csak mint indicator a vegytani laboratoriumban volt használatban.

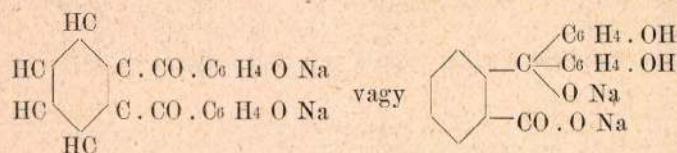
Állatkísérleteimet most már ezen irányban ismételve meg, újból meggyőződést merítettem magamnak, hogy az állatoknál (nyúlánál, kutyanál, macskánál) a phenolphtalein hatástalan marad. Nyulaknál, macskáknál 1—2 grammra, kutyaénál 5—6 grammra sem mutatkozott semminemű hatás. Ugyanígy eredménytelennek bizonyult az anyag vízben oldható natriumsója is, a melyet a pontosan kiszámított mennyiségek elegyítése és a nyert sötét biborszínű folyadék óvatos bepárlása útján nyertem.

Ezzel szemben magamon és számos ismerősömön, sőt már körülbelül két éve betegeken is végzett próbáim azt mutatták, hogy egy felnőtt ember számára 0.15—0.20 gramm elegendő egy-két vizes székürülés létrehozására, sőt sokaknál — különösen este lefekvéskor bevéve — már 0.05—0.10 gramm is elegendő, hogy másnap délelőtt könnyű székelet mutatkozzék.

Bár nem sok reménnyel, de mégis tettem vizsgálatokat élő nyulak normalis belein a Sanders-Esu-féle 0.6%-os konyhasós fürdőben. Az eredmény az volt, hogy sem emulsióban, sem natrium sója alakjában 1—2%-os oldatok a belek üregébe fecskendezve nem hoztak létre élénkebb peristaltikus mozgásokat. Egy ízben terhes nyúlón kísérletezve a terhes méhet is belevontam kísérleteim körébe, de élénkebb vagy tartósabb méhcontractiókat nem kaptam. Ennek alapján tehát nem merném azt állítani, hogy a bél sima izomelemeire, a peristaltikára volna valami hatása.

Ez vezetett aztán arra a gondolatra, hogy talán a phenolphtalein is — mint általában a közepsók — lassú diffusio és emelkedett osmosis útján hat hashajtólag. A dolgot úgy képzeltem magamnak, hogy a belek alkalikus közegében meg van adva az alkalom arra, hogy phenolphtaleinnatrium képződjék, a mely aztán a jelzett osmotikus változást a bélben előidézi. Első sorban tehát ily natriumsó előállítását kellett megkísértenem.

Mivel a phenolphtalein sói a következő valószínű képlettel bírnak



egy molekulára két molecula NaOH-t mértem le és vízben oldva 1 óra hosszat hagytam vízfürdön. Ezután a sötét biborszínű oldatot megszűrve, vízfürdön bepároltam s a visszamaradó tömeget 80° C-nál, majd exsiccatorban CaCl₂ felett jól kiszáritottam. Az így nyert só sötét biborszínű, amorph, vízben kitűnően oldódik, savakra nagyon könnyen elbomlik.

Ismerve az osmotikus és diffusio kísérletek nehézségeit és pontatlanságait, a theoretikus számításokhoz és kerülő utakon végzett meghatározásokhoz fordultam.

Meghatároztam egy 1.25%-os oldat fagyáspont csökkenését és ebből kiszámítottam a theoretikus osmosis nyomását ideális félig áteresztő hártya esetén. A talált fagyáspont csökkenés 0.142° C-t tett ki négy leolvasás középértékében. Ebből az

$$m = \frac{g \cdot \Delta m}{\Delta} \quad \text{azaz} \quad m = \frac{12.5 \cdot 1.85^\circ}{0.142^\circ} \quad \text{képlet értelmében a}$$

moleculasúly (m) = 162.85, a mi a képletből (C₂₀H₁₂O₄Na₂) kiszámított moleculasúlyal nem egyezik (362-vel), jelölve annak, hogy a phenolphtalein natrium, míg (1.25%-os) oldatban részlegesen disszociál 3 esetleg 2 ionra. Az ionok számát megkapjuk $\frac{M}{362} = \frac{162.85}{362}$ képletek értelmében és ez 2.223 iont tesz ki, a mi megközelítőleg bizonyítja, hogy phenolphtalein natrium híg oldatban két NaOH és egy C₂₀H₁₆O₅ molekulára disszociál.

Ismerve már most Avogadro tételét, mely szerint egyenlő molecula-concentratiojú oldatoknak osmosis-nyomása ugyanazon hőmérsékleten egyforma és tudva, hogy az úgynevezett normal-oldatnak (1 gramm molecula oldva 1000 gm. vízben) a fagyáspontcsökkenésből meghatározott osmosis-nyomása 22.5 atmosphaera, felvehetjük azt is, hogy a mi anyagunk normal-oldata (362 gm. oldva 1000 gm. vízben) is ugyanennyi osmotikus nyomást fog kifejteni. Mivel pedig a van't Hoff-törvény értelmében különböző anyagoknak ugyanazon oldószerrel képezett olyan oldatai, melyeknek osmosis nyomása egyenlő, ugyanazon fagyásponttal, forrásponttal bírnak, ebből következik, hogy a mi anyagunk a normal-oldatokra megállapított fagyáspontcsökkenést fogja mutatni, azaz 1.85° C-t.

Ezek előrebocsátása után felírhatjuk azt az egy ismeretlenű egyenletet, hogy ha egy 1.85° fagyáspontcsökkenést okozó oldat osmosisnyomása 22.5 atmosphaera, akkor egy 0.142° fagyáspontcsökkenést mutató oldat (1.25%-os) osmosisnyomása = x atmosphaerával; vagyis 1.85 : 22.5 = 0.142 : x.

És ebből x = 1.74 atmosphaerával. Vagyis ekkora osmosis-nyomást tudna kifejteni egy 1.25%-os phenolphtalein natrium-oldat, ha léteznék olyan ideális hártya, a mely csak az oldószert eresztí át, az anyagot ellenben nem.

Ha már most az osmosisnyomást nem ily ideális, hanem a bélben fennálló physiologikus viszonyokat inkább megközelítő állati hártyák segítségével kísérletileg vizsgáljuk, akkor nem szabad számításán kívül hagyni a hártya viselkedését a különböző oldott anyagokkal szemben, melyeknek egyikét gyorsabban, másikat lassabban eresztí az át. Vagyis lényeges befolyást fog gyakorolni a kifejett osmotikus nyomásra az oldott anyagok diffusio-sebessége az állati hártyán keresztül. Míg ideális, az oldott anyagot teljesen visszatartó hártya esetén az anyagok osmosisnyomása fordított arányban áll azok moleculasúlyával, addig az oldott anyagot is részben áteresztő hártya esetén annak az anyagnak lesz nagyobb osmosisnyomása, a melyik moleculanagysága miatt nehezebben hatol át a hártyán (diffusio sebessége kisebb) és így concentratioját a belső edényben hosszabb ideig megtartja.

Hogy megközelítőleg legalább tudomásom legyen arról, hogy ez az osmosis és diffusio miként megy végbe egy közbeiktatott állati hártyán keresztül, csináltam végre ilyen kísérleteket is, a melyeknek abszolút értéke semmi, de relativ összehasonlításokra

nagyon is alkalmasok. Két egyforma nagy üvegtölcsér tág nyílását jól zsírtalanított vékony disznóhólyaggal feszesen bekötöttem, a lekötést zsírmintesen zártam canada-balszammal és sellakkal. Ezután sima üveglapra állítva a töleséreket, az egyiket 1%-os natriumsulfat-oldattal, a másikat ugyanilyen phenolphtalein natrium-oldattal töltöttem meg és a tölesérek szárát egy hasonló lumenű három meter hosszú üvegesővel hoztam összeköttetésbe. Az így felszerelt töleséreket destillált vízbe sülyesztettem, úgy, hogy a külső folyadék egy nivauban állott a belsővel. 17° C. mellett 24 órai állás után a belső folyadék niveauja az üvegesőben fel-emelkedett a kifejett osmotikus nyomás következtében. Még pedig a natriumsulfat-oldat 149 millimeter, a phenolphtalein natriumé 789 millimeter emelkedést mutatott.

Hogy azonban ezen számok mennyire tökéletlenül mutatják a kifejett nyomást, azt azonnal gondolhatjuk, mihelyt az állati hártyát megtekintjük, a mely a nagy belső nyomás által aláfelé erősen, a megpattanásig kidomborodott.

A natriumsulfatos tölesért sima üveglapra erővel lenyomva (hogy a hártya csekély domborodását kiegyenlítssem), a folyadék-oszlop körülbelül háromszoros magasságig emelkedett. A phenolphtalein natriumoldattal megtöltött tölesér hártyájának domborúságát azonban nem sikerült kiegyenlítenem, mert a felszökő folyadék befogadására a 3 meteres eső nem volt elegendő. A kísérlet tehát azt mutatta, hogy a nagyobb molecula súlyú anyag osmosisnyomása egyenlő concentratio (nem molecula-concentratio) mellett jóval nagyobb, mint a kisebb moleculasúlyúé.

A dolog magyarázatát — mint már fentebb jeleztem — csakis a diffusiosebesség különböző voltában kereshetjük. Ezt megvizsgálándó, külön-külön bepároltam megmért súlyú csészékben a töleséren belül és az azon kívül talált folyadékokat. Az eredmény a diffusiosebesség különböző voltát igen szépen mutatta.

Phenolphtalein Na a belső edényben = 1.814

" Na a külső " = 0.426

2.240

Na sulfat a belső edényben = 0.483

Na sulfat a külső " = 1.717

2.200

Ebből világos, hogy az alkalmazott állati hártya sokkal inkább áteresztő a natriumsulfatra nézve, mint phenolphtalein natriumra nézve.

Megemlítem még, hogy a kifejett osmosisnyomás a hőmérséklettel is arányosan növekszik, tehát a test hőmérséklete mellett bizonyára nagyobb. Egy kísérletemben 30° C. mellett az 1%-os phenolphtalein natrium-oldat nyomása 12 óra múlva 680 mm.-re emelkedett.

Néhány esetben kimetszett béldarabokon vizsgáltam meg az osmotikus viszonyokat. 20 cm. hosszú béldarabokat töltöttem meg lazán 0.7%-os phenolphtalein natrium-oldattal és ezt 0.7%-os konyhasó-oldatba helyeztem. 38° C. mellett 12 óra alatt a béldarabok előzetesen leemért súlya átlag 3.05 gm.-mal gyarapodott.

Nem mutatkozott érdektelenség annak a megvizsgálása, hogy vajjon hogyan viselkedik a szervezetben a phenolphtalein. Előre azon feltevésből indulva ki, hogy a benne foglalt két phenol-hydroxyd folytán esetleg aetherkénsav alakjában fog a felszívódott mennyiség kiürülni, kísérleteimet megközelítő kénsav egyensúlyba hozott kutyákon végeztem.

(Folytatása következik.)

Közlemény a székes fővárosi szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. (Főorvos: Róna Sámuel tanár.)

Az eczema-kérdéshez.

I. Létezik-e „reflex-eczema“?

Csillag Jakab dr.-tól.

Az eczema terjedésének kétféle módját ismerjük. Az egyik az, a midőn a már meglevő eczema szélein fokozatosan új eczema fejlődése van folyamatban; ez a *per continuitatem* való tova-

¹ Előadott a budapesti kir. orvosegyesület dermat. és urológ. szakosztályának 1901. novemberi ülésén.

terjedés. A másik az, a midőn az elsődleges eczemás területtől, ép bőrterületek által elválasztva, kisebb-nagyobb távolságban, egy vagy több helyen az elsőhöz hasonló tünetű és lefolyású eczema lép fel. Ezt a magyarázatára felállított hypothesis után reflex útján való továbbterjedésnek (az eczemat pedig „reflex-eczemának, „Tochter-Eczem“-nek) nevezzük.

Ezen utóbbi terjedési módot Kaposi¹ a következőképpen magyarázza: „... oder die Erkrankung steigert sich zugleich dadurch, dass an entfernten Körperstellen neue Ausbrüche erfolgen.“

„Um letzteres zu begreifen, muss man wissen, dass mit dem Auftreten eines acuten Eczems das Hautorgan in der Weise krankhaft alteriert wird, dass dasselbe nunmehr auf geringe Hautreize... auf dem Wege reflectorischer Gefässalteration, von Eczem befallen wird.“

„Insbesondere zeichnet sich in dieser Beziehung das Gesicht (Ohren, Augenlider) aus, das sofort reflectorisch an Eczem erkrankt, wenn an einer entfernten Körperstelle, z. B. am Scrotum ein acuter Eczemausbruch stattgefunden hat.“

Körülbelül ugyanezt mondja Hebra H.² „... Tritt an einer Extremität, und speciell an einer Gelenkbeuge ein acutes Eczem auf, oder wird es dort künstlich hervorgerufen, so findet man einige Tage später auch die correspondierende Stelle der anderen Seite in der gleichen Weise erkrankt. Diese Erscheinung lässt sich nur so erklären, dass das zweite Eczem reflectorisch durch Fortpflanzung des Reizes längs der Nerven zum Centrum und von dort auf die andere Seite projiziert aufgetreten ist. Als Analogen wären die sympathischen Augenaffectionen anzusehen.“

Kromayer³-nál a következőket találjuk: „... Nehmen wir als Beispiel eine oberflächliche Hautentzündung hervorgerufen durch die Behandlung einer Hautwunde mit Jodoform. Trotzdem nach den ersten Zeichen der Entzündung alles Jodoform aufs sorgfältigste entfernt und die weitere Anwendung streng vermieden wird, schreitet die Entzündung weiter, anfänglich per continuitatem, später sprungweise, so dass bei ursprünglichem Sitze etwa auf der Hand, plötzlich das Gesicht, der Hals oder der Oberkörper ergriffen wird. Sie kennen diese Verbreitungsart bei den Hyperaemien, bei welchen sie auf vasomotorischem Wege entsteht. Supponieren wir einen tropho-reflectorischen Einfluss, so erklärt sie sich zwanglos auch bei den Entzündungen.“

Egy másik helyen ismét a következőket mondja: „Anstatt einer trophisch-reflectorischen Störung können wir auch vielleicht verständlicher und anschaulicher von erhöhter Reizbarkeit, oder reizbarer Schwäche der Haut sprechen. Durch den localen Reiz und die nachfolgende locale Entzündung ist nicht nur die betreffende Hautstelle in einem Zustand reizbarer Schwäche versetzt, sondern die ganze Haut, oder doch Theile, besonders benachbarte sind mitergriffen.“

Ha még fentieket kiegészítjük Hebra F.⁴ következő nézetével: „Aus dem symmetrischen Auftreten der Eczeme, gewöhnlich gleichzeitig an beiden Körperhälften, lässt sich auf eine ursprüngliche Betheiligung des Nervensystems schliessen... und es wird deshalb kein zu gewagter Schluss sein, wenn wir uns zu den Ausspruch berechtigt glauben, dass auch bei der Eczemerzeugung die krankhafte Innervation die Hauptrolle spielt“, akkor ezen idézetekkel körülbelül teljes képet adtam a bécsi dermatológiai iskolának e kérdésben elfoglalt álláspontjáról, mely röviden a következőkben foglalható össze:

Azon heveny, secundaer eczémák, melyek az inger direct behatása és ennek eredményeként fellépett primaer, heveny eczema helyétől távolabb eső helyeken lépnek fel, ép területeket mintegy átugorva, létrejövetelüket annak köszönhetik, hogy egyrészt az inger behatása, másrészt az erre fellépett primaer eczema a területük körébe tartozó bőridegvégekben oly izgalmat létesítenek, mely az idegutakban a centrumba jutva, ott vagy az egész köz-takaróra vagy ennek csak egyes — a secundaer eczémákra praedilectionalis — helyeire kiterjedő angioneurotikus (Kaposi) vagy trophikus (Kromayer) zavart hoz létre, oly zavart, mely az egész köz-takarót, illetve ama bizonyos területeket vagy csak alkalmassá teszi az eczema gyors képződésére bármily csekély ingerre, vagy már maga is eczemat idézhet elő.

Ez a reflex-eczema-theoria.

Ezen theoria mellett szólnának a heveny eczémának symmetrikus területeken való fellépése, a köz-takaró legnagyobb részének vagy az egész köz-takarónak a heveny primaer-eczema fellépésekor eczémával való gyors reactioja enyhe ingerekre, mint nyomás (?), dörzsölés (?), vakarás (?), vízzel való érintkezés stb., az eczema kifejlődését megelőző és az eczemat végig kísérő nagyfokú viszketés, végül az ú. n. neurotikus eczémák létezése. Ilyenekül fogják fel ugyanis a fogzással, a pubertással, a terhességgel, a klimax-szal, hystériával stb. összefüggésbe hozott eczémákat.

Daczára e theoria plausibilitásának, daczára ezen mellette szóló körülményeknek, még sines ez általánosan elfogadva. Nem tartja valószínűnek Veiel Th.⁵, nem mer mellette határozottan nyilatkozni Jarisch⁶ de különösen nem fogadják el a franczák, közöttük első sorban Besnier,⁷ a ki — idevonatkozó nézetét egész terjedelmében idézem — a következőket mondja: „Már megjegyeztük más helyen, hogy ezen magyarázat nem állja meg helyét, nines semmi bizonyítékunk arra nézve, miszerint csupán az által, hogy a köz-takaró valamely részén egy acut, vagyis a fejlődés legkezdetlegesebb stadiumában levő eczema van jelen, a köz-takarónak egy más része is az eczema hatalmába fog kerülni. Lehet-séges, hogy ezen másodrendű fellépése az eczémának ugyanolyan eredetű, mint a minő az első volt, de lehetséges az is, hogy okai még csak később lesznek meghatározhatók, de semmiesetre sem szükséges, hogy reflectorikus transzfert felvételéhez folyamodjunk, mely egyébként is csak a homolog pontokra nézve volna magyarázatnak tekinthető. A legvalószínűbb az, hogy az inficiált eczema góczból származó mikrobás és toxikus természetű anyagok úgy a közvetlen, mint a távolabb eső sphaerákba jutnak és ez által létesítenek eczemás izgalmat, részben vegyi úton, részben pedig úgy, hogy a bőrnek kevésbé ellentálló pontjain, vagyis a tüsző-nyílások helyein inoculatio útján praececzematosus primaer és mikrobás eredetű epidermitiseket létesítenek.“

A mint tehát látjuk, a secundaer heveny-eczémák fellépésének oka még nines teljesen tisztázva. Minden kétséget kizáró bizonyítékokkal sem a reflex-theoria hívei, sem ellenzői nem rendelkeznek.

A reflex-theoria érvei csak látszólagosan szólnak mellette, épen úgy alkalmazhatók ellene is.

Vegyük azokat sorba.

Nézzük először a symmetriát.

Bizonyító-e a bőrbetegségek symmetricitása idegbefolyás mellett? Vegyük a leggyakoribb bőrbetegségek egyikét, a scabiést. Ezen betegség localisatioi symmetrikusok, de kinek juthat eszébe ezt idegbefolyásnak tulajdonítani. De a scabies localisatioi helyén viszketni is szokott, a mi vakarásra ingerel, ezen inger pedig elég-séges, hogy ugyanezen helyeken a vakarás nyomán excoariotok, elszórt hyperaemiás miliaris göcsök és ezekbe való beoltás útján impetigok stb. lépjenek fel, a melyek természetesen szintén symmetrikusok; azért ezen esetben sem fogja senki, azt hiszem, a symmetria alapján ezeket reflectorikus idegbefolyásnak tulajdonítani, hanem azonos inger azonos reactiojának egyenlő anatomiai, physiologiai és — tegyük hozzá — pathologiai viszonyok között levő symmetrikus bőrterületeken, továbbá kívülről jövő fertőzés következményeinek.

Íme a példa arra, hogy lehet kívülről jövő okból származó bőrelváltozás a köz-takaró symmetrikus területein reflectorikus idegbefolyás nélkül is.

De ott van a gépgyári munkás, a nyomdász, a ki terpen-tinnel dolgozik, nemde e közben mindkét kezét igénybe veszi, a mosónő két kézzel mos szódás vízben, a lépcsőházakat mosogató nők, kik ezen munkát térdelve térdig feltűrt ruhában végzik, mindkét kezükkel, alkarjukkal, sőt részben csupaszon maradt alszárunkkal is érintkezésbe jönnek az erős lúgköves vízzel, ezek-nél ha már fellép eczema a terpen-tin, a szódás, a lúgköves víz behatása után az egyik kézen, alkaron, alszáron, az volna a feltűnő, ha a másikon is fel nem lépne, reflex nélkül, csupán a fenti ingerek direct behatása következtében. És így végig mehe-tünk nagyon sok eczémán, a melyeknek direct okát felismertük, a nélkül, hogy a reflex-theoriát kellene magyarázatul alkalmaz-nunk a symmetrikus fellépés megokadatosására.

Nézzünk viszont egy ellenkező példát, a mikor az inger biztosan csak az egyik oldali testrészt érinti. Nézzük azon elég gyakori eseteket, a melyekben csak az egyik alsó végtagon vannak nagyfokú véredényágulatok, ugyanezen alszáron van pangás, akkor ezen alszár beteg, meggyengült bőre a különböző ingerekre a pangó vénás vér, nyirok állandó nyomására, verejtéki izgatásra, izgató kenőcsökre, fürdőkre, áztatásokra stb. eczemával fog reagálni. Azonban ezen eczema csakis ezen alszárra fog localizálódva maradni az acut stadiumtól kezdődőleg hosszú ideig, esetleg évekig a nélkül, hogy a másik egészséges végtag valamely kimutatható inger hiával, csupán reflex útján eczemássá lenne. Az esetek elég gyakoriak ahhoz, hogy mindenki megfigyelhesse e tényt, a mely a mellett szól, hogy direct inger nélkül, pusztán a reflex maga nem képes szimmetrikus eczemat létesíteni.

Hebra H. munkájának fentidézett részében azt mondja, hogy ha az egyik felső végtag bőrén művi provokálunk eczemat, akkor néhány nap múlva a másik végtag megfelelő helyén szintén eczema fog spontán fellépni. Ezen tünetényt, mint alábbi kísérleteimnél látni fogjuk, magam egy esetben sem észleltem.

Ha előbb elég erős bizonyítékát láttuk annak, hogy a szimmetrikus eczema még nem tételez fel előrement reflexhatást, úgy még valószínűbb, hogy a Kaposi által felhozott példában — a serotalis eczemához csatlakozó arcieczemánál —, melynél tehát a szymmetria sincs meg, még kevésbé érvényesül a reflexhatás.

Lássuk ezek után, hogy állunk a primaer eczema kifejlődésekor az egész köztakarón, de különösen az eczema praedilectionalis helyein azonnal fellépő eczemára való hajlamossággal.

Kaposi ezen tünetet, mint láttuk, a direct inger és az általa okozott primaer-eczema által kiváltott reflectorikus véredénybeidegzési zavarnak tudja be, Kromayer ugyanennek vagy reflectorikus trophikus zavarnak.

Ezen kérdés tárgyalásánál szem előtt kell tartanunk, hogy itt nem szerepelhetnek azon eczemák, melyekről feltételezzük, hogy belső okok idézik elő, sem azok, melyeknek okát egyáltalán kideríteni nem tudjuk. Az előbbieket nem jöhetnek itt szóba azért, mert a belső okok, mint ingerek, akár az edényrendszer, akár az idegrendszer útján irritálják a köztakarót, rendszerint az egész köztakaróra vonatkoznak; itt tehát nem vehetünk fel elsődleges eczemas területet és másodlagosat. Az ismeretlen oknak pedig azért nem szerepelhetnek itt, mert ha nem ismerjük az okot, nem ismerhetjük annak sem behatása módját, sem terjedelmét és így, ha az egyik területen előbb lépett fel az eczema mint a másikon, nem tekinthetjük ez utóbbit az előbbi reflexének, mert hathatott az inger a második helyen is, csak talán nem annyi idő óta, vagy nem oly intenzitással, mint az első helyen és ez lehet a második helyen az eczema későbbi fellépésének az oka.

Az eczemat előidézőni szokott külső ismert okok volnának tehát egyedül azok, a melyeknél szó lehetne a primaer eczema fellépése után a köztakarónak reflex útján eczemára való hajlamossá válásáról, oly okok, a melyeket a dermatologus már mint ilyeneket ismer, kevésbé a nem dermatologus orvos és egyáltalán nem ismer a laikus.

Nem ismerve a veszélyt, nem is igyekszik védeni bőrét a laikus ezen ingerek ellen, vagy hivatásánál, foglalkozásánál fogva nem is teheti azt, a mi által meg van adva a lehetősége annak, hogy ezen eczemaingerek ne csak ott érintkezzenek a bőrrel, a hol a primaer eczemat látjuk fellépni, hanem a köztakarónak többi részével is kisebb-nagyobb mértékben, de különösen a köztakaró bizonyos részeivel az inger minősége, behatásának tartama, a leendő eczemas foglalkozása, szokásai stb. szerint.

Szinte lehetetlen volna különben is elkerülni, midőn valamely egyénre hosszabb ideig hat ugyanazon inger, vagy ezen egyén manipulál az ingerrel, hogy ezt szét ne vigye az eczema leggyakoribb localisatioira: kezekre, alkarokra, arcra, nem szervekre, azaz első sorban a ruhával nem vagy kevésbé fedett és így védett helyekre, vagy szét ne vitessék a ruha útján, mely lassanként impraegnálódik az ingerrel — ha ugyan ez ily természetű —, a köztakaró többi részére is. Van különösen egy csoportja a külső ismert vegyi ingereknek, a melyek közös tulajdon-

sága, hogy illékony alkatrészeket tartalmaznak, vagy maguk egészükben illékonyak, ilyenek a jodoform, arnica, carbolsav, terpenin, kéneső stb., melyek rövid idő alatt különböző intenzitással érintkezésbe jöhetnek az egész köztakaróval még elővigyázatos alkalmazásuk, használatuk mellett is. Képzeliünk csak el egy egyént, kinek már sértetlen bőre is igen érzékeny a jodoformmal szemben és a ki csak 24 óráig is jodoformmal volt kezelve, vajjon, bármily óvatos is volt a kezelés, nem fog-e ezen szer bőrének minden részecskéjével érintkezésbe jutni, midőn a távol álló is megérzi az őt körülvevő jodoformtömegekkel telt levegőt. Kromayer ilyen esetben azt hiszi, hogy a midőn a bőrön az alkalmazás helyén a jodoform reactioját észreveszi, ha onnan a jodoformot azonnal eltávolítja, akkor már elég van tőle arra nézve, hogy a jodoform hatása a köztakaró többi részére megakadályoztassék. Hogy ezen eljárás elégtelen ily célból, az az előbb mondottak alapján is eléggé világos, de elégtelen volna az esetben is, ha az illető egyént oly anyagban is füröszténők meg, mely a jodoformot elbontja és így további hatását végleg megszünteti, mert a jodoform alkalmazásának pillanatától hatásának teljes megszűntéig — főleg ha az alkalmazás helyén a reactiv jelek fellépésének idejét is bevárjuk — oly idő telt el, a mely alatt a köztakarón a reactio már megindulhatott, ha subjectiv és szabad szemmel látható objectiv jelek nem is árulják meg azt el.

A mint ugyanis egy kísérleti példából (3. eset) alább látni fogjuk, az inger teljes eltávolítása után még napok múlva is fel-lephetnek a subjectiv és a szabad szemmel látható objectiv reactiv tünetek az alkalmazás helyén a nélkül, hogy az inger eltávolítása idejében valamely különös elváltozás észlelhető lett volna, a mi kétségtelenül azt bizonyítja, hogy a reactio már megindult a bőrben, de oly kismértékű, hogy sem subjectiv, sem objective nem észlelhető.

Nem lehet figyelmen kívül hagynunk azt sem, hogy a heveny eczemat kapott betegek egy része még jó ideig ugyanazon ruházatban jár, melyet az inger behatása idején viselt és a melyen még hosszabb ideig is tapadva lehet az inger.

Igy fogva fel az inger behatásának módját a köztakaróra, nem fog kelleni azon felvételhez folyamodnunk, hogy ha egy bőrterület heveny-eczemában megbetegedett és erre az egész köztakaró vagy annak egyes praedilectionalis helyei „eczemára hajlamosakká” lesznek, ezen hajlam reflectorikus angioneurotikus vagy trophoneurotikus úton jött létre, hanem meg fogunk elégedni azon természetes és egyszerű magyarázattal, hogy a primaer fellépett eczema helye leginkább volt az inger behatásának kitéve, az inger legtöbbször formájában hatott rá, míg a secundaer eczemák helyein kevésbé intensive, rövidebb ideig, kevésbé tömören hatott az inger, vagy az ellenállás volt nagyobb.

A viszketést a secundaer eczemák genesise tanában Hebra Ferdinánd hangsúlyozta először.⁸

A viszketésnek szóban forgó szerepéről álljon itt Török egy az eczemas bőrelváltozásokról szóló közleményének⁹ (1896) ide vonatkozó része: „valamely munkás kezei foglalkozása közben izgató anyaggal jönnek érintkezésbe és ennek folytán nedvező eczema fejlődik ki rajtuk. Sokszor a bőrgyulladás kifejlődésének első napján is már más testtájakon is (pl. az arcban), melyek nem jöttek a kártékony anyaggal közvetlen érintkezésbe, vagy az egész testfelületen viszketés lép fel. Ilyenkor sokszor csupán állandó, vagy gyorsan muló, felületesebb vagy mélyebb rétegeket is érintő, apró vagy kiterjedt bőrelváltozások jönnek létre, a melyeknek anatomiai alapját csupán a hyperaemia és oedema képezi. Más esetekben azonban az eczematosis fejlődik ki, különös előszeretettel az arcban, a fülek tájékán, azután a fantájakon. Ez esetben az arteficiális eczemat kísérő viszketés egy távolabbi regioban, vagy pedig az egész testfelületen viszketést váltott ki, a mely a vakarás közvetítésével eczematosisához vezet.” Tan-könyve¹⁰ első részében (1898) pedig a következőket mondja: „... fel kell vennünk, hogy a kórok az érző idegek ingerlése által esetleg a viszketés közbenjárásával (mint a rühnél) reflectorikus úton segíti elő a folyamat tovaterjedését és a távolabbi regiok megbetegedését.”

(Folytatása következik.)

**Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem
I. sebészeti klinikájáról. (Igazgató Dollinger Gyula dr.
egyetemi ny. r. tanár.)**

Casuistikus adatok a pofarások operálásához.

Irta: Pólya Jenő Sándor dr. műtönövendék.

(Vége.)

VII/11. Visszatér. Az arc és nyak sebei teljesen begyógyultak; az arczon levő hegek alig láthatók, úgy hogy a beteg bal arczele csupán kissé duzzadtabbnak látszik a jobbnál; a szájba ültetett bőrlebenyen 5 cm. hosszú, fekete szőrök tömegesen nőnek; a lebeny maga fehér. A metszőfogak távolsága a szájátánál 6 cm. A szájban az állkapocs mentén a csonton kis sarjados hely, melyből kis csontszilánkot húzunk ki. A regio suprahyoidea medialisban 2 mogorónyi kemény nyirokmirigyet találtunk, melyeket kioperáltunk rögtön jelentkezése után; miután utasításokkal láttuk el, hogy recidiva esetén rögtön újlag jelentkezék, VII/13.-án a beteget elbocsátottuk.

A kosmetikus eredményt a mellékelt ábra (3. sz.) mutatja.

Október havában a beteg újra jelentkezett klinikánkon; bal oldalt sem a szájban sem a mirigyekben a recidivának semmi nyoma, ellenben jobboldalt az állalatti és a mély nyaki mirigyekben egy nagy inoperabilis recidiva keletkezett.



3. ábra.

Ezen esetben tehát a plastica 2 lebenynyel történt, melyek egyikét az arczról vettük, s mely csak a bőrallatti kötőszövetből táplálkozott, s teljesen be volt fordítható a szájba, a másik, mely a bőrdefectust zárta el, a nyakról vétetett. A gyógyulás úgy functionalis, mint cosmeticus szempontból is kedvezőnek mondható; a recidiva nem a megbetegedés oldalán, hanem az ellenkező oldali nyaki mirigyekben következett be; tehát ezek eltávolításának fontosságát ezen eset is bizonyítja. Ezen esetben a végleges plasticát megelőzőleg egy kétrét hajtott lebenynyel, melyet az arczról és nyakról vettünk, kísértettük meg a pofadefectus pótlását, de sikertelenül, mert a lebeny visszahajtott része a műtét után rapide fellépett orbáncz folytán elhalt.

Ezen esetben a carcinoma nem csak a pofára, hanem az áll alatti táj bőrére is kiterjedt; ugyanezen körülmény állott fenn az utolsó két esetben is, melyekben a carcinoma terjedelme igazán rendkívül nagy volt.

Ezen három eset mindegyikében a tumort az állalatti táj képleteivel egy darabban távolítottuk el, úgy hogy felvehettük, miszerint az összekötő lymphutakat is eltávolítottuk. A már tárgyalt 13. sz. esetben e kiirtás az állkapocs testének megkimélésével történt, bár ennek is elvittük a periostját teljesen, s rese-

cáltuk a fogmedernyűványokat; a 14. és 15. sz. esetekben, melyekről alább leszen szó, az állkapocs is nagy terjedelemben usurálva volt a tumor által úgy, hogy a tumorról és mirigyekkel ezt is egy darabban távolítottuk el és pedig mivel nemesak a vízszintes, hanem a felhágó ág is meg volt támadva, mindkét esetben a fél állkapocs exarticulatioját végeztük; a műtét részletes leírását a kórtörténetben adjuk, itt csak az elvet emeljük ki, hogy mindig alulról felfelé haladva szabadítottuk fel a képleteket és előzetesen lekötöttük és átvágtuk a vena facialis anticát s az arteria maxillaris externát; a műtét folyamán az egyik esetben (14.) a vena jugularis interna kiterjedt resectioja vált szükségessé.

A mi e 2 utolsó esetben végzett plasticákat illeti, azt az egyik esetben primaer, a másik esetben secundaer a nagy szájbeli és nyaki sebfeület megtisztulása után végeztük. Előbbi esetben egy a nyelv oldaláról képzett nyákhártyalebenynyel pótoltuk a nyákhártya s egy nyaki bőrlebenynyel a bőr defectusát; a secundaer plastica esetében lemondunk a nyákhártyadefectus pótlásáról, hisz a fél állkapocs hiánya mellett úgy sem kellett szájjártól tartanunk; Küster¹, Sonnenburg² ép a fél állkapocs exarticulatioját ajánlották a szájjár elkerülésére; azért egy egyszeri nyaki lebenynyel fedtük a bőrdefectust. Az eseteket az alábbiakban közlöm részletesen.

14. J. Á. 57 éves, földműves, felvétetett 1900. X/22. 1900 tavaszán vette észre, hogy alsó ajka bal oldalán gőb képződik, ez jelentkezése előtt 1 hónappal kifehélyesedett. Erős pipás volt, a pipát a szája bal szélében szokta tartani.

Felvételekor az alajk bal oldalán egy forintnyi terimenagyobbodás foglalt helyet, mely kraterszerű fekélyt mutat. A bal állalatti tájban s az állcsúcs alatt porckemény mirigyek.

X/24. Műtét chloroformnarcosisban. Végzi Rácz István dr. A bal állalatti táj és a regio suprahyoidea medialis kitarakítása. Az alsó ajkat bőven az épen metszszük ki, úgy hogy kimetszés után csak a jobb szájjug egy kis részlete marad vissza. A bal szájjugnak megfelelően harántul bemetszünk a bal pofába egész a masseterig. Az alsó ajkat egyesítjük; a pofanyákhártya ama részén, mely az alsó ajk képzéséhez felhasználtott, a nyákhártyát a bőrhöz kiszegjük; a szájjugot kiképezzük, s a pofa nyákhártyáját és bőrt csomós és átöltő varratokkal egyesítjük. A sebek per primam gyógyultak, azonban a beteg X/26.-án baloldali pneumoniát kapott, mely XI/1.-éig tartott.

XI/5.-én gyógyultan elhagyta a kórodát.

1901 II/25.-én jelentkezett újra klinikánkon. Az ajak sebe teljesen primára gyógyult, azonban az arc bal oldalán a bal szájjugtól ki- és lefelé az alsó állcsont felett egy kétfüllényi, rendkívül bűzös lepedékkel és szürke nekrotikus cszafatokkal fedett puha szélű fekélyvel jelentkezett, melynek környékén a bőr erősen lobosan infiltrált volt; a száj nyákhártyája ép volt. Akkor nem tudtuk eldönteni, hogy ezen fekély egy erősen elhanyagolt és piszkosan tartott, talán késői fonálgenyedés révén létrejött arcztályognak a kifakadásából származik-e, vagy pedig carcinoma recidiva. A sebet desinfectáltuk, tisztán tartottuk, s e kezelés alatt a nekrotikus cszafatok lassanként lelékődtek, közben III/1.-jén baloldali bronchopneumoniát kapott, mely 39-30-ig felemelkedő hőmérsékemelkedéssel járt, III/6.-ára láza megszűnt, köhögése elmúlt, s mivel a seb megtisztult, nem volt kemény tapintatú, a beteget saját kívánságára azon meghagyással, hogy kötözés és ellenőrzés czéljából klinikai ambulantiánkra bejárjon, elbocsátottuk.

Ő azonban csak IV/25.-én jelentkezett újra egy óriási tumorról, mely a bal pofát, állat és állalatti tájat zygomatától a nyelvcsontig elfoglalta, melynek közepén egy kétfüllényi, kraterszerű, igen vérzékeny fekély volt, mely a pofát perforálta s a foghúson át a szájfenekre terjedt. Ezen keresztül az állkapocs denudálva látszott. A tumor igen fájdalmas és vérzékeny volt, s ezért határoztuk el magunkat a beteg igen alászallott erőbeli állapotának, lassú, arhythmias pulsusának és állandóan fennálló bronchitisének daczára a műtétre.

Ezt V/8.-án morphinchloroformnarcosisban végeztem.

A tumort először a bőrben irtuk körül, 1 1/2 cm.-re az ében. A metszés közepén kettémetszve az alsó ajkat az állcsúcsra, s innen körülbelül a nyelvcsontig haladt, ennek szintjén párhuzamosan vonult az állkapocsszállal, majd a parotis tájat megkerülve a fülezimpa mentén, majd a tragus előtt vonult fel a járomív gyökeréig; innen s a zygoma irányában haladt a felső ajkhoz és a szájjughoz. Ekkor kitűnt, hogy a daganat a glandula submaxillaris, parotis, állkapocs, masseter, sternocleidomastoideussal össze van kapaszkodva, s a mélyben a nagy edények tája felé rögzített; hogy a tumort kiszabadítsuk, először is a pofanyákhártyát metszszük át a felső foghús mellett, annak szélétől 2 cm.-nyire, majd az alsó állcsont periosteumával együtt akarjuk letolni, de a tumor e kísérlet közben beszakad, mert az állkapocst usurálta.

Ezért a bal középső metszőfog helyén Giglivel átfűrészeltük a csontot, s a submaxillaris táj összes képleteit magában foglaló rákos tömeget leválasztjuk az izmokról, a jugularis internáról, mely e közben 6 cm. hosszban szabadra lesz praeparálva; az ezen közben megfeszülő vena facialis anticát és art. maxillaris externát előzetes lekötés után átvágjuk; resecáljuk a sternocleidonak a tumorról összefüggő részét; majd a biventert és mylohyoidest átmetszve, az egész tumortömeget

¹ L. c.

² Berliner klin. Wochenschr. XXIX.

kifelé döntjük, átmetszszük a szájfénék nyákhártyáját, a pterygoideus internus tapadását, majd kívülről a temporális inát, hátul a parotisnak a tumorról összefüggő részletét is átvágjuk, s ekkor sikerül az állkapocs-fejecset az izülettől kicsavarni s az egész tumort kihozni; végül még az accessorius Willisii mellett fekvő néhány rákos mirigyet veszszük ki. A vena jugularist, mely teljesen le volt csupaszítva, a carotis oszlási helyének szintjétől egész a biverter hátsó feje mögé való belépésének helyéig kétszeres lekötés után resecáltuk. Az így keletkezett óriási defectus elzárására először a pofanyákhártyát igyekeztünk helyreállítani; ezt úgy értük el, hogy a pofanyákhártyának a foghús mellett megmaradt részletét egy a nyelv oldaláról felpraeparált nyákhártyaizomlebensnyel egyesítettük; a felső ajak nyákhártyájáról vett egy kis lebenynyel sikerült a pofazsákot teljesen elzárni, azután egy az állsonton ülő basissal egy lefelé vonuló lebenyt vettünk a nyak bőréből, melyet lefelé és balra fordítottunk mintegy 120°-kal, ezután a nyaki seb összehúzásával sikerült a bőrdefectust mintegy gyermektenyényire kisebbiteni; ezen defectus az állalatti tájban ült; ezen keresztül a seb legmélyebb pontját drainezzuk, s a nyaki sebet jodoformgaze-zel tamponáljuk.

Műtét után a beteg meglehetősen elesett volt, azonban csakhamar magához tért; műtét utáni nap többször evett, jól birt tejet, levest nyelni; ezen nap estéjén azután erőbeli állapota birtelen gyengült, jobboldalon pneumonia tünetei jelentkeztek, s V/10.-én délelőtt meghalt. A boncolási jegyzőkönyv diagnosisa: pneumonia crouposa deglutatoria lobi inf. dextri, post operationem ulceris canerosi oris et buccae sinistrae secundarii et resectionem partis sin. mandibulae. Atrophia, anaemia universalis. Pentastomata hepatis petrificata. Synechia pulmonum et cordis ligamentosa.

15. S. L. 56 éves, béres, felvétetett 1901 V/1-jén. 1900 augusztus havában leghátsó bal alsó zápfoga minden ok nélkül meglazult és kihullott, majd sorban összes zápfogai és praemolarisai kihullottak; december havában esett ki az utolsó; akkor állkaposa felett egy sipoly keletkezett, melyből állandóan genyedség folyt; 1901. év márciusa óta areza rendkívül megdagadt, száját alig bírja nyitni. Erős pipás, bagózni sohasem szokott. A meglehetősen cachexiás beteg arczának bal fele rendkívül megduzzadt a jobbhoz képest, a duzzanat diffúz, a bal szájjug, az állsont alsó, a masseter mellső széle és a járomív közt foglal helyet; míg a duzzanat felső részében a bőr csak egyszerűen oedemás, addig a duzzanat alsó része egy az állkapocshoz rögzített kemény tumor által okozatik, melyhez a bőr rögzítve van; az alsó állkapocs közepe felett egy 10 fillérnyi, felhánt szélű sipolynylás, az állkapocs e helyen rendellenes mozgékonyt és crepitatiót mutat. A száj igen nehezen nyitható, legnagyobb erőfeszítéssel 1 cm.-re bírja a metszőfogakat egymástól eltávolítani. A bal II. alsó metszőfogtól kezdve egész hátrafelé terjedőleg a nyelv oldalától kezdődőleg fel a pofára egész a felső intermaxillaris redőig terjedő kraterszerű rákos fekély tapintható, melynek legmélyebb pontját az állkapocs töréshelye képezi. Az állalatti tájban több porckemény, bab egész mandolanagyságú mirigy.

Diagnosis: Carcinoma gingivae lat. sin. ad buccam et fundum oris tendens cum fractura pathologica et infiltratione canerosa mandibulae; metastases cancri in glandulis lymphaticis regionis submaxillaris lateris eiusdem.

V/4. Műtét, melyet morphinechloroformnarcosisban végeztem. A műtét céljául azt tűztük ki, hogy a pofadaganatot, az állkapocst és az állalatti táj mirigyait egy darabban teljesen kivesszük. E végül először körülírjuk az arezon és submaxillaris tájékban tapintható tumor bőrt mintegy 2 cm.-rel a tapintható összenövés határáról, az alsó ajkat a szájjugtól 1/2 cm.-nyire kettéhasítjuk, a bőr sebszéleit a nyakon lefelé húzva az állalatti táj képleteit, izoláljuk a vena facialis communist, az arteria maxillaris externát előzetes lekötés után ott, hol a biverter hátsó hasa előtt az állalatti tájba lépnek, átvágjuk az állalatti táj összes képleteit, ezután a mylohyoides hyoglossusról leválasztjuk őket; a musculus biverter mellső hasát, a genioidest közel a nyelvcsontozat átvágjuk. Ezután a pofanyákhártyát és izomzatot vágjuk át a felső foghús széle mellett, most a kihúzott jobboldali medialis metszőfog helyén Gigli-fűrészszel átfűrészeltük, az alsó állkapocst s a mylohyoidest tapadása alatt átvágván, az állkapocst s a vele összefüggő pofatumort és submaxillaris tájbelt képleteket kifelé luxáljuk, mi közben a szájfénék nyákhártyáját bőven az éppen a nyelv oldala mellett átvágjuk; átvágjuk mostan a tumor hátsó széle mögött a szájnákhártyát s a lágy szájpád bal felét és a tonsillát, melyek szintén rákosak, szintén magunkkal viszzszük; a pterygoideus internus átmetszése után az egész kiirtandó tömeget ki és felfelé luxáljuk, átvágjuk a temporális inát, rámetsszünk az izültre, miután a masseter járomívi tapadásánál átmetsztettük, s az állkapocs fejecset az izülettől kicsavarjuk. A fecskendő arteria maxillaris internát leköttjük, a rüpfonatóból és pterygoideusokból származó viszeres vérzést a rüpfonatosítói árok feszes kitamponálásával csillapítjuk.

Az előállott defectus a következő volt: Hiányzik az alsó ajak egy részlete, a bal pofa teljesen, a lágy szájpád bal fele, a bal tonsilla; a szájfénéki izmok szabadon látjuk a nyelvhez vonulni, szabadon van a rüpfonatosítói árok, az állkapocsizület árka; szabadon látszik a gégebemenet s a sebbe belóg a trigeminus III. ága; ezt lehet centralisan resecálván, s a vérzést gondosan csillapítván, a garat oldalfala, a felső állsont, gerincoszlop és parotis közti üreget feszesen tamponáljuk, s a vérzést mindenütt gondosan csillapítjuk. A biverter hátsó hasa mögött a trigonum caroticumban 2 diónyi rákos mirigy van; ezeket a vena jugularisról leválasztjuk, úgy hogy a vena 5 cm.-nyi darabon teljesen lecsupaszítva fekszik.

Tekintettel arra, hogy a nyak mély sejtszöveve ily módon a szájjárral és garattal közlekedik, a primaer plasticárral lemondunk s a

nyílt kezelésre határozzuk el magunkat. A garat oldalfalát oly módon állítjuk helyre, hogy a nyelv gyöke körül visszamaradt nyákhártya-részletet felszabadítván, a garat oldalfalával néhány öltéssel összeöltjük, s ily módon a gégebemenetet a sebtől elválasztjuk. A felső és alsó ajk széleit is harántul felsebzem, s a nyákhártyát és bőrszéleket összeöltvén, a szájjugot kiképzem; a pofa- és nyaksebet néhány öltéssel szűkítvén, az egész üreget jodoformgaze-zel tamponáljuk, s a gyomorba az orron keresztül állandó cathetert vezetünk be. Kötés.

A beteget első nap a végbélben, azontúl sondán át tápláljuk, a sebet naponta kétszer átkötöttük, s hydrogenhyperoxyddal kiöltöttük.

Mindössze a 3–5. napon át volt a betegnek hőemelkedése, azontúl teljesen láztalan volt a lefolyás. A már megelőzőleg is cachexiás beteg a műtét utáni gyengeségből csak lassan szedte össze magát, s ezért vártunk a plasticával V/21.-éig. A defectus ez idő alatt meglehetősen összehúzódott. Fedése Schleich-féle infiltrációs anaesthesiában történt oly módon, hogy a defectus alsó szélével párhuzamosan vezetett 3 ujnyi széles s a defectus hosszának megfelelő lebenyt irtam körül és praeparáltam fel; a lebeny bázisa a középvonalban feküdt; a lebenyt 90°-nyi tengelyfordítással a bőrdefectus felrészített széleihez varrtuk, a lebeny helyét majdnem teljesen összevarrtuk, csak a fül alatt maradt vissza egy húszfillérnyi, a szájba vezető sipoly. A nyákhártya pótlását itt azért nem tartottuk szükségesnek, mert az állkapocs bal fele hiányozván, a lebeny zsugorodása folytán létrejövő ankylostomától nem kellett tartanunk. A lebeny a felső sebszálon jól megtapadt, kétoldalt azonban részben szétvált. Ezért a fülalatti sipoly elzárására VI/1-jén egy újabb műtéttel, mely a környezet mobilizálásában, a sebszélek felrészítésében és újolagos összevarrásában állott, a szükséges correctiokat eszközöltük. Azonban most is széjjel vált néhány varrat, s a lebeny mellső szélén két lencsenyi, hátsó szélén egy félkrajcárnyi sipoly támadt, melyek azonban lapistouchirozásra szépen húzódtak össze.

VI/15.-én a beteg a klinikát saját kívánságára elhagyta azon utasítással, hogy ha a sipolyok addig teljesen össze nem húzódnának, összel újra jelentkezzenek. A sipolyokon különben étel csak minimális mennyiségben, szilárd étel egyáltalán nem ürül; a beteg száját jól nyitja, enni, rágni jól tud, beszéde érthető; az alsó állkapocs hátrább áll a felsőnél s az állnak assymetriája és hátrahúzódtott volta képezi nála a kosmetikus hibát. Az arezon és nyakon levő hegeket a szakáll nagyrészt elfödi.

Összefoglalva már most az eseteinkben követett eljárásokat: 7 ízben minden különösebb plastica nélkül el tudtuk zárni a defectust, 4 ízben a Gersuny-féle kissé módosított eljárást követtük, egyszer Israel plasticáját hajtottuk végre, megkísérlettük egy ízben kétréthajtott lebenynyel a Staffeléhez hasonló plasticát végezni. Két ízben végeztünk oly plastikát, hogy a nyákhártya- és bőrdefectust külön-külön lebenyekkel fedtük s végül egy ízben csak a bőrdefectust pótoltuk egy nyaki lebenynyel. A mi az eredményeket illeti, a gyógyulás simán folyt le 11 esetben; a gyógyulás folyamát orbáncz, phlegmone zavarta, de az végül mégis bekövetkezett 3 esetben; 1 beteg a műtét után harmadnapra bronchopneumoniában meghalt; ezen egyén rendkívül cachexiás volt már a műtét előtt is, s csak folyton ismétlődő vérzései s rendkívül kínzó fájdalmai birtak arra, hogy a nagy carcinoma kiirtásába, mely az egész pofát és állalatti tájat infiltrálta, a carotikus régióba is beterjedt, s a vena jugularis internával egy nagy darabon össze volt növe, belemenjünk; a beteg már megelőzőleg is több ízben szenvedett pneumoniában. A mi az elért functionalis eredményt illeti, azt minden esetben jónak mondhatjuk, a mennyiben a betegek szájnnyitása minden esetben kielégítő volt, táplálkozásuk akadályba nem ütközött. Egy betegnél nagyobb és két betegnél minimális a szájba vezető sipolyok maradtak vissza a műtét után.

Különben a kosmetikus eredmény általában véve kielégítő volt. Ennyit a műtét közvetlen eredményéről; a mi a műtét távolabbi eredményeit, a recidiva kérdését illeti, eddig 2 betegünk jelentkezett kiújulással; az egyik, kinél mi a már harmadízben visszatérő daganatot műtöttük, egy inoperabilis, nagy tumorról a fossa retromandibularisban, a másik 2 suprahyoidmirigynek rákos beszűrődésével, ezeket eltávolítottuk, később azonban ennél is a megbetegedéssel ellenkező oldali mirigyekben inoperabilis recidiva jelentkezett. Valószínű azonban, hogy a recidiv esetek száma jóval több.

Ezekben voltam bátor a klinikán az 1899/1900. tanév folyamán észlelt pofarakeseteket ismertetni. Szabadjon mélyen tisztelt főnökömnek és mesteremnek, Dollinger tanár úrnak, ki az esetek közlését s legnagyobb részének operálását is nekem átengedni szíves volt s úgy a műtétek végrehajtásánál, mint e ezikk megírásánál is becses érdeklődésével s tanácsaival folyton támogatni kegyeskedett, e helyen is hálás köszönetemet kifejezni.

T Á R C Z A.

A nagyszombati orvosi egyetem keletkezése.

(Vége.)

Általános érdekű még az egyetem kormányzati rendje, mely mint minden, szintén bécsi minta szerint készült. Főigazgató Fekete György gróf lett, a királyné mellőzte a helytartótanács által javasolt esztergomi primást; úgy látszik Barkóczy emléke kísértett. A közvetlen ellenőrzést nem a káptalan, hanem az egyetemi consistorium gyakorolta. Elnöke az esztergomi káptalan nagyprepostja Galgóczy János, tagjai a kari igazgatók, úgymint Iváncsics János (theologia), Tolnay Ferencz gróf (jog), Csiky János, nagyszombati orvos (orvos) és Storchich Mihály (bölesészet). Meglepő, hogy orvost bízták meg a bölesészeti kar igazgatásával, holott annak tanárai jezsuiták voltak. Itt is van Swieten befolyását kell keresnünk. A consistorium az összes ügyeket vezette, a kari dékánok hatásköre pedig a legszűkebb határok köze szorult. Magmaradt azonban az egyetem bírósági tiszte: polgári ügyekben a két jogtanárral kibővülő consistorium, bűnügyekben a világi jogtanárokból és más jogtudósokból alkotott bíróság a jogi director elnöke alatt ítélkezett.

Az egyetem újjászervezéséről szóló királyi intézkedés 1770. évi november 4-dikén érkezett Nagyszombatra. A tanév november 8-dikán ünnepi isteni tisztelettel kezdődött, utána az ékesszólás tanára alkalmi beszédet mondott. Másnap megindult a tanítás. Tanított a theologiai karon 7 tanár, a jogin 6, az orvosin 5 és a bölesészetin 6, összesen 24 tanár. A theologiai karon 150 hallgató a dogmatikát és szentírásmagyarázatot, 50 a theologiai erkölést, 40 a hitvitázást, azonkívül voltak candidatusok (40). Hazai jogot hallgatott 54 első, 25 másodéves, római jogot 12, természeti jogot 24, egyházjogot 40 tanuló. Az orvosi karnak 6 rendes hallgatója, 22 sebészjelöltje volt. A bölesészeti karon physikát hallgatott 80, logikát, metaphysikát, etikát és matematikát 170, kamealistikát (mai nemzetgazdaságtant) 40. Minthogy az egyetem törzsképzője el nem készült, 9 helyen tanítottak. A theologusok a Jézus-társaság collegiumában, a philosophusok a Seminarium Generalében húzódnak meg; az egyházjog, görög nyelv, héber nyelv, ékesszólás és egyháztörténelem tanárai a Stephaneumban tartják előadásait; a pathológiából, physiologiából és materia medicából a kir. convictusban, a chemiából és botanikából pedig a tanár saját lakásán folynak az előadások. A trinitariuskor rendházában talál helyet a boncztan és sebészet; részint saját helyiségekben, részint bérházban a jogtudomány, végül az érseki kuriában a gymnasium.¹ Látjuk a magyar orvosok kezdetétől fogva, nemcsak ma, kellett egyik tanteremből a másikba sietniök.

IV.

Az újonnan felállított orvosi facultás működésének első esztendőiről Fináczy igen érdekes képet fest és azért szerző engedelmével teljességben közlöm az idevonatkozó részletét munkájának.²

Az orvosi kar megteremtésekor külön tanulmányi rendről nem gondoskodott a kormány. Beérte azzal, hogy az újonnan kinevezett öt tanárt Swieten báróhoz küldötte, a ki élő szóval megadta nekik a szükséges utasításokat. S a nagy tudósnak tanácsait, melyekkel ő sohasem fukarkodott, a lelkesedni tudó tanárok bizonyára teljes szívvel megfogadták és követték volna, ha a tudomány sikeres tanításához mulhatatlanul megkivánt segédeszközök nem hiányoztak volna. Störök bécsi orvosi director megelégedett arról, hogy épen Nagyszombatan semmi alapfelszerelés sem volt s hogy e szerint évi általányok, még ha a bécsi mértékhez igazodtak is, nem lehettek elégségesek a tömérdek hiány pótlására. A tanárok évről-évre panaszkodnak, kérnek, könyörögnek; kijelentik, hogy nem vállalhatnak felelősséget az eredményért; hosszú felségfolyamódványokban vázolják a tarthatlan helyzetet, melybe kerültek. Sűrű panaszainak alig volt fogantatjuk, úgy hogy végre fatalistikus megnyugvással folytatták napi foglalkozásukat s a kiválóan gyakorlati vonatkozású orvosi tudományokat kénytelen-kelletlen a száraz elmélet meddőségére korlátozzák.

Nagyszombat városának igazi kórháza nem volt. A mit ott Nosocomiumnak neveztek, inkább szegényháznak volt minősíthető, melyben élelmeztek és alamizsnával látták el a szűkölködő öregeket, de se betegágyak nem voltak e házban, a melyekhez a tanár elvezethette volna hallgatóit, se olyan gyógyszerár, mely mindenkor rendelkezésre állott volna. Képzelték, hogy ily körülmények között a belgyógyászat tanára, kizárólag Boerhavius könyvére és Swieten commentarijaira utalva, alig érhetett el számbavehető eredményt. Könyvből nem lehet megtanítani és megtanulni sem a diagnosist, sem a betegek gyógykezelését, noha Bécsben — úgy látszik — ezt is lehetségesnek vagy Nagyszombatan viszonyaival meggyezőnek tartották. A kórház hiányából — jegyzi meg az udvari rendelet — épen nem következik, hogy a tanár „ex cathedra” ne taníthasson diagnostikát és gyógykezelést. Már maga e tény is igazolta, hogy az egyetemnek a félreeső Nagyszombatan hagyása a legszencsétlenebb része volt a különben oly üdvös reformnak.

Ha nem is egészen azonos, de hasonló kedvezőtlen helyzetben volt az anatomia tanára. Még 1773-ban, tehát három évvel a szervezés után is állandóan panaszkodik a holttestek hiányáról. A kormány elrendelte ugyan, hogy Pozsonyból és a szomszéd vármegyék székhelyeiről Nagyszombatra küldjék a kivégzettek holttesteit, de 1770-től 1773-ig

tényleg csak 3 cadavert lehetett beszerezni s mikor a tanár e hiányra utal, azt kapja válaszul, hogy „tanítson zootomia segítségével, mert így tanított a régi kor és így tanítanak e mesterség jelesei”. Ezt a jó tanácsot azonban a tanár nem követte, mert — mint helyesen kifejti — az állati holttest orvosi szempontból semmikép sem pótolhatja az emberit s inkább a természetrajz szempontjából alkalmazható. Kénytelen volt tehát borszesz-praeeparatumokhoz folyamodni és ezek alapján tanítani. Ugyanilyen kezdetleges eszközökkel kellett dolgoznia a sebészet és szülészet tanárának is. Nem lévén klinikája, élő anyag csak nagyritkán állott rendelkezésére. De úgy látszik holttestei sem voltak. 1773-ban írja, hogy „mivel ezen esztendőben egyetlen emberi holttestemet sem kerithettem, az összes sebészeti műtéteket csakis elméletileg tárgyalhatam s csupán a műtétekhez szükséges eszközöknek és sebészeti kötőszereknek bemutatására szorítkozhattam”. Az úgynevezett phantomnak alkalmazása kikerülhetlen volt. Tankönyvet a tanár nem használt, hanem saját jegyzeteiből tanított.

A chemia és botanika tanára elkecsereedésben valóságos hadat izent a kormányhatóságnak. Mikor már nem hajtanak kérés szavára, gorombáskodni kezd. Nincsen chemiai tűzhelye és mikor végre a szükséges összeget engedélyezik s a munkát foganatosítják, kiderül, hogy rosszul helyezték el. Nincsenek retortái, olvasztó tégelyei, üvegedényei, csiptetői, mérlegei, mértékei; nincs vízvezeték, nincs jégtartásra s kristályosításra szolgáló pinczéje s nincsen semmiféle szertárhelyisége. Minden anyagot és eszközt Bécsből kell hozatnia. Pozsonyig hajón, innen Nagyszombatig tengelyen, úgy hogy a szállítmányok egy része útközben eltörik, megromlik vagy megcsorbul. Nagyszombatan egyetlen olyan mesterember, üveges, fazekas vagy rézöntő nincsen, a ki az elromlott eszközöket kijavíthatná; a tanárnak tehát a szünidőben Bécsbe kell mennie és a magával vitt eszközöket kijavíttatnia. A fűvészkeritést nagy vártatva megcsináltatja a kormány, de egyebet azután nem is tesz, pedig a kertet be kell plántálni, üvegházat építeni, kerti szerszámokat beszerezni, hazai és külföldi növényeket vásárolni. Minderre 2000 arany volna szükséges, oly összeg, melyet az egyetemi alap költségvetése a tanár hite szerint elbir. Bécsben e kívánságokat mód fölött túlzottaknak mondják. Störök protomedikus javaslatára azt a hivatalos választ kapja a tanár, hogy a fűvészkerterre nincs szükség, mert „a gondoskodó természet mindenütt hoz létre növényeket és fűveket, melyekből szorgalmas tanárok a botanika rendszerét világosan és csinosan előadhatják”. Vezesse ki a tanár hallgatóit a szabadba, a mi Nagyszombatan annál könnyebb, mert a hallgatók száma igen csekély. E válasz teljesen kiforgatta nyugalomból a lelkes tanárt. Kemény viszonzást szerkeszt. O felseje rendeletét — úgymond — megértettem, hogy a hallgatók ránduljanak ki a szabadba s hogy fűvészkerterre nincs szükség. Elbocsátottam tehát a kertészt és a munkásokat; majd meg fogjuk látni, hogy a sivar nagyszombati legelőn terem-e valami, a mit az orvosnövendékek használhatnak. Se hegy, se erdő, se mocsár nincsen közvetlen közelben s így épen csak a legközönségesebb ütszéli fűveket fogják megismerhetni. A mig azonban így epéskedik és küzködik a derék tudós egy szűkkeblű felsőbbség felfogásával, alattomban mégis megsajnálja pár szál hallgatóját s derült napokon saját lovaival kiviteti magát Nagyszombat távolabbi vidékére, a honnan maga hozza be az előadásaihoz szükséges növényeket, melyeket Linné rendszere szerint tárgyal.

E külső akadályokhoz járult a nagyszombati egyetem orvosi kara által adott képesítésnek alárendelt sanctioja a bécsi oklevelekkel szemben. Mig a nagyszombati diploma szakis Magyarországra és képesített részeire volt érvényes, a bécsi oklevélnek az egész monarchiára szóló érvényét fentartották; mikor pedig a kar azt kérte, hogy a magyarországi honosságú orvosjelölteket kizárólag Nagyszombatba utasítsák, a kérelem a kancellária javaslatára tagadó elintézésben részesült. Meg volt hagyva, hogy jövőre az országban csak az lehet tisztiorvos vagy sebész-mester, a ki Nagyszombatan (vagy Bécsben) egyetemi oklevelet szerzett s mégis sok helyütt (például 1773-ban Vácot, Budán, Liptó-megyében) oklevél nélkül alkalmaztak physikusokat és chirurgusokat. A kar ennek ellenében azt javasolja, hogy szerveztessék ki országos orvosügyi igazgató (Director Rei Medicæ per Hungariam), vagyis magyarországi Protomedicus, kinek különös feladata volna az orvosi gyakorlat és egészségügy terén felmerülő visszaéléseket megszüntetni, de a javasolt intézmény a bécsi egészségügyi bizottságra való hivatkozással, mint szükségtelen mellőztetett. Bécsben az orvosdoctori értekezések nem kerültek a rendes állami censura alá, hanem megbírálta azokat maga a kar; hasonlólt kértek a nagyszombatiak is, mire azt a választ kapták, hogy a kérelem nem teljesíthető, mert a nyomtatványok censeálása egyetemes érvényű királyi rendeleteken alapszik. A kar minden legkisebb részletben szorosán a bécsi utasításokat tartozott követni, sőt a napi tanrendet sem volt szabad, némi eltéréseket kivéve, másképp megállapítani. Az Ordo Docendi in Facultate így hangzott: „A 3/4-ad 8-am usque ad 3/4, ad quam ad normam Systematis Viennensis oportet esse collegium practicum, verum quia hactenus defectu nosocomii occasio deficit, sic eodem tempore, nempe ab 8-a ad 9-am traditur pathologia. A 9-na ad 10-am traditur physiologia. A 10-na ad 11-am traditur anatomia practica, sed perraro opportunus est nanciscendi aptum cadaver. Eodem tempore bis per Septimanam, nempe die Mercuris et Veneris, traditur ars obstetricia. Ab 11-ma ad 12-am ad Nonnam Systematis Viennensis, oportet tradi chemia, quia autem Tyrnaviensis eodem tempore prandere consuevit, et praeterea pathologia mane tradi solet, unde ejus hora a meridie vacua sit, sic chemia ad illam horam (a 2-da ad 3-am) translata est. A 3-ia ad 4-am traditur materia medica. Eodem hora per totum annum excepto die Mercurii traditur chirurgia.”

¹ Fináczy 318. l.² Fináczy i. m. 331—336. l.

Még az eskülevelek és diplomák szövege is szóról szóra meg-
egyeztet a bécsiekkel, kivéve hogy amazokban csak a Magyarországra
és kapcsolatos részre vonatkozó érvényesség kifejezése szerepelt. Ezt az
eltérést nemcsak szívesen vették, de külön el is rendelték a bécsiek.
Ilyen is hasonló korlátozások mellett valóban csodálnunk kell amaz
első tanárok türelmét, kitartását és lelkesedését. Az orvosi tudományok
östelepitői voltak hazánkban és az alapvetés bátor hősei. Küzdelmeiknek
végre is megvolt eredményök. A Jézus-társaság feloszlása után a
dolgok új rendje nekik is meghozta egyik-másik kívánságuk teljesülését.

Juba Adolf dr.

Közegészségügy.

Az új dán gyári törvény egészségügyi intézkedései. Az új
dán gyári törvény f. évi január 1-jén lépett életbe; főbb határoz-
mányai a következők: A gyári felügyelet alá tartozik minden munka-
adó — úgy az iparban, mint a kézművességben —, a ki telepén 5
munkásnál többet foglalkoztat, vagy (tekintet nélkül a munkaslétszámra)
bármilyen mechanikai erőt használ. Minden a felügyelet alá tartozó
munkahelyiségben legalább is minden munkásra 8 m³ levegő essék és
a munkahelyiségben czélszerű szellőztetés és jó világítás legyen. A
munkahelyiségek rendszeren tisztítandók és a mennyeiben a viszonyok azt
megkövetelik, fűtendő. A gyermekmunka a gyári felügyelet alá tartozó
telepeken a betöltött 12. életévig el van tiltva (eddig csak a 10. évig).
12 éven felüli gyermekeknek csak 6 órát szabad dolgozniuk s reggeli 6
óra előtt és esti 8 óra után a foglalkoztatásuk tilos. 4 1/2 órai munka után
egy fél órai szünet adandó, mely a 6 órás munkanapba beleszámítandó.
Vasár- és ünnepnap gyermekeket foglalkoztatni nem szabad. Mindkét nemű
fiatal munkások munkaidéje 18-dik életévükig a napi 10 órát meg nem halad-
hatja és nem kezdődhetik reggel 6 óra előtt és nem végződhetik esti 8 óra
után. Ezekre is érvényes a gyermekmunkásokra előírt munkaközi szünet
és ezek munkaidéje lehetőleg olyképp rendezendő, hogy ezek a technikai
vagy szakiskolák látogatásában ne gátoltasanak. Különösen nehéz és az
egészségre veszélyes üzemeknél a munkatanács a korhatárt emelheti,
illetőleg a 18 éven aluli egyéneket ily munkától egészen el is tilthatja.
Mielőtt a munkaadó egy gyermeket vagy egy fiatal munkást felfogad,
köteles arra nézve egy orvosi bizonyítványt szerezní, hogy az illető
rátermett a foglalkozásra. Nőket 4 héttel a lebetegedésük után nem
szabad foglalkoztatni. A felügyelőknek jogukban áll az ipartelepét bár-
mikor megvizsgálni. Kihágások, a menyiben súlyosabb büntetést nem
vonnak maguk után, 10—200 korona pénzbírsággal büntetettek. A
községi hatóságok a belügyminister engedélyével a gyermek és fiatal
munkásokra előírt szabályokat a törvényben meghatározott telepeken
kívül más telepekre is kiterjeszthetik, a mennyiben az egészségi és
erkölcsi szempontokból szükségesnek mutatkoznak. A gyári felügyelet
áll: 1 igazgatóból, a ki mellett egy titkár és egy technikai meghatal-
mazott működik és 10 iparfelügyelőből, ezek között egy nő. A munka-
tanács három folkeltingsképviselőből, a szakszervezetek három és a
szervezett munkaadók szintén három képviselőjéből alakul. A munka-
tanács javaslatokat tehet úgy az iparfelügyelőségnek, mint a kormány-
nak a munkástörvényhozást illetőleg és évenként, ép úgy, mint az igaz-
gató, jelentést tartozik tevékenységéről előterjeszteni.

A kormánynak eredeti javaslata ezen határozmányokon jóval
túlment; tartalmazta ugyanis 1. a 14 éven aluli gyermekek gyárszerű
foglalkoztatásának tilalmát; 2. a nők éjjeli munkájának eltíltását és
3. nők részére egy 10 órai maximalis munkanap meghatározását. A
védelmi intézkedések megváltoztatása a képviselőházban történt.

IRODALOM-SEMLE.

Összefoglaló szemle.

A csonttörések és a ficzamosodások kór- és gyógytanának haladása.

Közli: Chudovszky Móricz dr. műtő, volt sebklubikai tanársegéd.

(Folytatás.)

19. Goris: Deux cas de fracture spontanée de l'apophyse styloide. Ann.
de la soc. belge de méd. 1900. — 20. Pluyette: Fracture simultanée des deux
clavicules. Bull. et mém. de la soc. de chir. T. 25. — 21. Lorenz: Die isolirte
Fractur des Tuberc. minus. Deutsche Zeitschr. für Chir. 58. k. — 22. Linser:
Über die traumatischen Epiphysenlösungen am ob. Ende des Humerus. Beiträge
zur klin. Chir. 29. k. — 23. Riethus: Über Verletzungen des N. radialis bei
Humerus Fracturen und ihre op. Behandlung. Beiträge zur klin. Chir. 24. k. —
24. Keen: Six cases of secondary operation for wrist drop from injury to the
musculospinal nerve by fracture of the humerus. Med. chron. 1900. — 25. Lucas:
Two cases of ununited fracture of the humerus by the interposition of the mus-
culospinal nerv. etc. Brit. med. journ. 1901. — 26. Dollinger: Kimutatás a buda-
pesti kir. m. tud.-eg. i. sz. sebkórodiáján stb. végzett műtétekről. — 27. Broca és
Mouché: Complic. nerv. des fractures de l'extrémité inférieure de l'humerus. Rev.
de chir. 1899. — 28. Sultan: Die ambul. Behandlung der Oberarmbrüche mit
permanenter Extension. Cbl. f. Chir. 1901. — 29. Kahleiss: Über Radiusbrüche.
Deutsche Zeitschr. für Chir. 45. k. — 30. Oberst: Die Fracturen und Lux. der
Finger, Carpus, etc. Fortsch. auf dem Gebiete der Röntgenstr. 1901. — 31. Beck:
Beiträge zur Fract. carp. Radiusepiphys. Arch. f. klin. Chir. 63. k. — 32. Clarke:
A rare form of the fracture of the lower end of the radius. Clin. Notes. 1899. —
33. Rudolph: Beitrag zur Kenntniss der Längsbrüche des Radiusköpfchens. Inaug.
Diss. 1900. — 34. Rammstedt: Über traumatische Lösung der Femurköpfepiphys
und ihre Folgeerscheinungen. Archiv für klin. Chir. 61. k. — 35. Derischinski:
Ein Fall von Knochennaht etc. bei einer Oberschenkel Pseudoarthrose. Chirurgia.
6. k. — 36. Rosenberger: Über die Behandlung von gleichzeitigen complicirten
Fracturen des Ober- und Unterschenkels derselben Seite. Deutsche Zeitschrift für

Chir. 50. k. — 37. Barker: Zur Frage der Patellarnaht. Arch. für klin. Chir. 63.
k. — 38. Lewis: Treatment of fracture of the patella. Med. news. 1899. —
39. Lotheissen: Über die Zerreissungen des Streckapparates des Kniegelenks. Deutsche
med. W. 1899.

Épen úgy, mint azt a tavalyi összefoglaló szemlémben megjegyeztem,
hogy a csigolyatörések kezelésének terén megálltunk, úgy ott vagyunk
most is. Eljárásaink olyanok, hogy ritka az az eset, a mikor kezelésünk
jótékony hatásának lehetne tulajdonítani a kedvező eredményt. Pedig
ma, a midőn a kathodsugarak igénybevételével, habár sok nehézséggel
összekötve, de mégis eléggé tájékoztató fényképek állhatnak rendelkezé-
sünkre, a csigolyatöréseket jobban lehetne ellátnunk. Ha a törés
fennálló körtümenéyeit egybevetjük a Röntgen-fényképen látható törési
képpel, akkor a kezelésünket is helyesen irányozhatjuk.

Goris¹⁹ a karczynylványak ritkán észlelhető törései közül két
esetet közöl. Az egyik esetben a karczynylvány hirtelen nyelés közben
törik el, a másik esetben nehéz köhögési roham okozza azt. Minthogy
a csonttörés törése következtében a nyelés igen fájdalmas volt, betegeit
úgy látta el, hogy a lágyzájpadot a mandolák előtt bemetszette s a
tört részt kihámozta. Eljárása eléggé radicalis, s túllépi azt a határt,
a melyet legtöbb sebész ily esetben maga elé szab.

Pluyette²⁰ a kulcsesonttörések casuistikáját egy ritka esettel gaz-
dagítja. Egy férfi mindkét kulcsesontja egyszerre tört el, még pedig
oly módon, hogy a beható erő vállait két oldalról nyomta össze. A
törést úgy kezelte, hogy a két kiálló csontvéget levészte, a csontokat
sodronyvarrattal egyesítette, a törési végek minden eltérés nélkül meg-
gyógyultak.

A felkar vállizületi végének apróbb izületi töréseit ma már
Röntgenképek kapcsán pontosan kórimézzük. Habár igen nehéz a váll-
izületet a kathod-sugarak segítségével jól lefényképezni, de mégis, ha
két sík felől készítünk fényképet, s ezek eredménye egybevágó, akkor
kellőképpen tájékozódhatunk. Így Lorenz²¹ közli a felkar kis gumójának
a törési esetét, a mely esetben a felkar mozgékonyasága csökkent, a
mennyiben a beteg a felkarját 4 hóval a törés után rosszul tudja befelé
forgatni, míg kifelé forgatni fokozottabb mérvben képes. Linser²² 22
esetét közöl, a midőn a felkarsont felső végdarabja levált. Az újabb
keletű esetekben a Röntgen-fényképek jó szolgálatot tettek. Esetei leg-
nagyobb részében a törés oka közvetlen erőművi behatás. A töréseket
úgy kezelte, hogy a betegeket lefektette s a felső végtagot függélyes
irányban felfelé huzatta. Szükségesnek tartotta azt, hogy azon esetek-
ben, a midőn a törés ily kezelés mellett irányeltéréssel gyógyult,
véres műtét útján illeszsze össze a csontdarabokat, nehogy a csont
növekedésében visszamaradjon. A felkartörésekhez társuló szövödmé-
nyek egyik súlyos alakja az, midőn az orsóideg megsérül, avagy elszak-
kad, avagy a csonthegbe szorul. Ha a nem rég megjelent közleményeket
tekintetbe vesszük, úgy azt kell mondanunk, hogy a szövödmény nem is oly
ritka. Így Riethus²³ terjedelmes tanulmányában 319 felkartörés esetében
16 ily esetet (4-1%) közöl, a midőn az orsóideg megsérült. 8 esetben
a beható erő, a mely a csontot eltörte, zúzta az ideget is. 6 esetben
az ideg teljes elszakadása következtében az ideg teljesen hűdötté vált.
3 esetben varrattal egyesítették az idegvégeket, a midőn az ideg
23—115 nap múlva újra működött. Egy esetben a nyílt sérülés eseté-
ben az idegből 7 cm. hosszú darab hiányzott, hogy az idegvégeket
mégis egyesíthesse, a felkarsont megfelelő hosszú darabját csonkolta.
Egy másik esetben a felkar törési végeit ferde síkban lefűrészelte, úgy
hogy azok egy darabon egymás felett elcsúszhattak és az idegeson-
kokat egyesíthette. 4 esetben a lágyrészek hege, 1 esetben a csontheg
rögzíti az ideget s okoz bénulást. A mint a tanulmány bizonyítja, min-
den felkartörés ellátásánál ezen szövödményre kellő tekintettel kell
lennünk s annak korai felismerése igen sok kellemetlenségtől fog ben-
nünket megóvni. Keen²⁴ 6 esetet közöl, a midőn az orsóideg megsérül.
5 esetben a bénulás tünetnéyei csak a törés ellátása után mutatko-
znak. Egy esetben a felkarból 3 1/2 cm. hosszú darabot csonkolni kellett,
hogy az idegvégeket összeilleszteni lehessen. A többi öt eset közül
kettőnél a műtét eredménye teljesen jó volt, háromnál igen kevés javu-
lást észlelt. Lucas²⁵ igen rossz eredményről számol be, a midőn a fel-
kar csonthegbe belenőtt orsóideget felszabadította s csontvarratot
alkalmazott. A csont ugyan összeforrt, hanem az ideg bénulása nem
javult meg. A budapesti I. számú sebészeti klinika kimutatása szerint²¹
az 1901. nyári félév folyamán egy esetben kellett felszabadítani a
hegbe ékelődött orsóideget. A mig az orsóideg sérülése a felkarsont
törésének szövödménye szokott lenni s mint ilyen elég gyakran ész-
leljük, hogy súlyos következményekkel jár, addig a singideg sérülése a
felkar külső büttyének törései esetében észlelhető s komolyabb követ-
kezményeket nem von maga után, a mint azt Broca és Mouché²⁷ két
esetében látjuk. A könyökizület ilyen törés esetében gacsos állást fog-
lal el s az ideg csak igen lassan vonatik a bántalom körébe.

A felkartörések kezelésénél alkalmazható egyszerű nyújtó köt-
éseinket Sultan egy új módszerrel kívánja megjavítani. Erre a célra a
Middeldorpf-féle háromszög mintájára papírmézből egy erős támasz-
técot készít, a melynek felső szára egy kengyel alakú abricsavasat
bele gipszel, a minek segítségével a felső végtagot azután nyújthatja. A
papírmézre erősített pléhkengyel a gipszkötéssel kapcsolatban megle-
hetősen szövödményes eljárást képeznek s nem képelem, hogy az a
pléhkengyel mint a nyújtókészülék egyik megtámaszkodási pontja elég
erős lehetne.

Az alkarsontok törései közül a sebészek különösen sokat fog-
lalkoznak az orsócsont kéztőizületi végének a törésével, mint leg-
gyakoribb töréssel. A Röntgen-fényképek, a melyeket e táj töréseiről
készítünk, oly sok új adatot szolgáltatnak a törés kórtanára vonatko-
zólag, hogy megfejtethető válik az a dolog, miért eszelték ki azt a

sokféle eljárást e törés kezelése céljából. A gyűjtő közlemények közül *Kahleyes*²⁹ Oberst osztályáról s maga *Oberst*³⁰ is 235 oly törési esetet közölnek, a midőn az orsócsont alsó végdarabja tört. E közleményben az a meglepő, hogy e töréssel kapcsolatban a singesont alsó végdarabja együtt tört az esetek 80%-ában. A szt. János-kórház sebészeti osztályán készült felvételek szerint a singesont törése ugyan egyes esetekben hozzátársul az orsócsont ezen töréséhez, de semmi esetre sem oly arányban, a mint azt a fentebb említett közleményekben olvassuk. Mi néhány esetben azt is észleltük, hogy a singesont részlegesen fízamodott ilyenkor. Oberst közleménye alapján azon nézetének ad kifejezést, hogy az alkarsontokat azok törésénél a beható erő téríti ki a rendes helyzetükből, nem pedig az izmok működése, továbbá, hogy a helyzetükből kilódított csontrészek hosszúsági meg oldal iránybani kitérését, kötéseikkel alig lehet megjavítani, a tengely meg a tengelysík iránybani kitérését azonban megjavíthatjuk. *Beck*³¹ 104 oly törés Röntgen-képét közli, a midőn az orsócsont alsó végdarabja tört. Ezek között 16 esetben a csont megrepedt, több esetben apró kis csontdarabkák pattantak le, a melyeket mi is észleltünk a mi Röntgen-képeinken. *Beck* nézete szerint az orsócsont alsó végdarabjának töréseit bizonyos minta szerint osztályozni nem lehet, a mennyiben 104 törése között nincs kettő, a mely egyenlő volna. E tanulmányokat mi a szt. János-kórházban észlelt leletekkel csak megerősíthetjük. A helyes kezelés iránya tehát az volna, hogy a hol alkalom nyílik arra, ott a kezelési terv megállapítása előtt Röntgen-fénykép alapján győződjünk meg a törés finomabb jellegéről, a melyet egybevetünk a többi törési tüneténnyel; ennekutána látjuk el a törést. Ha a sebészek ekkép járnának el, akkor nem olvsnók azt, hogy egyesek minden ily törést *Lucas Championnière* módszere szerint, avagy *Nélaton*, vagy *Schede*, vagy *Roser* stb. sinjével kezelik, hanem hogy a törés jellegéhez alkalmazzák a kezelési eljárást. A mióta ily irányban látjuk el az orsócsont alsó végdarabjának a töréseit, azóta eredményeink kedvezőbbek.

*Clarke*³² egyik esetében egy régebbi orsócsonttörés után az alsó végdarab Y alakban újra török. Az angol irodalom zárkózottságára vall az, hogy más ily esetet nem ismer.

Az orsócsont törése közé tartozik az orsócsont fejecskének a hosszanti törése, mint a milyen két esetet *Rudolph*³³ közöl, midőn a törési végek kitérése miatt a fejecskét csonkolni kellett. Elég radicalis volt a beavatkozás, de indokolni nem tudta.

Az ujjpercsek törései közül *Müller* három különleges esetet ismertet, a midőn ugyanis a körömperez nyílt törése után a törés mind a három esetben álzület képződésével gyógyult. A mellékelt Röntgen-képek alapján tárgyalja e töréseket, végül azon nézetének ad kifejezést, hogy e töréseket mindaddig azért nem közölték többen, mert a kathod-sugarakat nem vették igénybe.

*Rammstedt*³⁴ a gyermekek czombesonttörésének tanulmányozása közben fejti ki azt a nézetét, hogy a gyermekek coxa varája legtöbb esetben e csont törésének a következménye. Még pedig a czombfejec a határvonalon leválk s eltolódik, mennél kisebb az eltolódás, annál kifejezettebb a kórkép.

A mily nehéz az alkar s felkar álzületét műtét útján megszüntetni, még fokozottabb akadályokra bukkanunk, a midőn a czombesont törése után képződött álzületet kell műtét útján megszüntetni. Példát szolgáltat erre *Derinschinsk*³⁵ esete, a ki csontképlőműtét segélyével akarta a beteget meggyógyítani, de minthogy csontelhalás és genyedés társultak a műtét seb gyógyulásához, a csont összeforradásának az időtartama igen hosszúvá nyúlt. A conservatív kezelés egy szép esetét mutatta be *Dapsy* a közközházi orvostársulat egyik ülésén, a midőn a czombesont alsó harmadának nyílt darabos törése esetében az izomzat egy része elpusztult s választani kellett a között, hogy csontkítani kell-e, avagy meg lehet-e a végtagot menteni; az utóbbit választva, az egyént újra munkaképessé tette. *Rosenberger*³⁶ egy esetében az illető betegnek ugyanazon az oldalon törték el az alszársontjait s a czombesontja; ekkor ő oly külső sint alkalmazott, a melyhez az egész végtagot rögzíthette, úgy hogy a beteg meggyógyulása után hasznavehető végtaggal járt.

A czombesonttöréseknél alkalmazható járókötések kérdése szóba került a 68. angol orvosi congressuson, a hol *Robert Jones* azon tapasztalatát közölte, hogy a törések ilyen kezelésnél csak megrövidüléssel gyógyulnak. Azt hiszem, ha *Dollinger* eljárását mindenben híven követék volna s a törés helyét Röntgen-fényképekkel ellenőrizték volna, akkor semmi esetre sem észlelték volna oly kellemetlen eredményt. A szt. János-kórház sebészeti osztályán készült képeink tanúságot szolgáltatnak arra, hogy a *Dollinger*-féle járókötés a czombesonttörések bizonyos alakjainál igen jól bevált, bevált pedig azért, mert a kötés pontos rátételére ügyeltünk, mert ügyeltünk arra, hogy a kötés használat közben ne romolják s ügyeltünk arra, hogy csak oly töréseknél alkalmazzuk, a hol remélhetjük, hogy a törési végek lehető helyreigazítása után azok helyben is maradnak.

A sebészek a különböző csontok törései közül tán a térdkalács töréseivel foglalkoznak ma legelőkeltebben. A közlemények legnagyobb részéből azt tanuljuk, hogy a legtöbb sebész a véres műtét beavatkozás barátja és annak eredményeiről számol be. Így *Barke*³⁷ minden térdkalács törésében rögtön várr. Véres műtét útján feltárja az izületet s ha a térdkalács két tört részéből áll, abban az esetben azokat sodronnyal körülfűti s egymáshoz illeszti. Azon kijelentésével, hogy minden térdkalács törésében véres műtét útján kell segíteni, kissé messze ment, a mennyiben nem különböztet meg oly töréseket, a hol a véres műtét nélkül is teljesen jó eredményt kaphatunk. Hogy az egész izületet

ne kelljen feltárni *Lewis*³⁸ csupán a bőrt metszi át s csonthártya meg tokszalagvarratot alkalmaz. *Lotheissen*³⁹ közleménye szerint az insbrucki sebészeti klinikán 1895 óta minden térdkalács törés esetében csontvarratot alkalmaznak.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Karl von Hofmann: Die moderne Therapie der Cystitis. Wien, Franz Deuticke, 1901.

A gyakorlatban a hólyaghurut fogalma alá sok oly betegséget foglalnak, mely sem a hólyagban nem székel, sem hurutnak nem mondható.

A húgyszervi bántalmaknak az utolsó évtizedekben történt behatóbb tanulmányozása ezen gyűjtőfogalom alól sok oly megbetegedést vont ki, a melyek odasorolása csak zavart okozó volt és a hatásos gyógykezelésnek rovására ment.

A cystitis kóroktani és kórtani ismeretének haladásával, diagnostikai segédeszközeink tökéletesbedésével, gyógyeljárás mód-szereink is rationalisabb alapra voltak fektethetők, az antisepsis és asepsis vívmányai és az ezeken alapuló sebkezelési felfogásunk módosulása a húgyszervi bajok kezelésében is érvényesítette áldásdús hatását.

Szerző ezen kis terjedelmű munkában meglehetősen teljességgel foglalja össze ismereteinket. Tanácsainak vezérmotívumait a Guyon iskolából és Guyon munkáiból kölcsönözte, a mint azt loyálisan be is ismeri, csak a Janet-féle mosások veszélyeinek falrafestésében — német. A munka igen folyékonyan van megírva és a gyakorló orvosnak igényeit véve alapul elég kimerítő is, míg a végéhez csatolt pontos irodalmi jegyzék a szakembernek teszi becsessé.

Ráskai dr.

Gilles de la Tourette: Le traitement pratique de l'épilepsie. Bailliére et fils. Paris. 1901.

Az ismert francia szerző a nála megszokott szellemes módon, minden részletre kiterjeszkedve ismerteti az epilepsia kezelésének ama methodusát, melyet a modern neurologia megalapítója, *Charcot*, kezdeményezett, s melyet szerző sok évi tanulmányaival kibővített s minden legkisebb mozzanat figyelembe vételével megállapított. A kis kötet beható ismertetése ugyancsak egy kis kötetet képezne, úgy hogy csak a lényeg rövid jelzésére szorítkozhatunk.

Gilles de la Tourette az általa praecónizált módszert „méthode de la dose suffisante de bromure“-nek, az elegendő brómadag módjának nevezi. A tulajdonképeni kúra két-harmadfél évi gyógytartamot igényel, s szerző szerint igen sok esetben végleges gyógyulást, de mindig nagyfokú enyhülést eredményez. Szerinte az epilepsia majdnem mindig egy — néha minimális — agylaesiónak eredménye; a therapia célja nem lehet ezt eltüntetni, hanem a „mozgásingerlékenységi túlrézkénységnek“ (hyperexcitabilité excitomotrice) leszállítása. Ezt csak a brómsókkal lehet elérni. A brómadagot háromheti ciklusokban adagolja, p. o. az első héten 3, a másodikban 4, a harmadikban 5 gramm brómot ad s a negyedik héten újból kezdi eme ciklust. Eme adag esetleg 1—2—3 grammal emelendő addig, míg az elegendő brómsaturatio bekövetkezik. Ennek szerinte egy állandó physikalis jele van: tágult pupillák, renyhe reactioval. Ha a pupillák szűkek és jól reagálnak, a brómadag kevés és a rohamok nem szünetelnek; ha a brómadag máris nagy, akkor a látak ad maximum tágak és nem reagálnak; ekkor már brómmérgezéssel állunk szemben és a rohamok újból jelentkeznek. Ha a „dose suffisante“ el lett érve, pl. 4, 5, 6 gramm brómsóval, eme adagolást folytatjuk, még pedig az utolsó epilepsziás manifestation túl még egy évig; ez alatt időnként szükséges a brómadagot emelni 1—1 grammal. Az év elteltével a brómadagot — mindig három hetes ciklusok betartásával — csökkentjük úgy, hogy egy félév múlva elhagyjuk.

Ezek után szerző leírja a brómkezelés szövödményeit, az epileptikusok hygienéjét, a roham és a status epilepticus kezelését, egyes epilepsia fajok különleges kezelését, minden esetben hasznos és jó tanácsot adva. Más kezelési módszereknek rövid ismertetése és kritikája fejezi be a kis könyvet, mely nemcsak tanulságos, de érdekes olvasmányt is képez.

Hudorernig.

Bum: Handbuch der Massage und Heilgymnastik. Dritte, vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1902.

Hogy a massage és a gyógygymnastika tárgyalásával foglalkozó nagyszámú, részben kitűnő munka mellett *Bum* könyve öt év alatt három kiadást ért, ez mindenesetre azt mutatja, hogy bizonyos oly tulajdonságokkal bír, melyek alkalmasak arra, hogy ne csak a tulajdonképeni szakemberek, hanem az orvosok zöme, a közönséges gyakorló orvosok is megkedveljék. Ilyen tulajdonságok az előttünk fekvő munkában a következők: a technikai rész rendkívül világos előadása, a nagyszámú szép és jó ábra és a túlzásoktól való mentesség. A most megjelent kiadás a massage és gyógygymnastika terén történt haladás lelkiismeretesen figyelembe veszi, a mi különösen az idegbajok megbetegedéseit tárgyaló fejezetekben feltűnő; így a *Frenkel*-féle gyakorló módról szóló részlet egészen új feldolgozásban részesült. E kiadásban is a felső légutak mechanoterapiáját *Laker*, a szembajokét *Klein*, a fülbajokét pedig *Eitelberg* dolgozta fel, teljesen alkalmazkodva a könyv gyakorlati szelleméhez. 29 lapra terjedő irodalmi jegyzék zárja be a díszesen kiállított munkát, melynek régi barátai mellé ezen új kiadás révén bizonyára számos új barát fog sorakozni.

Uj könyvek. *Sellei:* Pathologie und Therapie der Psoriasis vulgaris. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Freudenberg:* Die Behandlung der Prostatahypertrophie mittels der galvanokaustischen Methode nach Bottini. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Polano:* Über die Entwicklung und den jetzigen Stand der Lehre von der Blasenmole und dem sogenannten malignen Deciduom. Leipzig, Breitkopf und Härtel. — *Bonhoeffer:* Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena, G. Fischer. — *Foerster:* Die Physiologie und Pathologie der Coordination. Jena, G. Fischer. — *Ramon y Cajal:* Studien über die Hirnrinde des Menschen. 3. Heft. Die Hörrinde. Leipzig, J. A. Barth. — *Kittel:* Die gichtischen harnsauren Ablagerungen im menschlichen Körper. Dritte Auflage, Leipzig, Koenig. — *Kraus:* Die Erkrankungen der Speiseröhre. Wien, A. Holder. — *Hoche:* Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten. Halle a. S., C. Marhold. — *Möbius:* Über den Kopfschmerz. Halle a. S., C. Marhold. — *Näcke:* Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Halle a. S., C. Marhold. — *Gaertner:* Über die sogenannte Fliegenlarvenkrankheit. Wien, M. Perles. — *Galatti:* Das Intubationsgeschwür und seine Folgen. Wien, Sfar. — *Toulouse et Marchand:* Le cerveau. Paris, Schleicher freres. — *Comte:* Des paralysies pseudo-bulbaires. Paris, Schleicher freres. — *Rothschild:* Bibliographia lactaria. Deuxième supplément. Paris, O. Doin. — *C. R. Henderson:* Introduction to the study of the defective and delinquent classes and of their social treatment. London, D. C. Heath and Co. — *F. Semon:* Some thoughts on the principles of local treatment in diseases of the upper air passages. London, Macmillan and Co.

Lapszemle.

Élet- és körvegytan.

Epilepsiában szenvedők vizeletét vizsgálta *Bleile* tizenkét esetben harmincznapig megfigyelés alatt és azt találta, hogy a göcsrohamok alatt a vizelet mennyisége és fajsúlya nem változott, ellenben a phosphorsavók és különösen az alkaliphosphát kiválasztása növekedett, ezenkívül sok esetben indikanuriát tapasztalt. Húgyany és húgysav kiválasztása alászállott, végül pedig az epilepsiában szenvedők vizelete nagyobb fokú toxitást mutat, mint a normalis vizelet. (Archiv de neurologie, 1901.)

Doctor Károly dr.

Fehérje kimutatása vizeletben. *Bychowski* olyan esetekben, mikor oly kis mennyiségű vizelet áll a gyakorló orvos rendelkezésére, hogy a szokásos fehérje próbák kereszttel nem vihetők, egy igen egyszerű, néhány csepp vizelettel könnyen végezhető eljárást ajánl. Egy kémcsőben tiszta szűrt vizet forralunk s a forró vízhez cseppentünk a vizeletből. Ha fehérje van a vizeletben, akkor a csepp a vízben különösen sötét háttér mellett könnyen észrevehető opaleszkáló zavarodást mutat, s ecetsav hozzáadására sem tűnik el. Annál erősebb ez az opalescentia, minél több a fehérje a vizeletben. (Deutsche med. Wochenschrift, 1902. 2. szám.)

Doctor Károly dr.

Belgyógyászat.

A dermato-myositisről ír *Janowsky* és *Wyssokowitz* egy eset kapcsán. A betegség képe a trichinosishoz igen hasonló, ebben az esetben azonban trichinák nem találtak. Hasonlóképpen nem lehet septico-pyemiának venni, mert hónapokig tartott minden lázas mozgalmal nélkül s a nélkül, hogy akár geny, akár bakteriumok találtak volna az izmozatban. A föltűnt az izmok megduzzadása, mely által a végtagok alakjukat elvesztik, s a nagy fájdalom. A végtagok oedemások, de azért elasticusabbak a rendes oedemás végtagoknál. A bántalom sorba megy az összes izmokon s a légző- és garatizomzat megbetegedése vet véget az életnek. A bőr maga is afficiálva van, innen a dermatomyositis név is. Urticaria, erythema, erysipelasszerű kiütés stb. jelenhetnek meg a bőrön. Az idegrendszer nem szenved, az érzési viszonyok intaktak, az eszmélet tiszta. Legtöbb esetben láz is van, de minden rendszer nélkül. A lép néha nagyobb, egyes esetekben veseaffectiót is találtak. Az aetologia teljesen homályos. Az izmok szöveti vizsgálata chronikus interstitialis granulatio gyuladást mutatott; kifejezett parenchymás elváltozások nem voltak. (D. Arch. f. klin. Med. 71. kötet, 6. és 7. füzet.)

—nt.

Epilepsia három teljesen gyógyult esetét ismerteti *Turnowsky*, mely esetekben az illető betegek közül kettő tüdőgyulladás, egy pedig vörheny átszenvedése után annyira javult, hogy azóta nem volt rohamuk. Az észlelési időtartam 14, 10 és 6 esztendő, miért is szerző azon eszmét veti fel, miszerint az epilepsziásokat oly területekre internálják, hol endemiás tüdőgyulladás uralkodik, a gyermekeket pedig a vörheny vírusával fertőzött helyekre küldjük. (Wiener med. Wochenschrift, 1901. 35. szám.)

Elfer.

A duodenális fekély sebészeti szövödményeiről és ezek kezeléséről értekezik *Moynihan*. A legfontosabb és legbővebben tárgyalt az átfürödés, mely gyorsan történhetik és heveny általános peritonitishoz vezethet vagy lassan előkészítve helybeli letokoltbályogot létesít. Az előbbi esetben is a kiözlő bél tartalom igen gyakran tipikus módon a flexura coli dextrán és a colon ascedens külső oldalán a csipőárokba folyik, a hol összegyűlve igen gyakran az appendicitis képét adja (59 operált esetben 18-szor az appendicitis kórisméje alapján történt az operatív beavatkozás). A csipőárból a septikus folyadék a medenczébe és innen a bal fossa iliacaiba ömlik. Körülírt abscessus képződése

ez utóbbinak a localisatioja az előző összenövés minősége és a perforatio helye szerint ingadozik. Szerzőkét operált esetet ír le, melyek egyike, a hol a beavatkozás 3 órával a perforatio után történt, gyógyuláshoz vezetett. A bemetszés helye a jobb oldali m. rectus, egy hüvelykujnyira a középvonaltól. A legfontosabb feladat, az átfürödési hely felkeresése és elzárása után, a hasúr drainage-a, melynek a következő sorrendben kell történnie: a fekély közvetlen szomszédsága után következik a máj és leheny közti tér, mindkét oldalt a ligam. suspensorium hepaticumtól, ezután a máj és a colon transversum közti spatium, a jobb vese körüli tájék, a jobb csipőárok, a medence, a bal vese körüli tájék és a bal csipőárok. Az operatio előtt és után strychnin-injectiók adandók, melyeknek igen nagy dosisai elől sem retten vissza. Szükség esetében az operatiohoz még jejunotomia csatolandó. Egy igen átnézés összeállítás az eddig operált és között 49 esetről számol be, melyek közül 8 meggyógyult. (The Lancet, 1901. december 14.)

Benedict.

A bél spontán rupturájának igen ritka esetét közli *Caruadine*. Egy gyűrűs végbélrákban szenvedő 50 éves férfúnál, kinél a szűkült végbéllumen épen egy ujperc számúra volt átjárható, a tervbe vett colostomia előtt egy coloquinthe pilula administráltott. Az erre következő éjjel kétszer volt széke, reggel erős göresős fájdalmak közt kollabált és heveny peritonitis tünetei közt meghalt. A halál oka egy longitudinalis, 1 1/2 hüvelykujnyi szakadás volt a flexura sigmoideában, 6 hüvelykujnyira a szűkület felett. A szakadás szélei simák voltak, sem exulceratio, sem pedig lobosodás jelei nem voltak kimutathatók, úgy hogy a szakadás, bár teljes elzáródás nem volt jelen, csakis a bél túlerős contractiojára vezetendő vissza (?). (The Lancet, 1901. december 14.)

Benedict.

Az emodinál és purgutinál mint hashajtókkal végzett kísérleteiről számol be *Ebstein V.* Az emodinál végzet kísérletek az anyag megszerezhetőségének nehézségei miatt kicsiny számuknál fogva nem eléggé bizonyítóak. E kísérletek azt mutatták, hogy bár az emodin egy nem minden esetben izgalommentes és biztos szer, mindezek dacára az emodinban nagyon használható készítményt nyertünk. A purgatin (anthrapurpurindiacetat) hatásáról számos eset kapcsán táblázatosan számol be. A hatásra nézve különbséget tesz chronikus obstipatio és chronikus coprostasis közt, melynél a hasban vizsgálat alkalmával tömött bélsárgák tapinthatók. Az ilyen esetekben inkább klysmák, főleg olajklysmák segítenek, csak ezek hatásának előmozdítására szolgálnak a per os bevitt szerek, melyeket ő „Schiebemittel“ elnevezéssel ruház fel. Mint ilyen a purgatin csak 2-0 gr.-os dosisban hat biztosan és kielégítően. Egyszerű chronikus székrekedésnél vagy transitorikus székrengésnél már 1-0 gr. majdnem minden esetben megteszi a hatását. A purgatin okozta székletét általában pépes vagy darabos, színe rendes. Diarrhoikus vagy vizes székleteket nem észlelt. Az adagolás capsulákban történt, de egyszerűen vízben is adható, mert iz és szagnélküli. A vizelet utána mindig erősen vörös. Albuminuria nem lépett fel. Annyi bizonyos, hogy a purgatin ajánlásra méltó enyhe hashajtó, mely megteszi kötelességét a nélkül, hogy a gyomrot vagy más szervet bármilyen kimutatható módon károsítsa. (Ther. d. Gegenw. 1902. 1. füzet.)

—nt.

Az enyv mint tápszer és a gluton mint mesterséges tápkészítmény című közleményt irt *Brat H.*, melyben az enyvnek, illetve gelatinának — mint jól kihasználható tápszernek — fontosságát hangsúlyoztatja. A mai korszakban halomszáma előttű mesterséges tápkészítmények mellett egészen megelégedünk a már több mint száz év óta ismeretes tápszerrel, az enyvről. A gelatinát, mivel nagyobb adagban betegeinek különböző okok folytán nem nyújthatta, glutonnal helyettesítette, melyet a gelatinának savakkal való kezelése, majd közömbösítése, végül pedig megszűrése után nyerünk: jól összetörve fehéres port képez, mely vízben jól oldódik. Anyagsere vizsgálataiból kiténik, hogy a glutant a szervezet igen jól kihasználja, helyettesítheti a pótolható fehérjemennyiséget, részben a szénhidrátokat; csökkenti a húgysav kiválasztást. Melegen ajánlja használat czéljából az obesitas és diabetes diataitkai therapiájában. Véréseknél szerző nagyobb számú megfigyeléseket eddigelé még nem végzett. (Deutsch. med. Woch. 1902. 2. szám.)

Kövesi.

Sebészet.

A pneumothorax Röntgen-képéről ír *Anspenger*. Röntgen-átvilágításnál a kóros mellkasszélén élénkebb világos terület jelzi a levegő jelenlétét. A tüdőnek megfelelő sötétebb folt adhaesiv folyamatoknál, minő a tuberculosus, a mellkas felső csücsében látható, míg az egyszerű traumatikus légmellnél a világos terület centrális részében. Ha exsudatum is van jelen, úgy ez a mellkas alsó részét elfoglaló sötét árnyék alakjában mutatkozik, melynek felső határa a beteg bármilyen helyzetváltozásakor vízszintes marad s a beteg rázásakor rajta hullámmozgások észlelhetők. Eme jelekből sikerült a szerzőnek nem csupán a traumatikus és phthisikus légmell közt különbséget tenni, hanem a pneumothorax jelenlétét még olyankor is diagnosztizálni, midőn annak összes physikális tünetei hiányoztak. (Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 8. kötet.)

Milko dr.

Thyreoidismus egyszerű golyvánál. *Mikulicz* és *Reinbach* 117 esetre vonatkozó pontos klinikai észlelésük alapján meggyőződtek róla, hogy az esetek jelentékeny számában az egyszerű (nem Basedow-val kapcsolatos) golyvánál is előfordulnak egyes a Basedow kórt jellemző tünetek: mint tachycardia, remegés, szédülés, szívdobogás és psychikus ingerlékenység. Ezen tüneteket az egyszerű golyvánál valószínűleg a pajzsmirigy fokozott működése okozza (spontan thyreoidismus). A Base-

dow-kór egyéb tünetei egyszerű golyvánál sohasem fordulnak elő. Jogosultnak látszik tehát az a feltevés, hogy a Basedow-kór két különálló tünetcsoportból áll. Az egyikbe tartoznának azok a tünetek, melyek az egyszerű golyvánál is előfordulnak s így ezek a Basedow-kór képében is golyvátüneteknek tekintendők, illetőleg magyarázhatók a pajzsmirigy hyperfunctiójával. A másik csoportba tartoznak a Basedow többi tünetei (exophthalmus stb.), melyek okáról még semmi bizonyosat nem tudunk. Semmi esetre sem lehet a Basedow-kórt tisztán és egyedül a pajzsmirigy fokozott működéséből megmagyarázni. (Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 8. kötet.)

Milkó dr.

A gerincoszlop idült anchylosis lobjának, ezen ritkán előforduló bántalomnak 3 esetét észlelte Glaser. Egy esetben, mely leghálisan végződött kórboneztani leírását is adja. Klinikailag a kórképet jellemzi a gerincoszlop tökéletes merevsége. Egy esetben ehhez még csípő- és vállízületi gyuladás is társult. (Spondylose rhizomelique: Marie). A kórboneztani készítményen feltűnő, hogy a csigolyatestek épségének megtartása mellett csontos anchylosisok léptek fel a gerincoszlop csaknem összes izületein, azonkívül a szalagos rendszer is számos helyen elesontosodást mutatott. Szerző a bántalmat úgy a spondylitis deformans-tól, mint az arthritis deformans-tól különállónak tartja. (Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 8. kötet.)

Milkó dr.

A hypospadias műtéveséről ír C. Beck (New-York). A műtét a húgyvese nyulékonyosságán és mobilitásán alapszik s főleg a makkra terjedő húgyvese hiányánál alkalmazható. A bőrmetszés a himvesző alsó felén halad; a húgyvesét a corpus cavernosumával együtt kiproaperálja a környezetből le egészen a scrotumig, mi által az annyira mobilizálódik, hogy könnyen előhúzzható a makk végeig; most a makkon egy késsel átszúrva csatornát készít, melybe a mobilizált húgyvesét behúzza; vagy még jobb, hogy a műlegetesen készült külső húgyvesenyílás ne zsugorodjék, ha a tunnelrozás helyett a makkot alulról bemetszi s ezen nyílt csatornába fekteti be a húgyvese végét, s a nyálkahártya széleit kiszegi a bőrhöz. (Deutsche medic. Wochenschrift 1901. 45. szám.)

Illyés Géza dr.

A szívbetegek narcotizálásának kérdéséről értekeznek 4 amerikai szerző: Finney, Stengel, Mayo és Hare. F. tapasztalatai szerint a billentyűbántalomban szenvedő betegek általában igen jól tűrik a narcosist, míg myocarditis esetében a legnagyobb elővigyázatra van szükség. Földolog a narcosis technikája, míg az, hogy chloroformot vagy aethert használunk-e, csak alárendelt jelentőséggel bír. Ugyanily tapasztalatokat tettek M. és H. is, kik szerint compensált billentyű bántalom sohasem contraindálja a narcosist, de igenis a myocarditis, melynél főleg a chloroform igen veszedelmes. Végül S. azt állítja, hogy azon szívműködési zavarokról, melyek műtét után néha fellépnek, nehéz eldönteni, vajjon a narcosisnak, vagy a műtét szök hatásának tulajdonítandók-e. Ezek valószínűleg beidegzési zavarok az endo- és myocardium elváltozása nélkül. (Centralblatt für Chir., 1901.)

Milkó Vilmos dr.

Börkórtan.

Az angiomáknak elektrolysisal való kezelési módjáról értekezett Redard. Az operálandó egyént lehetőleg fix helyzetbe hozva, némely esetben localis vagy universalis anaesthesiát alkalmaz. Igen nagy kiterjedésű angiomáknál a chloroformot alkalmazta. Az operálandó bőrfelület s az alkalmazandó tűk szorgos asepsise után a negatív elektrodot a tumor szomszédságában helyezi el, míg a tűket a tumor szélében applikálja. Az áramot megindítva, azt lassan fokozza egészen 10 MA-ig majd rövid megállás után fokozatosan 25 MA-ig. Ha a pozitív elektrod több beszurt tű által van képviselve, az áram intenzitása 30, 40 sőt 60 MA-re is emelhető. A 30 MA-t meghaladó áramok alkalmazásában kísérleteinél észlelte, hogy 2-3 percen át alkalmazott, 25-30 MA-es áram elég kiterjedésű rigid, resistens, az edényfalakhoz tapadó véralvadékokat hoz létre. Úgy a kevésbé erős, mint a még intenzívebb áramok kevésbé adhaerens alvadékokat adnak. Az applicatio tartama 2-3, maximum 5 perc s okvetlen megszakítandó az eljárás, ha a bőr fehéredni kezd, vagy ha az elektrolytikus actio nagyon is intenzív válik. Az eljárás befejezésekor a galvanometert zérusig súlyosítja, a tűket egyenként óvatosan eltávolítja, az operatio területét sublimatoldattal megmossa s collodiummal vagy steresollal befedi. Jó eredmény elérésére az eljárás többször való megismétlését ajánlja körülbelül nyolcz napi időközökben, a míg a coagulatio be nem áll az angioma egész területén. Ezután csak 14 naponként alkalmazza az áramot, míg retractio nem mutatkozik. Csak akkor, midőn a tumor láthatólag besüpped, tekinti az elektrolysis kezelést befejezettnek. Ha még ezután is a bőrnek vörös színeződése, vagy felületi egyenetlensége marad hátra a laesio helyén, szokszoros felületi szúrászt ajánl egyetlen pozitív tűvel 12-15 MA-es áram mellett. Recidivát elektrolysisal gyógyult eseteinél Redard egyet sem tapasztalt. (Rev. de cinésie et d'électrothérapie, 1900. szept. 20. Ref. Journal des mal. cutanées etc. 1901. február.)

Poór.

Sondák sikamlóssá tételére ajánlja Guyon: Rp. Sublimat 0.02, Aquae dest. 25.0, Saponis medic. pulv. 50.0 Glycerini 25.0 MD. Előnye, hogy antiseptikus volta daczára sem izgatja a nyálkahártyát s azt sikamlóssá teszi. (Soc. pharm. janvier 1901. Ref. Journal des mal. cutanées etc. 1901. III.)

Poór.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Kigyómérgezés eseteiben Matzulescu már ismételtén jó eredményt használt a kalium permanganicum 1%-os oldatát subcutan be-

fecskendezések alakjában. A marás helyén fecskendez be, azután pedig a központ felé is több helyen. (Spitalul, 1901. augusztus.)

Leukoplakia oris eseteiben Artault feltűnő jó eredményeket ért el a vaccinium myrtillus tincturájával vagy kivonatával végzett esetekkel. Ezen eljárás stomatitis egyéb alakjainál is nagyon jó szolgálatakat tesz. (Revue de therap. méd. chir. 1901. 20. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Magyar orvosi archivum, 1902. 1. füzet. Szontagh Félix: A cse-csemő táplálásáról szóló tan mai állása. Chudovszky Móricz: Gyomor-bélműtétek. Kertész József: A chloroform hatásáról. Neumann Szigfrid és Vas Bernát: Az ovariumkészítmények adagolásának befolyásáról a szervezet anyagcseréjére.

Gyógyászat, 1902. 8. szám. Pándy Kálmán: Összefoglaló kritika az epilepsiának legújabb gyógyításmódjáról. Roth Adolf: Egy bordapúpot visszanyomó corset ismertetése. Alexander Béla: A Röntgensugarak.

Orvosok lapja, 1902. 8. szám. Plesch János: A tüdővész gyógy-szeres kezelése.

Magyar orvosok lapja, 1902. 8. szám. Csillag Jakab: Adatok a mycosis fungoides tanához. Bosányi Béla: A fürdő- és vizgyógyászat viszonya az orvostudományhoz. Kuthy Dezső: Klimatologiai tanulmányok.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 8. szám. Lotheissen: Periherniosus phlegmonék. Teleky: Adatok a heges bázisingszűkületek mechanikai és gyógyszeres kezeléséhez. Teweles: A nyelvgyök strumájának esete. Gussenbauer: Osteoplastikus koponyatrepanatiók agydag-anatok miatt.

Wiener medicinische Presse, 1902. 8. szám. Bogdanik: Méh-myomák conservativ kiirtása. Geiringer: Unguentum Credé-vel kezelt puerperalis folyamat. Herz: A periferiás vérkeringési készülék neuro-sisai (vasomotorius ataxia).

Wiener medizinische Wochenschrift, 1902. 8. szám. Pal: A szervek határainak transsonantiával való meghatározása. Donath: Adatok a zongorázók és hegedűsök neurosisaihoz. Reissmann: Az otitis externa kór- és gyógytana. Hammerschlag: A csecsnüjtvány heveny megbete-gedése és sebészeti kezelése. Hochsinger: A gyermekek úgynevezett mirigy-láza. Sudhoff: A kritikus napok tanának történetéhez.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 5. és 6. szám. Kisch: Cholecystitis tuberculosa chronica esete. Schwarz: Idegbaj néhány esete. Frank: A Frenkel-féle gyakorló gyógymód.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 8. szám. Guye: Az ikesontüreg kitakarítása recidiváló orrpolyposok miatt. Straus: Vizsgá-latok a veseműködés élet- és kórtaáról. Alfthan: A Landwehr-féle állati gummi diabetes insipidusnál. Naegelsbach: Nyugalom és mozgás a phthi-seotherapiában. Hoffmann: Nephritis syphilitica acuta praecox nagyfokú albuminuriával.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 8. szám. Senator: Vesekólika, vesevérzés és nephritis. Levy és Bruns: Tetanus-esi-rok a kereskedésbeli gelatinában. Rumpf és Guinard: A gümöbacillusok agglutinálása. Krause: A hűdött quadriceps femoris pótlása az alszár flexorai. Rothe: Két mérgezési eset. Martin: Gégehaematoma esete. Stembo: Az aranyeres csomók kezelése arsonvalisatióval.

Centralblatt für innere Medizin, 1902. 8. szám. Rosenfeld: A cystitis megkülönböztetése a pyelitistől.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 6. szám. Kraske: Suprapubicus kystoskopia. Gückel: Recidiva Winkelmann-féle gyökerező hydrocele-műtét után. 7. szám. Meyer: Elastikus ligatúrával végzett, enterosto-miával combinált gastroenterostomia.

Centralblatt für Gynäkologie, 1902. 7. szám. Scholten és Veit: További vizsgálatok a boholydeportatióról és következményeiről. Neu-gebauer: Látszólagos hemaphroditismus érdekes esete. Stähler: Rühl-féle mellő méhhiúvelymetszés esete. 8. sz. Donati: Casuistikus adatok a hüvelydefectushoz. Alterthum: A cervix-tuberculosis kórtaához és diagnoszához. Pincus: Castratio mulieris uterina.

Archiv für Ohrenheilkunde, 54. kötet, 1. és 2. füzet. Gradenigo: A dobüregben acustikai ezélből végzett sebészeti beavatkozások ered-ményei. Braunstein: A lumbal punctio jelentősége az otitis intracranialis szövődményeinek diagnoszában. Grunert és Schulze: Jelentés a hallei fülkliniká működéséről. Schwartz: A hallei fülkliniká statistikája 1884-től 1901-ig. Schwartz: A halántékesont cholesteatomája.

Die Therapie der Gegenwart, 1902. 2. füzet. Bier: A mestersé-gesen létesített hyperaemia gyakorlati alkalmazása. Rosenbach: Myogen pseudotubercularia. Wenckebach: A septikus endocarditis kezelése. Cohn-heim: Oleum olivarum nagy adagainak gyógyító hatása organikus és spastikus pylorus- és duodenal-stenosisoknál és ezek következményes állapotainál (gastrektasia). Sussman: Szívhalál diphtheria után serum-kezelés daczára. Goldschmidt: Gelatina-oldattal csillapított postoperativ gégevérzés.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 58. kötet, 3. füzet. Zarubin: A lichen ruber planus atrophikus és serpiginosus alakjai. Török: Dermatitis nodularis necrotica. Kraus: Festésmódszerek az acarus folliculorum kimutatására. Pick: A lupus erythematosus discoides viszonya a gümőkórhoz, különös tekintettel a tuberculin-reactiora. Bur-meister: Kénhydrogen-mérgezés esete egy rühben szenvedőnél káli-kénkenőcs használata után. Philippson: A morphologiai és anatomo-genetikai irány a mai dermatológiában.

Gazette hebdomadaire, 1902. 14. szám. *Lacasse*: A scrotum üszkös lymphangitis újszülötteknél. 15. szám. *Meige*: Idült trophoedema. 16. szám. *Thevenot*: Nagy retroperitonealis haematoma májrepedés után. *Donaggio*: Velezületett spasmodikus rigiditás és idiotia.

Progrès médical, 1902. 7. szám. *Picqué*: Sebészi beavatkozások elmebetegeknél. *Estève*: Agybéli echinococcus-tömlők távolabbi következményei.

La semaine médicale, 1902. 8. szám. *Lépine*: A tejdiaeta fel-nötténél.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 8. szám. *Querton*: A süket-némaság prophylaxisa. *Marchandise*: Izomanomalia esete.

British medical journal, 1902. február 22. *C. B. Ball*: A katona-orvosi szolgálat reorganisatioja. *G. B. Ferguson*: Idült malaria gyógyítása chininum bihydrobromatum bőr alá fecskendezésével. *W. B. Ransom*: Kell-e forralni a tejet? *C. H. Cattle*: Az emberi gümőkör viszonya a marhagümőkörhöz. *A. Robertson*: Közkórházak és tüdővész. *A. T. Tucker Wise*: A modern phthiseotherapia eredete. *Ch. H. Gunson*: Hydrogenperoxyd lupus vulgarisnál és gümőkörös tályogoknál. *N. D. Bardswell*, *F. W. Goodbody* és *J. E. Chapman*: Túltáplálás tüdővész és egészséges egyéneknek. *Cuthbert S. Wallace*: Hashajtók direct bevitele a bélbe septikus peritonitis miatt végzett műtéteknél. *A. Somers*: Adatok a diphtheria serumtherapiájához. *J. C. M. Given*: Mellékvesekivonat használata gyomor-bélvérzésnél. *E. M. Thomson*: Szívrepedés esete.

The lancet, 1902. I. 7. szám. *Ch. Powell White*: A daganatok általános kórtana. *W. Arbuthnot Lane*: A hasadt szájpád. *G. F. Pebré*: A haemolytikus kísérletezés módszerei. *H. Macnaughton-Jones*: Elsődleges hüvely-sarcoma. *Aldo Castellani*: Baktériumok okozta haemolysis. *C. A. B. Horsford*: Appendicitis tünetét utánzó gyomorfekély-átfúródás. *F. Golla*: A glandula pituitaria gyógyászati alkalmazása. *Montague Tench*: Gyógyulás rendkívül kiterjedt sérülések után. *J. Reid*: Chinin a sebbezésben. *E. Owen*: A húgyeső prostatikus részének traumatikus rupturája. *R. H. Lucy* és *Mr. Whipple*: Gyomorfekély-átfúródás testvérek-nél; műtét után gyógyulás.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. február 30.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1902-dik év 6. hetében (1902. február 2-dikától február 8-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1902-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751.177, katona 16.484, összesen 767.661. Elve született 513 gyermek, elhalt 278 egyén, a születések tehát 235-el múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 34.7. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 18.8, az egy éven felüli lakosságnál: 15.0, az öt éven felüli lakosságnál: 13.3 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 6, pertussis 2, morbilli 11, scarlatina 4, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 10, apoplexia 3, eclampsia 11, szervi szívbaj 24, pneumonia 13, pleuritis 2, pneum. catarrh. 10, bronchitis 5, tuberculosis pulmonum 56, enteritis 6, carcinoma 15, ezek közül méhrák 3, egyéb újképletek 5, morbus Brightii és nephritis 9, velezületett gyengeség 19, paedatrophia 0, marasmus senilis 9, erőszakos haláleset 16, ebből gyilkosság és emberölés 2, öngyilkosság 8, baleset 6, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi közkórházakban. A múlt hét végén volt 3175 beteg, szaporodás e héten 981, csökkenés 981, maradt e hét végén 3124 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi február 5-dikétől február 11-dikéig terjedő 6. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 28 (37), diphtheria, croup 25 (30) hagymáz (typhus) 1 (1), kanyaró (morbilli) 159 (122), trachoma 3 (8), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 19 (27), orbáncz (erysipelas) 11 (15), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (0) járv. fültömirigylob (20), ezenfelül varicella 37 (33).

+ **Az országos balneológiai egyesület** ideai közgyűlését április hó 13-dikán fogja megtartani; közvetlenül a közgyűléshez a XII. magyar balneológiai congressus fog csatlakozni, melynek programját az egyesület igazgató tanácsa legközelebb közzé fogja tenni. A congressus 13-dikán és 14-dikén fog ülésezni.

× **Krompecher Ödön** dr. f. hó 24-dikén tartotta meg docenturái próbaelőadását: *A sejtek alkalmazkodásáról* és ennek alapján egyetemi magántanárrá képesítettetett.

⊕ **Kimutatás a Semmelweis-émlékalap állásáról 1901. évbén.** Egyenleg áthozat az 1900. évről 32,320 kor. Ifj. Radványi István 20. Pertik Ottó dr. 10, Elischer Viktor 5 (id. Elischer gyűjtése I.), összesen 35 k. Temesváry Rezső dr. 50 kor. Lindner S. gyűjtése: Unterberg dr. 10, Maisels dr. 2, Fleischl dr. 4, Salamon dr. 2, Szenes dr. 2, összesen 20 kor. Müller Kálmán dr. 200 kor. Id. Elischer dr. gyűjtése II. Hauer dr. 10, Mehwart 20, Neuschloss 10, Lill 10, Kreitsy 10, Tschögl Henrik 50, Tschögl Gusztáv 50, összesen 160 kor. Id. Elischer Gy. gyűjtése III.: Haslinszky K. 20, Hintz dr. 10, Fallenbüchel 10, Hopp 10, Guttman 10, Schedius Paula 6, Herzfeld 5, Langraf dr. 5, Gruber 5, Höfler 5,

Borovitzné-Siklós 3, összesen 89 kor. A budapesti kir. orvosegyesület gyn. szakosztálya 500 kor. Id. Elischer Gyula gyűjtése IV.: Egger L. 20, Solymossy Mária 4, Grósz Gy. dr. 10, összesen 34 kor. Högyes Endre tanár gyűjtése: Högyes E. 30, Bókay J. dr. 20, Grósz Emil dr. 10, Huttyra dr. 10, Thanhoffer dr. 10, Klug N. dr. 10, Jendrassik dr. 20, Hoffmann Alfred 10, Bartha dr. 10, Semsey A. 50, Korányi S. 20, Davida dr. 10, Fauser A. dr. 5, összesen 215 kor. Kézmárczky Tivadar dr. 200 kor., Bársöny János dr. 200 kor., Kézmárczky tanár útján Posevitz dr. 30 kor. A m. k. t. egyet. orvostanári kara 333 kor. Bókay Árpád tanár gyűjtése I.: Egyetemi I. sz. nőklinika 100, Wittingschlager dr. Pancsova 20, Hedry Aladár dr. 5, Kovács J. dr., Benedikt H., Báthory A., Wenhardt, Kollarits J., Scholtz János, Blaskovits J., Scholtz Kornél, Zimmermann Károly dr.-ok 55 korona; Jendrassik dr. 10 k., Jakab, dr. Kövesi, Pollacek, Bálint dr.-ok 3 k.; Rajnai, Kerntler, Pólya, Kopits, Pesthy dr.-ok 2 korona, összesen 202 k. Bókay Árpád dr. gyűjtése II.: Jármay Gy. dr. 10 k., Vámosy, Hiri, Szentkirályi, Péteri J., Antal, Weinek, Fuszek, Hübner, Pekár M., Lép, Hudovernig, Schreiber, Szabóky, Genersich Vilmos dr.-ok 2 kor., összesen 38 kor. A Korányi jubilaris érem v. h. bizottsága (befizetett) 90 kor. Kamatokból 1378 k. 24 fillér, összesen 35,994 k. 24 fillér. Levonva ebből bélyeg és bankköltséget 9 k. 24 f., marad 35,985 kor. mint egyenlegáthozat 1902 január 1-jén.

Ujabb adakozások 1902. évben: Az érem v. bizottság eladott érmeikért 60 k. Récey tanár klinikai személyné: Szigeti dr., Dapsy dr. 5 k., Halka, Baumgarten, Genersich A., Koch, Kurzbacher, Tempel, Hauer, Borszék, Örléy, Torday, Unterberg dr.-ok 2 k., összesen 35 kor. Lindner dr. gyűjtése: Unterberg dr. 6 kor. Az Orvosi Hetilap útján: az I. egyet. szülészeti és nőgyógyászati klin. 30 kor., összesen 131 kor.

Főösszeg 36,116 korona, mely a m. leszámítoló és pénzváltó banknál mint kamatozó tőke van letétben. Budapest, 1902. február 20. Id. Elischer Gyula dr. v. b. pénztáros.

+ **Az ideai törvényszéki orvosi vizsgák idejének elhalasztása.** *Korányi Frigyes* tanár mint a törvényszéki orvosi vizsgáló bizottság elnöke február 15-dikéről kelt levelében arról értesíti szerkesztőségünket és általa az érdekelt kartársakat, hogy az 1894. április hó 24-dikén 16,394. szám alatt kelt igazságügyministeri rendelettel (1894. évi R. T. 474. l.) szervezett törvényszéki orvosi vizsgák a m. kir. igazságügy-minister úrtól nyert felhatalmazás folytán Budapesten a folyó évben április hóban nem fognak megtartatni, hanem ezen vizsgákra csak október hóban fog határidő adatni.

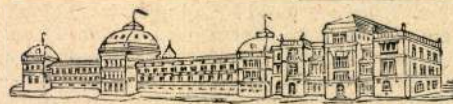
× **Högyes tanár Pasteur-intézetében** az 1902. év január havában 228 veszett vagy vesztettségügyanus állatmarta egyén (magyarországi, 201, horvát és szlávon 18, boszniai és herezegovinai 7, galicziai 2) nyert antirabikus védőoltást. 205 egyént eb, 20-at macska. 1-et szarvasmarha, 1-et kecske és 1-et ember inficiált. Évi folyó szám: 228, egyetemes folyó szám 17,284. Haláleset e hóban nem fordult elő.

⊗ **Megjelent. Nékám Lajos** dr. és **Ketty László** dr.: Magyar Orvosi Vademecum. II. k., I. rész. Budapest, 1902. Kiadja Dobrovsky és Franke. Ára 9 korona. — **Dr. S. H. Spiegelberg**: Wesen und Behandlung der in Krämpfe Kindesalter. Würzburger Abb. 1902. — **E. Merck**. Darmstadt: Berichte über das Jahr 1901. — Fehér-kereszt országos lelenezház-egyesület temesvári fiókegyesületének második évi jelentése. 1901.

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

A pesti izr. hitközség kórházának **Röntgen-laboratoriumában** átvilágítás, képfelvétel és gyógykezelés hétfőn, szerdán és szombaton d. e. 10—11. Laboratoriumvezető: **Simonyi (Schwarz) Béla** dr., a kórház v. alorvosa. Lakik: V., Hold-utca 25.

A fogászatból és fogtechnikából, valamint annak egyes ágazataiból (arany-, porcellán-tömések, korona- és hidmunka, fémtechnika) kurzusokat ad **Bauer Samu** dr., Budapest, IV., Deák Ferenc-utca 15.



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapest.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 m²-méter nagyságú természetes forrásmedén belül az ásványvíz naponta négyszer megújul, **lokalis iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kitérő szállodák. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (VI. rendes ülés 1902. február 15-dikén.) 161. l. — VII. rendes ülés 1902. február 22-dikén.) 163. l. — A budapesti kir. orvosegyesület otológiai szakosztálya. (1900. május 18-dikén tartott szakülés.) 164. l. — Közkórházi orvostársulat. (I. bemutató ülés 1902. január 15-dikén.) 164. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VI. rendes ülés 1902. február 15-dikén.)

Elnök: Schwarz Arthur. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

(Vége.)

Az emberi tuberculosis-bacillusok virulentiája.

Krompecher Ödön és Zimmermann Károly. A tuberculosis-bacillus felfedezése után felmerült az a kérdés, vajon az emberi gümös folyamatoknál, ú. m. a tüdő, csont és ízület, valamint a nyirokesomók tuberculosisánál egyforma vagy különböző-e a tuberculosis-bacillusok virulentiája. Arloing volt az első, ki különböző virulentiát vett fel és pedig azon tapasztalatából kifolyólag, hogy gümös köpettel oltott állatok általános, sebészi tuberculosis folyamatok váladékával oltott állatok pedig csak localis gümőkört kaptak.

Mig Denis, Perrugier, Carrigo, Arloing nézetéhez csatlakoztak, addig Nocard, Renzi, Leloir, Strauss, Auclair, Eve, Cornet egyforma virulentiát vettek fel és különböző gümös folyamatok különböző lefolyását a bacillusok kisebb-nagyobb számából igyekeztek magyarázni. Ha ezen vizsgálatokat kritikus szemmel nézzük, akkor azt látjuk, hogy alig találkozik vizsgáló, a ki a kérdést rendszeresen tanulmányozta volna. De még a legtöbb vizsgáló technikája is kifogásolható, a mennyiben rendszerint tuberculosis váladékkal dolgoztak és így egyrészt a bacillusok mennyisége ismeretlen volt, másrészt a vegyes fertőzés hatott zavarólag. Azon szerzők pedig, kik tiszta culturával dolgoztak, a tenyészetet nem az emberi testből nyerték, hanem az emberi tuberculosis-sal oltott állatok szervezetéből úgy, hogy voltaképpen az állati tuberculosis-bacillus virulentiáját határozták meg. Vagedes pedig, ki az emberi köpetből tenyésztett tuberculosis-bacillusokkal végzett rendszeres vizsgálatokat, helytelen következtetéseket vont le vizsgálataiból, a mennyiben figyelmen kívül hagyta azon időt, a melyen belül a kísérleti állatoknál a gümös folyamatok kifejlődtek. Vizsgálatai különben is egyoldalúak, a mennyiben kizárólag az emberi tüdőgümőkór bacillusainak virulentiájára vonatkoznak. Midőn ilyen előzmények után a különféle emberi gümös folyamatoknál szereplő tuberculosis-bacillusok virulentiájának tanulmányozásához fogtunk, első sorban szükségesnek mutatkozott a bacillusokat a gümös nyirokesomókból, csontokból, ízületekből tisztán kitenyészteni. Ez 50%-os glicerines burgonyán 30 eset közül 26-szor vagyis az esetek 86%-ában és pedig 15 lymphadenitis tuberculosisából, és 9 arthritis illetve osteitis tuberculosisából sikerült. 4-szer a tenyésztés vegyes fertőzés folytán eredménytelen maradt. A tenyésztet rendszeren a 23—24-dik napon volt szabad szemmel felismerhető. Ezen eddigelé csak kivételesen gyakorolt tenyésztés praktikus szempontból is főképpen olyan esetben szolgált megbecsülhetetlen előnyöket, mikor a gümös váladék igen kevés bacillust tartalmaz, mert utóbbiak a kísérleti állat szervezetében elpusztulhatnak, holott mesterséges táptalajon továbbfejlődnek. Mivel ezen tiszta tenyésztet $\frac{1}{4}$ —2 mgr.-jával oltott egyenlő súlyú és korú házinyulak egyenlő idő alatt nagyjában hasonló gümőkóros elváltozásokat mutattak, joggal állíthatjuk, hogy a sebészi tuberculosis bacillusai általában egyformán virulensek. Mivel továbbá kiderült, hogy az oltott mennyiség, idő és kóros elváltozás szerint összeállított táblázataink nagyjában megegyeznek az általunk ugyanily szempontok szerint összeállított Vagedes-féle táblázatokkal, jogosan következtethetjük, hogy az összes emberi tuberculosis folyamatoknál szereplő tuberculosis-bacillusok nagyjában egyformán virulensek. Azon körülmény pedig, hogy a sebészi gümőkór általában véve enyhébb lefolyású mint a tüdőgümőkór, hogy előbbinek váladéka kevesebb számú tuberculosis-bacillust tartalmaz, abból magyarázható, hogy ezen szervek, illetve szövetek a tuberculosis-bacillusokkal szemben erősebben ellenállók, illetve csekélyebb dispositioval bírnak.

Zimmermann: A tuberculosis-bacillus 50%-os glicerines horgonyán való kitenyésztésének diagnosztikus fontosságáról s a Krompecherrel együtt végzett munkálatok közben használt eljárás praktikus értékéről számol be. E célból a tuberculosis kimutatására szolgáló többi eljárások használhatóságának határait körvonalozza és ezekből állapítja meg az eljárás értékét.

A tuberculosis diagnózisát szolgáló eljárások két főcsoportba oszthatók: olyanokra, melyek egy egyén és olyanokra, a melyek egy szerv, szövetváladék gümös megbetegedését vannak hivatva kimutatni. Az első csoportba tartozó eljárások 1. a tuberculin reactio, 2. a gümőkór serodiagnosisa, 3. az Ehrlich-féle diazo reactio. A második csoportba sorolható, 4. a bacillusnak festés által való kimutatása, 5. a cyto-diagnosisa, 6. az állattöltés és 7. a tenyésztés.

1. A tuberculin reactióról sokan azt tartják, hogy veszélyes; hogy nem az, bizonyítják Berend és Preisch, kik gyermekeken és Berend, ki újszülötteken használta.

Az I. sebészeti klinikán sem látták káros hatását.

A reactio használhatóságának határát az szabja meg, hogy csak látszólag állapotban vehető igénybe. Ha a reactio pozitív, az azt bizonyítja, hogy valahol a szervezetben van gümös elváltozás. Arra, hogy bizonyos

megnevezett elváltozás gümös-e vagy sem, az eljárás már nem ad biztos feleletet.

A tuberculin reactio jelentősége lényegesen csökkent, mert egyrészt, több esetben kiderült, hogy más betegségek is adnak pozitív tuberculin-reactiót és másrészt egyéb anyagokkal is (konnyasóval, natr. phosphoricum stb.) lehet kapni gümös egyénben a tuberculin reactiohoz hasonló reactiót.

2. A gümőkór sero-diagnosisa Arloing és Courmontnak köszönjük. Az eljárást azóta már sokan vették igénybe és nyilatkoztak mellette vagy ellene. Kimutatták, hogy néha más betegségekben szenvedők, sőt néha egészséges egyének vérsavója szintén agglutinálja a tuberculosis-bacillus homogen kulturáit. A homogen kulturák előállítására és fentartására nagy ügygyel-bajjal jár, az agglutinatio makroszkopice meglehetősen, mikroszkop alatt mégis különálló bacillusok találhatók. Megállapítása egyéni ingadozásoknak alávett. Gebhardt és Torday, az eljárással legújabbban foglalkozó hazai szerzők tehát oda concludálnak, hogy az eljárás körülményes, nagy gyakorlatot, jól felszerelt laboratoriuo igényel, a miért is általános használatra ez idő szerint nem tarthat számont.

3. Az Ehrlich-féle diazo-reactio csak rövid ideig tulajdonítottak diagnosztikus fontosságot a tuberculosisist illetőleg. Kiderült ugyanis, hogy más betegségekben szenvedők (phlegmone, pyaemia, erysipelas stb.) vizelete szintén feltűnetheti a sulfanil-sav, natrium nitrit, húgykeverék ammoniakkal való kirázásakor a hab piros színét, a pozitív diazo-reactiót.

Chronikus lobos megbetegedések közül pozitív reactiót ad az actinomycosis, a tuberculosis, — a lues soha. Az eljárásnak diagnosztikus értéke csekély. Prognostikus értelemben azonban belőle, a mint azt a legújabb munkák (Hellendall) bizonyítják, némi következtetések vonhatók. A reactio intensitása t. i. arányban áll a kóros folyamat súlyosságával; ha a folyamat gyógyul, a reactio elmarad.

A szervek, szövetek, váladékok tuberculosisist diagnosztizálni hivatott eljárások közül legrégibb

4. a festési methodus. A tuberculosis-bacillusnak szövetekben, váladékokban anilin festékekkel, specifikus módszerekkel való kimutatása csak akkor bír bizonyító erővel, ha pozitív. A negatív eredmény esetén a megbetegedés gümös volta nem tekinthető kizártnak, mert ha kevés a bacillus, azt a praeparatumokban esetleg nem találjuk meg.

A módszerrel nyert diagnosztikus bizonyító ereje a vizsgált praeparatumok számának arányában nő. Az eljárás által nyert eredmények értékesítését az újabb időben mind bővebben ismert saválló bacillusok hasonló festődése complicálja.

5. A cytodiagnosist Widal és Ravaut használták először serosus mellhártya-izzadmányok gümös voltának kiderítésére. Az izzadmányokban centrifugálás után a göreső alatt található sejtek az aetologia szerint különböztek.

A tbc. bacillus által előidézett savós mellhártya-izzadmányok majdnem kizárólag lymphocytákat tartalmaznak. Találni bennük néha egy-két uninuclearis, kevés polynuclearis fehér vérséjtet, a mely utóbbi talán secundaer infectio következménye. A többi infectiosus ágens a phagocytákat, polynuclearis leukocytákat vonzza a mellhártya-izzadmányba. Lymphocytát benne alig találunk. A kibocsátott spinális folyadék sejt-tartalmából meningitis basilaris tuberculosisist diagnosztizálni franczia részről szintén megkísérlették. A tuberculosis cytodiagnosisa csak savós izzadmányok esetén vehető igénybe, használhatósága tehát korlátolt.

6. Az állatkísérlet. Kevert, mixt fertőzés esetén ma is az egyedüli célhoz vezető eljárás. Az állati szervezet több-kevesebb mellékfertőzést eltűr, a táptalajon a különféle mikroorganizmusok a tuberculosisistól nem izolálható.

Ha a vizsgálandó szövetben vagy váladékban sok más, esetleg virulens mikroorganizmus foglaltatik, tengeri malacznak subcután beoltása ajánlatos. Az oltás helyén az állat tályogot kap, a mely áttör, majd feltisztul, a tuberculosis azonban a regionær mirigyekbe propagál.

Kevés más mikroorganizmus esetén intraperitonealis oltást is lehet végezni tengeri malaczból, ilyenkor azonban célszerű például a köpetet Kitasato módszere szerint előbb megmosni. A tisztán csak tuberculosisist fertőzőtt váladékok vizsgálatára legjobb házinyul intravenosus fertőzése fulvenán át. Az állatkísérlet előnyei közismertek, hátránya az, hogy sokat injiciálva, az állat néha a genynyel beléje jutott nagy mennyiségű mérgező anyag, toxin hatása folytán, pár nap alatt elpusztul, a nélkül, hogy benne tuberculosis fejlődött volna. Kevés bacillust pedig az állat esetleg eltűr minden reactio nélkül s nem kap tuberculosisist, vagy pedig hosszú ideig, hónapokig jól van, hizik és csak későn kapja meg, úgy hogy a feleletet a kérdésre esetleg csak hónapok múlva kapjuk meg, jóval a rendes kísérleti idő, 6 hét után, a mely már maga is elég hosszú.

7. A tuberculosis-bacillusnak direkt az emberi szövetekből, váladékokból való kitenyésztésének, a melyet munkálatainknál használtunk, az állatkísérlettel szemben több előnye van. A tuberculosis-bacillus eddig megfelelő táptalaj híján mindig a nehezen kitenyészthető

mikroorganizmusok közé tartozott. Direkt az emberi szervezetből eddig csak kivételes esetekben tenyésztették ki. Rendszerint csak állat passage után izolálták a bacillust a kísérleti állat nyirokcsomóiból. Tenyésztéséhez eddig rendszerint vérsavót vagy vérsavós agart használtak, olyan táptalajt, melynek előállítására nagy technikai nehézségekkel járt és a melyet nem lehetett készen tartani. Ezzel szemben az általunk használt 5% glicerin burgonyának előállítására a lehető legkönnyebben eszközölhető, a kész táptalaj hosszabb ideig eltartható. Ilyen táptalajon es teink 86%-ában sikerült a tbc.-bacillust kitenyészteni, a többi 14% fertőző volt. Az állatkísérlettel szemben az eljárásnak nagy előnye az, hogy még csekély számú bacillus esetén is használható, mert míg azokat az állat szervezete eltűri, megemészti, addig a mesterséges táptalajon megnőnek, elszaporodnak és kimutathatókká válnak. Nagy előnye az eljárásnak ezenkívül az, hogy míg az állatkísérletnél a kísérleti idő átlag 6 hét, addig tenyésztés útján már a 23–24-dik napon megkapjuk a felvilágosítást a baj gümös voltát illetően. 23–24 nap alatt a kultúrák szabad szemmel láthatókká válnak. A methodus érzékenységét legjobban jellemzi azon tény, hogy vele még azon makrocelluláris lymphadenitis alakokból is képesek voltunk kitenyészteni a tbc.-bacillust, a melyekben gyér száma miatt még göresői metszeteken is alig lehet kimutatni. Ugyancsak kitenyészítettük lupusból is. A methodus hátrányát képezi az, hogy csak tbc.-fertőzés esetén használható. Ha a szövet vagy váladék más mikroorganizmust is tartalmaz, az eljárás felmondja a szolgálatot, mert a gyorsabban szaporodó egyéb mikroorganizmusok a tbc.-bacillust túlbujánozzák. Hogy ilyen kevert fertőzés van jelen, arról úgy győződünk meg, hogy a burgonya kultúrán kívül a váladékkal egy-két közönséges ferde agar kémcsövet is fertőzünk, a melyen a hozzákevert mikroorganizmus már 1–2 nap alatt kitenyészik, az eljárás említett hátránya azonban nem oly nagy, ha meggondoljuk, hogy éppen a sebészi tbc. esetek bizonyos stadiumban rendszerint tiszta fertőzések.

Az eljárás tehát megbízhatósága, az általa szolgáltatott eredmény inapellabilis volta miatt kiváló fontossággal bíró diagnostikus segéd-eszköznek minősítendő.

Eseteink közül kettő mint sülyedéssé tályog, jodoform-glicerinemulsióval volt kezelve. A 10% jodoformglicerinnek 2 héti tályogban való időzése nem csak hogy el nem ölte a tuberculosis-bacillust, de még virulenciáját sem változtatta meg. A 2 héttel a jodoform befecskendezés után nyert genyiből képesek voltunk kitenyészteni a bacillusokat s virulenciájukat meghatározni.

Ezen tény teljesen megfelel Troje és Tangl azon tapasztalatainak, hogy a jodoform csakis eprouvettában bír hatással a tuberculosis-bacillusra, állati szervezetben nem és Fränkel azon a legutóbbi német sebész-congressuson hangoztatott nézetével, hogy csontszén-emulsiókka ugyanazon győgyeredményeket lehet produkálni mint jodoformmal. A jodoform hatása tehát nem specifikus, nem chemikus, hanem mechanikus, a jodoform illetve csontszén szemcséknek granulatiót előidéz s így talán indirekt úton baktericid hatásának eredménye.

Kuthy Dezső. Örömmel üdvözlő az előadók eredményeit, a melyekből kedvező prognosztikont merít a therapiára. Ha a tuberculosis bacillus virulenciája az emberben jelentősebb különbségeket nem mutat, akkor fontosságban nyer a másik tényező, a szervezet individuális dispositioja. Minél állandóbb az egyik factor, mely a köresetnél számba veendő, az inficiáló agens, annál elhatározóbb az egyes esetek kialakulására az inficiált objektumnak, a szervezetnek magának viselkedése. A phthiseotherapia modern iránya pedig, mint tudva van, a szervezet ellenálló erejének, védekező képességének fokozására, az individuális dispositio csökkentésére irányul. Módjában lesz tehát a gyógyításnak is fokoznia beavatkozását ott, a hol az eset rosszabb indulatúnak mutatkozik, mert a kór vehemensebb fellépésében az organismus maga szerepel mint elsőrangú oki tényező, az organismus, melyet befolyásolhatunk, szemben a mikróbával, melyre direkte hatni ma még nincs módunkban. Előadónak ama megjegyzése, mely a szervezet védekező munkájában a fehér vérszettek jelentőségére utal, nagyon összevág a therapia azon tapasztalatával, hogy a tüdőtuberculosis gyógyításában ma egyik legfontosabb fegyverünk éppen a hideg-ingerrek methodikus alkalmazása, a megfelelő hydrotherapia, mely után az eddigi vizsgálatok szerint a vérkeringés javulásával karöltve jelentkező erythrocytosis és még feltűnőbb leukocytozis állapítható meg.

Liebermann Leó. Az, hogy a bakteriumok különféle szint vesznek fel, valószínűleg onnét van, hogy a különböző gumós növények, burgonya, alma, körte stb., egy bizonyos fajta gallussavat tartalmaznak, mely O-t vesz fel és ezáltal festődnek. A felvágott burgonya, alma, körte, répa a levegőn barna, piros vagy sárga lesz.

Preisich Kornél. A kultúrák festődésére nézve osztja Liebermann tanár úr nézetét, mert maga is tapasztalta, hogy a kémcsőben nyitva hagyott — be nem dugaszolt — kultúrák megfestődtek.

Korányi Frigyes. Azokra kíván reflektálni, miket Zimmermann kartárs a tuberculosis diagnosisára nézve felhozott. Bizonyos, hogy initialis u. n. praebacillaris stadiumban a tüdőtuberculosisnak egyetlen egy jellel sem bírnak, mely abszolút biztossággal bizonyítaná a tuberculosisist. A tüneteknek bizonyos összege áll azonban fenn, mely kisebb-nagyobb, vagy igen nagy valószínűséggel engedi meg a diagnosist. De a gyakorlati életnek vannak néha igen fontos momentumai, melyekben igen fontos a pontos diagnosis. Pl. ha arról van szó, hogy a beteget sanatoriumba küldjük, vagy ha valaki nőülés előtt kérdi, hogy esetleges tuberculosis miatt házasságra lépjen-e vagy nem? Ilyenkor behatóbb, pontosabb és meggyőzőbb jelekre kell támaszkodnunk. És vannak bizonyos tünetek, melyek a közönségesnél nagyobb meggyőző

erővel bírnak, bár szintén nem csálhatatlanok. Pl. ha valakinek cachexiára vezető betegsége nincsen és nem is hysteriás és nála 0.10–0.20 mg. tuberculin a reactiot létrehozza, habár csak egy esti befecskendezés után, 0.5–0.6^o tempereturaemelkedést a reggeli órákban, mégis igen ritkán fogunk hibázni, ha azt tartjuk, hogy ez tuberculosisnak jele. Ha jól értette, úgy méltóztatott Zimmermann tagtársunk nyilatkoznia, hogy a burgonyán való tenyésztéssel a bakteriumot olyankor is kimutathatni, mikor a köpetben göresőleg kimutatni nem lehet, olyan formán, mint pl. exsudatum pleuriticum bizonyos eseteiben, mikor göreső alatt nem, de állatkísérletekkel mégis kimutatható, hogy tuberculosisosak. Ha a burgonyatenyésztés azt kimutatja, mint némely esetben a köpet tartalmában a költőszekrényben is lehet szaporítani az optikailag fel nem található bakteriumokat, akkor ez igen nagy érdeme lenne az egyébként is elismerteméltó módszernek. És ha ez így van, nagy előnyt látna a tüdőtuberculosis diagnosisára nézve. A saválló bakteriumokról ismeretes, hogy egyedül festés által és állatkísérlet nélkül a valódi gümösbacillusoktól nem is lehet elkülöníteni őket, de a köpetben a saválló bakteriumok initialis tuberculosisnál igen ritkán fordulnak elő, ha csak nem véletlenül, a szájban tapadt tejről vagy tejszármarékról, és így ha a köpetben ki lehet mutatni a bacillust, ez a tuberculosisnak fontos jele. Ennyit szükségesnek tartott felemlíteni, mert ha a családásoknak lehetőséget nem is tagadjuk, ezeknek száma mégis csekély és nem volna indokolt, ha ezen néha előforduló nehézségek miatt a diagnostica eszközeinek értéke kisebbnek tartatnék az orvosi gyakorlatlól távol álló szaktársak által, mint a mennyit valóságban érnek.

Korányi Sándor. A pleuraizsadmányok tuberculosis voltának kiderítésére ajánlott cytodiagnostika a szent István-kórháznak vezetése alatt álló osztályán végzett vizsgálatok után nem igen látszik megbízhatónak. Elfer dr. ezen szempontból közel 20 izsadmányt vizsgált meg. Ezekben a fehér vérszettek minőségére az látszott befolyással bírn, hogy friss, vagy régi-e az exsudatum, és nem az, hogy gümös-e vagy nem. Friss exsudatumokban a polynuclearis sejtek nagy száma, régieben ezek hiánya és a lymphocyták nagy száma van jelen, a hogy azt már mások is leírták. Egy esetben régi lymphocytás exsudatum állott fenn az egyik oldalon. A kórházban lépett fel a másik oldalon egy friss exsudatum, számos polynuclearis sejttel. Egy egyénél tehát egy időben az egyik exsudatum sejtjei olyanok voltak, a milyenek tuberculosisra volnának jellemzők, míg a másiknak sejtjei a nem tuberculosis izsadmány mellett szóltak volna. Az osztályomon feldolgozott esetek száma még elégtelen, de a benyomás, a mely belőlük levonható, nem kedvező a cytodiagnostika aetiologiai jelentőségére nézve.

Deutsch László. Örömmel üdvözlő előadókat, kik a bakteriologiai biologia terén munkálkodtak és kiknek eredményei érdeklődésünket nagy fokban költötték le. Tényleg a virulencia fogalma a köztudatba csak most ment át. Régebben a német bakteriologia Koch nyomán a mikroorganizmusokat állandó pathologiai tulajdonságokkal rendelkező lényeknek tekintette, noha Pasteur révén az attenuált és fokozott virulenciájú bacillusok fogalma régen ismeretes volt. A virulencia ismerete nélkül a bacillusok változó kórokozó hatásának megértése lehetetlen; a mennyiben éppen a virulencia fejezi ki egy bizonyos csirának egy bizonyos állati szervezet ellenében kifejtett támadó képességét. Ertsük meg azonban jól: a virulencia skálája nem halad paralleli módon a különböző állatfajokra nézve. Egy bacillus pl., a melyet egy bizonyos állatfajon való passage (állatról állatra való ojtás) útján az állatfajra nézve virulensebbé tettünk, ezáltal nem lett még virulensebbé egy más állatfajjal szemben. A galambokon át vezetett sertésorbáncz bacillusa pl. a galambra nézve hypervirulenssé válik, míg a nyúlra nézve virulenciája változatlan marad, sőt a sertésre nézve virulenciája egyenesen rendkívül csökken. Vagy pedig, hogy más példát említsen, gyakran tapasztaltuk már, hogy az emberből kitenyészített, sepsist okozott, tehát emberre nézve igen virulens streptococcus a házi nyúlra nézve nem bizonyult virulensebbnek egy más streptococcus-fajnál. Rendkívüli nehézségekkel állunk tehát szemben, a mikor egy mikroorganizmusnak az emberre vonatkozó virulenciáját állatkísérletek alapján akarjuk meghatározni. Az, hogy egy tuberculosis-bacillus a házi nyúlra gyorsabban öli meg, mint egy másik tuberculosis kultúra, még nem involválja azt, hogy a nyúlra gyorsabban öli bacillus az emberre nézve virulensebb volna; talán éppen az emberre virulensebb tuberculosis-bacillus kevésbé veszedelmes az állatokra. Hiszen éppen a gümösbacillusról tudtuk meg újabb, hogy az emberi gümőkórból kitenyészített virulens tuberculosis-bacillus nem féltetlenül fertőzi a szarvasmarhát, míg a gyöngykór tuberculosis-bacillusa erre mindig képes. Hogy mégis az előadók tételeit elfogadjuk, azt ezek után teszi csakis azért, mert a nyulakon az emberi tuberculosis-bacillus állandóan egyforma virulenciát mutatott, míg ugyanis az előbb elmondottak szerint a virulencia bizonyos irányú megváltozásából más állatra — jelen esetben az emberre — vonatkozólag semminemű következtetést vonni nem merne, addig a virulenciának bemutatott állandóságából maga is teljes valószínűséggel következtetne az emberi tuberculosis bacillusának nemcsak a nyúlra, de az emberre nézve is állandó virulenciájára.

Egy másik pont, melyre röviden reátérek, a Widal-féle cytodiagnosisra vonatkozik. Ha tengerimalacz hasárába tuberculosis-bacillusokat fecskendezünk, akkor 2–3 napig erős polynuclearis leuko- és phagocytosis észlelhetünk és csak később vándorolnak be a lymphocyták, a melyek azután a localis folyamat egész tartama alatt majdnem kizárólag találhatók. Ez megegyezik Korányi Sándor tanár leleével, a ki előbb említett betegénel friss gümös mellhártyaizsadmányban több magvú genysejteket, a másik oldali régebbi keletű izsadmányban pedig csakis lymphocytákat talált.

Kosztka Emil. Előadó urak dolgozatának nagy értéket tulajdonít az urológia szempontjából is. A hólyagtuberculosist néha igen későn és igen nehezen lehet kimutatni és inkább az empiria alapján kellett felvenni a tuberculosist, melyet a tapasztalat be is igazolt néhány esetben. Örömmel üdvözlö az új methodust, mely alkalmat ad arra, hogy korán lehessen megismerlni a diagnositis hólyagtuberculosis esetében, melyet eddig csak a cystoskop mutatót ki.

Justus Jakab. Ha előadó eredményeiben azon körülmény, hogy kísérleti állatai körülbelül egyforma idő múlva egyforma tünetek között pusztultak el, nem szólna a mellett, hogy házinyulak és tengerimalaczkok individuális különbségei nem jelentősek, kifogást lehetne emelni az állatoknak virulentia mértékül való felhasználása ellen. De fenmarad még egy kétség: mi hatása van a táptalajnak, mely az emberi testből való kivételük után szolgál a bacillusok tartózkodási helyeül. Előadó egyenlően készített, egyenlő körülmények között tartott tápanyagra oltotta a szervezetből kivett bakteriumokat. Kérdés most az, vajon nem ezen körülmények módosították-e a bakteriumok virulentiáját, úgy hogy az körülbelül egyenlővé vált?

Pesthy István. Hogy jodoform-glycerinnel kezelt tuberculosus tályogokból s izületekből a befeeskenés után hetek múlva is ki lehetett tenyészteni a tuberculosus-bacillusokat, az a mellett szól, hogy a jodoform itt nem mint antisepticum, hanem mint granulatiot serkentő szer vétetik alkalmazásba, mely hatása, ép úgy mint a tisztított széné, mechanikus. Hasonló célzattal, de chemiai ingerlő hatása alapján jutott nagy hírre a sebészti tuberculosusok kezelésében a fahéjsav, mely a szervezetnek a pozával szembeni reactioját, vagyis a kóros gócz körüli granulatiot serkenti s eredményezi a gócz betokolódását. Legszébben látjuk kifejezve ezen jelenséget a tuberculosus osteomyelitisnél, hol a környező ép csont részek reactioja eburneált csontból álló tokot producál, melyen belül azonban állandóan megmarad a többé-kevésbé virulens tuberculosus kórháztany.

Krompecher Ödön. Alig remélhető, hogy az általunk használt glycerines burgonyán a tuberculosus-bacillist a gümőkór kezdeti szakában a köpetből, vagy húgyivarszervi gümőkórnál a vizeletből lehessen kitegyészteni, mert úgy a köpet, mint a vizelet számos oly mikroorganizmust is tartalmaz, mely egész gyorsan nő és a lassan növe tuberculosus-bacillust mesterséges táptalajon elnyomja. A gümőkór-bacillusnak tuberculosusra gyanus exsudatum pleuriticumból való kitegyészését maga is megpróbálta, a burgonya azonban a mai napig, azaz a 26-dik napig steril maradt; ellenben pozitív eredményt szolgáltatott eljárásunk emlőlyagból nyert váladék esetében: mivel itt a váladékban göreső alatt mikroorganizmusokat nem találtunk, glycerines burgonyára oltottuk, hol a tuberculosus bacillus a 24-dik napon kitegyészett. Ha a gümőkórbacillust állandóan együgyanazon állatfajból, pl. emberből kitegyészjük és más fajba, pl. házinyulba oltjuk, nem látom be, miért nem lehetne a bacillusok virulentiájára következtetni, akár gümős lesz az állat, akár nem. Lehetséges, hogy az egyes burgonyák vegyileg némileg különböznek, de alig hiszi, hogy e minimális chemiai különbségek lényegesen módosítják a tuberculosus-bacillusok virulentiáját.

Pertik Ottó. Bátorodik a figyelmet felhívni az intravenosus injectio által előidézett mamma- és heretuberculosisra, melyek a szövetek localis dispositiojára vetnek fényt, mely mindinkább tért foglal a pathológiában.

Elnök. Kedves köteleességet teljesít, midőn előadónak érdekes fejtegetéseikért az egyesület köszönetét tolmácsolja. Ezzel az ülést bezárja.

(VII. rendes ülés 1902. február 22-dikén.)

Elnök: id. Klug Nándor. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Baumgarten Egmont, ifj. Klug Nándor és Grósz Gyula tagtársakat.

Orrmelléküreg-bántalom és szemizombénulás.

Baumgarten Egmont. Az ikcsontöböl idült bántalmi rendesen súlyos tünetekkel járnak és az orbitával való tözsomszédságuk folytán a szem különféle megbetegedéseivel járhatnak. A bemutatott eset a ritkán előfordulókhöz tartozik. A 41 éves férfibetegnél egy év előtt fejfájások léptek fel és egyszerre a bal szemhéja lecsukódott, szemét nem bírta kinyitni. 2 hó óta kettős látás. Óriási fejfájásai miatt, melyek a tarkóig leterjednek, éjjel alig tud aludni, keveset eszik és fejét hideg veríték lepi el. 7 hónapig villamozták, azután Schwarz Artur kartárs szőlőhöz utasította, mert gyanuja volt valami orrbajra. A bal szem kifelé állt, jelentékeny ptosis, szemhéjak duzzadtak, csekély fokú protrusio. A szem csak kifelé mozgott. Az orr vizsgálatánál egyszerű idült orrhurtoztaláltunk, mely bal oldalt erősebb túltengéssel járt. A Highmor, frontalis és ethmoidalis üregek megbetegedéseinek kizárása után már a fejfájás és az ezzel járó nehéz tünetek miatt az ikcsontöbölben kereste a baj székhelyét, miért is az öblöt a mellső alsó fal áttörésével megnyitotta. A megnyitáskor a beteg erősen szédült, de csakhamar lényegesen megkönnyebbülten érezte magát, miért is az üreget nagyobb kiterjedésben megnyitotta. A ptosis és protrusio már másnap visszafejlődött, és a beteg szemét jobban mozgatta. Két nap múlva a középső kagyló mellső részének eltávolítása után az üreget hozzáférhetőbbé tette és a nyílást annyira kitágította, hogy egy 10 cm. hosszú jodoformgaze-csikot kényelmesen betolhatott és előzetesen az ikcsontöbölben levő sarjadzásokat kikaparhatta. Az öbölben a csonthátya több helyen hiányzik, a csont érdes. A távolság az orrhegytől az öböl tetejéig

12-5 cm. Beteg a kezeléskor szédül, különben igen jól érzi magát. A szem már befelé a középvonalig mozog, felfelé, valamint lefelé is elég jól. Csapodi a szem háttérén épnek találta.

Beteg bujakórban nem szenvedett, egyéb infectio sem előzte meg a betegséget, nehéz tehát az okot megállapítani. Hogy a szemizombénulás a bajjal összefügg, már bonczani alapon is feltételezhető, biztosítja azonban az elért eredmény is. Egyelőre nem állapítható meg, hogy a többi izom működése helyreáll-e? Ha rosszindulatú folyamat nem forog fenn, 1-2 év alatt meggyógyulhat a beteg.

Barlow-féle betegség.

Grósz Gyula. Ezen betegség nálunk Magyarországon még nem észleltetett, vagy legalább is irodalmi közlés tárgyát nem képezte.

A 15 hónapos leánya törvénytelen gyermek; szüleitől közelebbi adatok nincsenek.

A gyermek születésétől fogva egészen 1 éves koráig *közönségesen felforralt* (5½ hónapos koráig teával hígított) *tejjel* tápláltatott; azután pedig vegyes táplálékot (húsleves, tojás és hús) is kapott. Ezen táplálkozás mellett a gyermek állítólag igen szépen fejlődött; jelenlegi baja kezdetéig soha sem volt beteg. 10 hónapos korában jöttek első fogai és 1 éves korában már saját erejéből felkapaszkodott és járt. Körülbelül 6 héttel ezelőtt betegedett meg, a midőn nevelő anyja azt vette észre, hogy végtagjai fájdalmasak és dagadni kezdtek; oly heves fájdalmak voltak, hogy fűrészteni sem lehetett. Két egymás után következő napon szíja vérzett, és véres széke volt; sőt egy ízben székéls alkalmával tiszta nyers vér is ürült. Január végén pedig feje rohamosan megdagadt, úgyiszentén a szemhéjak is. Ily állapotban hozott be kórházunk sebészeti osztályára, a hol február 1-12-dikéig észleltetett. A diagnosis „haematoma capitis” volt; azon gyanu merült fel, hogy a gyermek koponyacsonttörést szenvedett. A fej tetemesen meg volt nagyobbodva, az egész fejtetőt egy nagy, élénken fluctuáló daganat fedte, a melynek mélyében a koponyacsontot ki lehetett tapintani; szemhéjakon kékes-piros elszínesedés. A fejre alkalmazott borogatásokra a daganat mindinkább kisebbedett úgy, hogy elbocsátáskor már alig volt érezhető. Közérzete is javult.

Február 18-dikán újból behozták a kórházba, a hol a belgyógyászati osztályon a következő főbb tüneteket észleltük. A gyengén fejlett és rosszul táplált gyermek csontrendszere a rachitis tüneteit mutatja (összenyomott mellkas, kifejezett olvasó, vastag epiphysisek, jobb alkar és bal felkar erősen görbült). A bal csomcsont, valamint a bal alszárcsont diaphysisében 1-1 rendetlen alakú, tömött duzzanat, a mely felett a bőr sárgás-kékes. Az alsó végtagok legesekélyebb mozgataánál a különben apathikusán fekvő gyermek heves fájdalmakat érez. Az egész fejtetőt nagy fluctuáló daganat borítja, a mely felett mély nyomást gyakorolva, csaknem mindenütt érezhető a helyenkint érdes felületű csont. Mindkét felső és alsó szemhéj egész terjedelmében szederjes-kékesen elszínesedett. A többi szerv részéről lényeges eltérés nincs. Felvételtkor mérsékelt láz (38-5°). A daganaton kis incisiót végeztünk, mert úgy látszott, mintha geny mutatkoznék, de csak körülbelül 200 gr. sötét, hígán folyó vér ürült.

A felsorolt tünetek oly praegnausok, hogy azokból a kórismét *Barlow-kórra* kell tennem.

A betegség különböző synonymjai: „Möller-féle betegség”, „acut rachitis”, „rachitikus csecsemők scorbutuszerű megbetegedése”, „Möller-Barlow-betegség”, „Cheadle-féle betegség” stb. E bántalomra különösen jellemzők a következő tünetek: gyors fejlődés, végtagok fájdalmassága, a csöves csontok, valamint a koponyacsontok feletti subperiostalis vérzések, száj- és bélvérzések.

Az irodalmi adatokból azon conclusiora jutott, hogy eddigi ismereteink alapján a *Barlow-kór sui generis betegség, melynek aetiologiája még homályos.*

Orbán Rezső. Bemutató a Barlow-kór aetiologiáját homályosnak mondja. Már pedig számos szerző egybehangzó állítása szerint a kóralak egyenes kifolyása a mesterséges táplálásnak. Ezen nézetet támogatják a statistika adatai is, melyek szerint Amerikában, a hol a mesterséges táplálás a legerjedtebb, a Barlow-kór gyakran fordul elő. Németországban megjelenése sporadikus, mert a csecsemők már inkább kapnak anyatejet és nálunk ma látjuk az első esetet.

Ezen körülmény is igazolja Grósz főorvos azon álláspontja helytelenségét, melynek értelmében ő a dajka mellőzésével mesterséges táplálásnak előnyt ad.

Bókay János. Tény, hogy eddig Magyarországon nem észleltetett Barlow-kór. Szülő és segédei évek óta figyelemmel kísérik a betegséget, de egy esetet sem láttak. Ezzel ellentétben tudjuk, hogy Angliában, Északamerikában, Németország északi részein a Barlow-Möller betegség esetei évről-évre szaporodnak. Mi magyarok tán büszkéek lehetünk, hogy nálunk nem fordul elő. Mert, a mint a bemutató szavaiból értesülni méltóztattak, összefügg a bántalom fellépése a táplálkozási móddal, sőt directe összefügg a tejconservék használata mellett a túlsterilizálással, melynek hibájába estek a németek, angolok és az amerikaiak.

Az esetet hajlandó Barlow-kórnak tartani, bár a scorbutos inybántalom hiányzik.

Grósz Gyula. Volt két ízben a szájból vérzése és bélvérzése.

Bókay János. De ez nem typusos stomatorrhagia. Azután ellene szól az aetiologikus momentum, a túlsterilizálás hiánya úgy, hogy a congenitalis haemophilia felvétele nem utasítható el egészen, bár a nem traumás eredetű vérzések inkább Grósz kartárs felvétele mellett szólnak.

Grósz Gyula. Köszönetet mond Bókay tanárnak hozzászólásáért. Az esetet behatóan megvizsgálta és az irodalmi adatokat számba vette és ennek alapján Barlow-kórnak tartja az esetet; különben az exitus lethalis közel áll és akkor a bonczolat is hozzá fog járulni az eset felderítéséhez. Orbánnal szemben fentartja állítását, hogy az aetiológia homályos, és e tekintetben utal Köppen és Hirschsprung szavaira. Mert nemcsak mesterséges táplálás, hanem anyatej után is látták fellépni. A betegség különben sokféle változatot mutat és nem okvetlenül kell scorbutos szájvérzésnek jelentkeznie, bár a betegnél volt szájvérzés és bélvérzések is.

Tuberculosis és hallószerv.

Ifj. Klug Nándor. A hallószerv gümös megbetegedése többnyire mint középfülgyulladás jelentkezik.

E hallószervi megbetegedésről 1837 óta mai napig számos alapvető munka jelent meg. A folyamat többnyire secundaer, vagy tüdő-tuberculosishoz, vagy esont- és mirigygümőkörhöz csatlakozik.

Ez utóbbiakhoz főleg a gyermekkorban. A gümös fülfolysások a fülmebetegedések 0-70%-át teszik. A fertőzés útja lehet a tubán át a szájüreg felől, egy már meglevő dobhártyaperforation át a külső hallójárat felől és végül haematogen úton. Az elváltozások igen sokfélék, a dobhártyakép ritkán látható jellegzetesnek, mert mi már rendszeren nagy destructiókat látunk. A gümöbacillus kimutatása nehéz, legtöbb esetben egyáltalában nem sikerült. Így Nathan 40 eset közül 12 esetben tudta kimutatni. A klinikai kép igen változatos. Legjellegzetesebb tünet a reactio nélkül, a fájdalom nélküli lefolyás.

A folyás többnyire bő, higan folyó, bűzös. A folyamat reáterjed a sziklacsont, a tömkelegre, mikor is a sziklacsont cariese, hallás-rosszabbodás lép fel. Facialis-bénuláshoz, véredény arrosiokhoz vezethet. Az összes koponyafüri szövödmények, meningitisek, thrombophlebitisek, agy- és kisagyi abscessusok, léphetnek fel gümös megbetegedéseknél. Vannak enyhébb lefolyásúak is, hol némi reactiv folyamat is látható és főleg a gyermekkorban fordul elő; úgy látszik, hogy bizonyos egyéni diathesis is szerepet játszik e különben súlyos betegségnél. A betegség prognosisa egészben véve rossz. Még ha gyógyul is, dobhártya-defectusok és nehéz hallás marad vissza. Kezdődő csúshurut a középfülgyulladás kigyógyításával javul, esetleg meg is gyógyulhat; ellenkezőleg, ha a tüdőbeli folyamat előrehaladt, a fül részéről is súlyos a prognos. Minél mélyebbre terjed a sziklacsont cariese, annál súlyosabb a kórjósolat, de műtéttel mégis némi gyógyeredményt lehet elérni. A kezelés mindig helybeli és általános legyen. Ily betegknél a jó levegő és jó táplálás kell a helybeli kezelés mellett. Conservativ kezeléskor a geny szabad lefolyásáról kell gondoskodni, hogy retentio ne álljon be; esetleg antiseptikus szerek vendők be. A külső hallójáraton át könnyen elérhető cariosus esontrészek eltávolítandók. Legtöbb eredmény érhető el a műtét eljárással, midőn az összes középfülüregeket egy úrré alakítjuk át és minden cariosus esontrészt eltávolítunk. A műtét indicált mindama középfültuberculosis-esetekben, melyekben még a tüdőgümőkör nem haladt előre, midőn az egyén még nem túlságosan dyscrasiás. Az ily betegek a prophylaxis szempontjából is ellenőrizendők, nehogy bajukkal másokat fertőzzenek.

Genersich Antal. Az utolsó években Budapesten kevesebb sziklacsont-tuberculosisot talált, mint a 60-as években — tanárságát korában, bár mostanában Budapesten vagy 4000 hullát bonczolt és majdnem mindegyiknek megnézték a sziklacsontját is. Igaz, hogy anyagában kevés a gyermek, de azelőtt felnőtteknél is igen gyakori volt. Szólv kénytelen azt annak betudni, hogy az orvosok a fülfolysás fontosságáról meg vannak győződve és a fülorvosok a bántalmat nagyobb szakavatottsággal kezelik.

A budapesti kir. orvosegyesület otológiai szakosztálya.

(1900. május 18-dikán tartott szakülés.)

Elnök: Böke Gyula; jegyző: Váli Ernő.

(Vége.)

Váli szerette volna a nagy gonddal összeállított előadásban bővebben tárgyalva hallani a sclerosis boncztanát, szövettanát és aetiológiáját. Lichtenberg fényes jövőt jósol a resectionnak, ő azt hiszi sem eddig, sem a jövőben nem változtatnak a resectiók sem a halláson, sem a subjectiv zörejekben; bár közismert tény, hogy a tengeri fürdők a nyák-hártyákra milyen előnyösen hatnak, előadó mégis elítéli azokat. Szívesen vette volna, ha előadó a mechanotherapiával hosszasan foglalkozik.

Szenes megjegyzi Böke szavaira, hogy genyedő folyamatot ő is több ízben észlelt a sclerosis kezelése közben és bár a kórkép javult is olykor e közbejött bántalom folytán, mégsem tartja megengedhetőnek — mit különben Böke sem ajánlott —, hogy ez úton kísérjük meg a gyógyítást. Lichtenberg szavaira megjegyzi, hogy a sclerosis consecutivának, mint elnevezésnek, ő sem tulajdonít fontosságot. Habermann szerint sclerosisoknál nem az öröklött, hanem a lobos eredetű alak a főbb és gyakoribb, s így kell, hogy jó elnevezés legyen a „sclerosis consecutiva” is. Ő körülírtak mondja a bajt akkor, ha az elváltozás csak a dobüreg nyálkahártyájára vonatkozik, míg diffusnak, ha a dobüreg összes képletei a bántalom körébe vannak vonva. Az operativ beavatkozástól a németek sem várnak nagy eredményt; ő is ezen véleményen van. Sugár észrevételére nézve megjegyzi, hogy ő sem

híve a nihilismusnak s e mellett szól eddigi irodalmi működése is. Válinak megjegyzi, hogy az anatómiával, a kórboncztanával, a tuba és a garat megbetegedéseivel, valamint a mechanotherapiával azért nem foglalkozott bővebben, mert az előző szakülésen részletesen tárgyalta e kérdés. A tengeri fürdők nézve neki is az a véleménye, hogy azok az egész szervezetre hatnak.

Lichtenberg: Tévesnek vagy legalább is feleslegesnek tartja a „consecutiv” elnevezés fentartását, közismert tény lévén a jelzett bántalomnak az ornyákhártyából kiinduló fejlődése. A gyógyításra vonatkozólag ő is nihilisztikus állásponton van s így bátran kimondja, hogy a conservativ kezelés teljesen hiábavaló. Inkább az operativ kezelés híve. Mert eddig az ismert orthopaedikus eszközökkel is azt akarjuk elérni, hogy a dobüreg elromlott mechanismusát ismét activvá tegyük. E módszerek azonban csak előzenői azon műtét eljárássoknak, melyeket újabban kezdenek használni venni. Mióta pontos diagnosisek alapján végzik sclerosisoknál a hallóesont resectiókat, azóta az eredmény is sokkal biztatóbb. Ő maga is sokszor végezte fényes eredménnyel — quoad auditum — a resectiót, de ez eseteiben a műtét után 10—15 nappal rosszabbodás állott be a hallásban, mit ő úgy magyaráz, hogy műtét után néhány nappal új szövött képletek jelentkeznek a dobüregben s ezek elzárják az utat a hanghullámok elől. Sajnálja, hogy az előadó az organotherapia felől nem nyilatkozott.

Sugár: Úgy véli, hogy a sclerosis gyógykezelésénél a nihilismus nem engedhető meg. Nincs egy véleményben az előadóval abban sem, hogy a Politzer-féle zuhanyzás káros; mert való igaz, hogy az eljárás vérbőséget okoz, de ez alapfeltétele a felszívódásnak. Hogy a ballonozás avatatlanok kezébe nem való, abban előadóval egyetért. Az operativ eljárásra — szerinte — szép jövő vár.

Közkórházi orvostársulat.

(I. bemutató ülés 1902. január 15-dikén.)

Elnök: Schrodtt Antal. Jegyző: Juba Adolf.

Elnök az ülést megnyitja s a mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Gebhardt Ferencz és Havas Adolf tagtársakat.

Lues gravis esete.

Gebhardt Ferencz: M. J. 46 éves nőtlen koldus, ki 1901. december 16-dikán került a szt. János-kórház vegyes osztályára, valószínűleg nem ismertetlen a társulati tagok nagy része előtt, mert 12 év óta többszörösen feküdt a kórházak különböző osztályain, talán már bemutatásra is került, sőt részletesen közölve is lett fénykép kíséretében. Róna tanár 1893-ban megjelent tankönyvében, mint a tertiar luesnek érdekes esete.

Azon időben a betegnél florid gummás bőr-, csont- és izületi folyamatok voltak jelen, melyek azóta lezajlottak. Jelenleg a visszamaradt elváltozások, továbbá időközben a légzőszervek és idegrendszer részéről felmerült tünetek teszik indokoltá a beteg bemutatását.

Beteg az intelligenciának elég alacsony fokán áll, kórelőzménye adatait mindig más-más módon adja elő. Úgy látszik, hogy testvérei fiatalon haltak el, anyja két ízben abortált s egyszer holt gyermeket szült.

Ő maga 9—16 év között kezdett betegeskedni, bal alszárát 16—20 éves kora között vesztette el, mely előbb sokáig volt sebes, igen fájdalmas, később spontan elfeketedett s leesett, mintha levágták volna. Ugyanekkor fekélyes volt a jobb alszár is.

28—32 éves korban a szegycsonton s a jobb felső végtagon léptek fel sokszoros fekélyesedések, ugyanekkor a jobb alkar emelés közben ketté törött. Egy évvel később a bal alkar tört el hasonló módon, ez időben voltak genyedő fekélyei a homlokán, az orr tövében, mely később besüppedt.

1891-ben három hónapig ápoltatott a szt. Rókus-kórházban, ekkor kapta az első antilueses kúrát, mire fekélyei gyógyultak.

Venereás infectiót tagad; újabb időben havonként egyszer gőrcsős rohamai vannak eszméletlenséggel, egy ilyen alkalommal nyelvét is megharapta.

Az elváltozások, melyek a betegen láthatók, nagyjában két csoportba oszthatók:

a) *kiterjedt sugaras bőrhegek, zsugorodások* vannak a tarkón, a bal áll alatt, a fültőn, nagy tenyéryi terjedelemben a mellen, mindkét felkaron, az alszárakon, különösen a jobb tibia élén, hol a hámréteg vértserű, réteges, sárgás-barna kérget alkot;

b) *csontelváltozások*, homlokon kiterjedt tophusok, az orrcsontok hiánya nyeregorr képződéssel, tophus a jobb vállizületben, mindkét felkaron, a jobb alszár kardalakú elgyömbülése. Spontan törések állizület képződéssel mindkét alkaron, ezenkívül a bal alszár felső harmadától fogva hiányzik.

Az izületi elváltozásokra s ankylosisokra nézve a betegről az új kórház Röntgen-laboratóriumában felvételeket készített Chudovszky barátom, ki az eredményről szíves lesz majd beszámolni.

A belső részek vizsgálatánál kiemelendő a bal tüdőcsúcsnak mérsékelt zsugorodása, a rövidült kopogtatási hang, az érdes be-s megnyúlt batározatlan kilélekzés, melyhez tegnap óta csekély diffus hörghurut társult. A máj kissé érzékeny. A vizelet idegen alkatrészeket nem tartalmaz, közérzet elég jó, étvágy, szék rendes, beteg állandóan láztalan.

A beteg állítja, hogy *epilepsia*s rohamai vannak, ezeknek lehetőségét itt, a hol súlyos koponyacsont elváltozások vannak jelen, s a beteg szellemi képességeit is tekintve, mivel talán koponyauri folyamatok is fenforoghattak, kétségbevonni nem lehet, ilyen rohamot azonban magunk még eddig nem észleltünk, s így arról bővebben nem nyilatkozhatunk.

Egy másik kérdés a bal *tüdőcsúcs* zsugorodásának természetére vonatkozik; ruganyos rostot vagy gümöbacillust a köpetben kimutatunk nem sikerült; a folyamat nem activ, az észlelési idő alatt nem változott, a gümőkór egyéb jelei is hiányzanak a betegnél, úgy hogy nem zárkozhattunk el egészen azon feltevés előtt, hogy ne *tekintünk-e a tüdőcsúcsnak ezen manifest zsugorodását egy hasonló s a többivel talán egyidejű folyamat maradványának*. Feltevésünket támogatja még azon körülmény is, hogy a gümőkór serodiagnosisára vonatkozó s eddig látszólag használhatónak bizonyult eljárással a betegnél negativ reactiot nyertünk.

Végül nagyon érdekes volna azon kérdés eldöntése, vajjon *öröklött vagy szerzett lues*, vagy esetleg a kettőnek combinatioja hozta-e létre betegnél a leirt elváltozásokat? *Öröklött syphilis* mellett látszanak szólni a megbízhatatlan anamnestikus adatok s a beteg egész szervezetén tapasztalható *hypoplasia*, a beteg nem teszi 46 éves ember benyomását; ellene szól az a körülmény, hogy *csecsemőkori elváltozásokról* nem tudunk, legalább ilyenekről adatokat nyernünk nem sikerült.

Idevonatkozó kutatásainkat nagyon megnehezíti beteg alacsony intelligenciája, mely viszont szerzett syphilisre nem nyújt támpontokat.

Beteg állítólag sohasem közöszült, de az első luetikus tünetek kétségtelenül az *ivarérés ideje előtt léptek fel nála*. Igaz ugyan, hogy objective hegeket lehet ma is a praeputiumon látni, de ezekről nem dönthető el biztosan, hogy *primaer fertőzésnek*, vagy talán a többi bőrhegekhez hasonló folyamatoknak köszönik eredetüket.

Chudovszky Móricz: A Röntgen-képek, melyeket az esetről felvettem, méltán figyelmet érdemelnek. Az alszárcsontokat nem csontheg fedti, hanem periostalis callus, vagyis a periost részben lobos, részben regenerativ folyamata fedte be, a mi a sebészeket arra indíthatja, hogy a műtét után ép egyéneknek is periosteum lebenynyel fedjék a csontot és így eburneált callust kapjanak. A beteg alkarcsontján a kétszeres törés jól látszik a Röntgen-képen, a felső törés eburneált callussal gyógyult, az alsó állízületileg egyesült. A luetikus ostitis és periostitis kétféle alakban jelentkezik, mint csontfelrakódás, vagy mint fekélyesedés és törés. Ha csontgyulladás is társul a csontthártyagyuladáshoz, akkor az egész csont egyneműnek látszik, a corticalis és medullaris állomány nem különböztethető meg rajta, olyan, mint osteomalaciánál.

Az állízületek helyén feltűnő a betegnél, hogy az enyhébb árnyékú hely elkülöníthető a környezet árnyékától, csontállomány, melybe csont még nem rakódott le; lehet, hogy ez a még fennálló folyamatot jelzi. Ez ugyan csak körbontatni jelentőséggel bír, de máskor a differentialis diagnosis szempontjából is fontossággal bírhat, ha pl. azt kell eldönteni, hogy valamely csontmegvastagodás lobos természetű-e, vagy állképleti, mert ez utóbbi esetben a Röntgen-képen külön látszik a daganat és külön a csont.

Mesenterialis fibrosarcoma esete.

Lipscher Mór: P. K. 49 éves napszámosnő, 2 év előtt hasa jobb felében a köldök magasságában daganatot vett észre, mely állandóan növekedett. A betegnek nagyobb fájdalmai nem voltak, de folytonosan soványodott és testi erejében gyöngült. *Herczel* tanár osztályán felvetelkor a magas termetű, sovány nő hasában egy emberfejnyi, karélyos, minden irányban könnyen mozgatható daganatot lehetett tapintani, mely nagyobbbrészt a köldök alatt foglalt helyet, jobb oldalon lenyult a kis medenczébe, de az ivarszervekkel nem függött össze. A daganatnak legfeltűnőbb sajátága annak mozgathatósága volt. Nemesak oldalirányban, hanem a függélyesen is tág határok között lehetett mozgatni, annyira, hogy a tumornak a kis medenczébe leérő alsó polusát a köldök magasságáig lehetett feltolni.

A *diagnosis mesenterialis és omentalis sarcoma között ingadozott*, mert mindkét rendbeli daganatnak közös tulajdonsága a nagyfokú mozgékonyaság.

Műtét (1901. december hó 23.) kitűnt, hogy a hatalmas daganat retroperitonealisan a vékony bél fodrában fekszik, annak két lemezét széjjel tolta és a vékonybélnek egy 30 cm. hosszú részletét mintegy magára öltötte. Ezen vékonybélkaes a daganatnak felső harmada magasságában vonult el harántul, szorosan a daganathoz lapulva. A tumornak jobb széle a jobboldali húgyvezetőt a gerinceoszlop-tól elemelte, úgy hogy a jobb ureter a daganat előtt haladt le a kis medenczébe.

Az ureternek ezen lefutását idejekorán vettem észre és így megsejtését elkerülhettem. A peritoneumnak bemetszése után a daganatot elég könnyen ki lehetett hüvelyezni, a vérzés csekély volt. A tumornak eltávolítása után a bél mesenteriumában visszamaradt hasadékok vékony selyemöletésekkel elzártam. A kiirtott daganat karélyos, rostos szerzetű, súlya 25 kg., átmérő 12, 21, 24 cm. *Generisch* tanár vizsgálata szerint *fibrosarcoma*, mely sok helyen nyákosan elfajult.

Lefolyás láztalan, a beteg jó erőbeli állapotban hagyta el a kórházat.

Lupus leontiasique esete.

Róna Sámuel: M. M. 24 éves hajadon, 1901. december 28-dikán jött az osztályra. Állítólag 8 éves kora óta szenved arczlupusban. Ezt 7 év előtt egy fővárosi kórházi sebészi osztályon kikaparással és paquelinezéssel orvosolták. Ugyanazon időben arcz orbánca is volt

magas lázzal, de annak lezajlása után nem maradt vissza duzzanat és azóta orbánca vagy orbánczszerű bőrlöbja nem volt, sőt 3 év előttig arczlupusa elég szerény korlátok között maradt. Azóta azonban ismét óriási dimensiokat öltött a lupus, daczára, hogy orbáncz vagy bőrlöb nem társult hozzá, sőt még a nyakon most látható kifekélyesedés is csak 1 hó óta áll fenn. Mult év novembere óta a hypertrophias lupus. göbökön kívül, láz és fájdalom nélkül, diffus duzzاناتok jelentkeztek az arczon, melyek oly mérvet öltöttek, hogy pl. a szemrést nem tudta kinyitni. Ezen duzzاناتok hol apadtak, hol újból fokozódtak. A midőn osztályunkra jött, az egész arcz, mindkét fül, a nyaknak mellső és balsó része, a homlok közepe 2 ezüsförintnyi területen *lupus tumidus* vagy *hypertrophicus* által volt elfoglalva. Az arcz egész felülete az alsó ajkat kivéve, a nyaknak bal fele, a homlok középső része *elephantiasice* duzzadt, merev oedemás. A duzzanat az ujjbenyomatokat csak egyes helyeken és kis mértékben tartja meg. A szemhéjak párnaszerűen duzzadtak, diffuse barnás vörösek, de a barnás vörösség elnyomása után kölesnyi lupus göbök tűnnek elő. A fülek alsó fele 4—5-szörösen megnagyobbodott a lupustömegek által és többszörösen lebonyezett.

A beteg arcza a *facies leontina* képét adja

A lupus az orrüregre is áterjedt és a felső ajkon is mutatkozik. Ezenkívül a törzsön és a végtagokon is elszórt göbök.

A therapia nem sokat ígér ez esetben.

Lupus mutilans a bal kéz ujjain a bal alkar nagyfokú chronikus oedemájával.

Róna Sámuel: M. K. 54 éves özv. napszámosnő, 1901. július 12-dikén jött az osztályra, 10 év óta érzi magát betegnek. A kéz bántalma 5 év előtt csontelhalással kezdődött. Ennek kapcsán az egész kéz megduzzadt, majd a duzzanat lepadása után csomók léptek el a kéz hátát és az ujjakat, melyek kifekélyesedvén 2 év alatt az összes kezujjak mutilatiojához és a csontoknak ankylosisához, háromnak koromszerű átalakulásához és kettőnek a tenyér felé retractiojához vezettek. 1900. júniusban rázóhideg kíséretében az egész bal keze és bal alkarja óriás módon megduzzadt, feszes forró volt. Ez alkalommal sokáig feküdt vele és folyton lázas volt. A duzzanat később visszafejlődött, de azóta ismételten jelentkezett rázó hidegek és rövidebb ideig tartó lázak kíséretében. Bejövetelekor a kéznek fentemlített elváltozásán és egyes ujjcsontoknak most is cariosus voltán kívül a bal kézhat, a bal alkar mintegy 1 1/2-szeres megvastagodása volt jelen, merev oedema által feltételezve. Az egész duzzadt felület sűrűn behintett miliaris egész lenesényi lupus göbökkel. A könyökhajlatban egy nagy diónyi mirigy. Ezenkívül a bőr egyéb helyein is lupusgöbök és hegek.

A kezelés alatt, mely a cariosus csontok felett lévő bőr higany-flastrommal való beborításából és a bal végtagnak rendszeres pólyázásából és enyhe massageából állott, tetemes javulás állott be, a mennyiben a hónapok óta fennálló merev oedema csaknem teljesen visszafejlődött és vele együtt számos lupusgöb is eltűnt.

Ezen 2 eset bemutatása két szempontból történt.

Az első szempont az egyik esetben jelenlevő *leontiasis*. Daczára, hogy az arcz a lupus localisatio leggyakoribb helye és ott a kifekélyesedés és a *streptococcus infectio* (erysipelas, ymphangoitis) napirenden van, az egész arcz stabil oedemája, vagy *plano elephantiasis* a ritkább szövödmények egyike.

Azonban nem szabad minden leontiasist mint streptococcus infectio okozta elefántkórt felfogni. Mert például a jelen esetben a leontiasist nem ismétlődő erysipelas és streptococcus lymphangoitis, hanem az excessive burjánzó lupustömegek okozták. A beteg igen értelmes és nagyon jól tudja, hogy mi az orbáncz. Ez pedig 7 év előtt óta, a midőn az teljesen visszafejlődött, nem jelentkezett újból. Ezen idő óta nem is volt fekélyesedés az arczban vagy környékén. Igaz ugyan, hogy az orrüregbeli lupus állandó kaput szolgáltatott a streptococcus infectio számára, azonban a beteg minden orbánczszerű betegedést tagadásba vesz. És tényleg, ha a beteg előadását, hogy a duzzanat mult november óta lassan fokozódik lázas mozgalmak nélkül, továbbá ha figyelmesen megnézzük a kórképet, a miből kiderül, hogy a vasok lupustömegek a mélybe is terjednek, hogy a leontiasis nagyobb részét a 7 év előtt az operatív beavatkozás nyomán keletkezett merev hegekben és környékükön beélt lupustömegek és az azok körül kifejlődött duzzanat képezik, ha végül tekintetbe vesszük, hogy a szemhéjak diffus piirjának elnyomása után miliaris lupusgöcsök tűnnek elő, lehetetlen más következtetésre jutni, mint arra, hogy itt az egész hypertrophiat egyrészt az excessiv lupustömegek maguk, másrészt a hege és környékükbe fészkelődés által keletkezett pangás és végül a nyirkutakon rohamos terjedésüket kísérő (valószínűleg toxinok okozta) reactiv lob idézték elő. Hasonlót észleltünk egyszer-mászor a végtagok lupusánál is.

Analogonját látjuk ezen a streptococcus infectiotól független, eleinte puha és eltüntethető, később merev stabil oedemának a sarcoma idiopathicum multiplex cutisnál a kezeken, lábakon, sőt az egész alsó végtagon is a sarcoma göbök vagy diffusabb infiltratumok körül fejlődökben.

Érdekes ezzel szemben a 2-dik eset, a hol a *lupus mutilans* kapcsán ismétlődő orbánczszerű és láztól kísért bőrlöbök kapcsán fejlődött ki a nagyfokú chronikus oedema, mely azonban a fentemlített kezelésre legnagyobb részben visszafejlődött. Itt kénytelenek vagyunk a kéz fekélyes laesioiból kiindult ismételt streptococcus fertőzést a chronikus oedema alapjául felvenni. A 2-ik szempont a *mutilatio*.

Egyes autorok ugyanis (Kaposi) tagadásba veszik mások azon állítását, hogy a lupus volna az, mely a bőrről az inakra, fasciákra, periostra és a csontokra áterjedve okozná a cariest, nekrosist és az apró csontok kilökését, hanem azt állítják, hogy ezek complicativ

primaer in-, periost-, esontuberculosisnak volnának eredményei. A jelen eset mindkét nézet helyessége mellett látszik bizonyítani, a mennyiben a kézbeli folyamat elsődleges esontuberculommal kezdődött, másrészt most egyes ujjakon a heges szövet közé ékezt tuberculosus a bőrrel látszik a mélybe terjedni (a beteg is a bőrrel a mélybe terjedésről tesz említést) és mint azt e 3 ujjon constatalni lehet, esont-nekrosishoz vezetett, tehát olyanformán kúsznak mélybe a lupus szövet, mint a *malum perforans* pedis.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

2318/1902. szám.

Vasvármegye muraszombati járásában a körorvosnak járásorvossá történt kinevezetése folytán üresedésbe jött **muraszombati körorvosi állásra** pályázat hirdettetik.

Felhívtnak a pályázni óhajtok, hogy az 1883. I. t.-cz. 9. és az 1876. XIV. t.-cz. 43. §-ában előírt képesítési és eddigi alkalmaztatásukat, esetleg a múltól teendőkben való jártasságukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket 1902. évi márczius hó 20-dikáig adják be.

A 36 kisközséggel bíró körorvosnak a megállapított látogatási díjakon kívül évi fizetése áll: a megyei pénztárból havi részletekben kiszolgáltatott 1000 korona fizetés és 600 korona úti átalányból, a trachomás betegeknek három rendelő állomáson való kezelésért évi 400 korona állami tiszteletdíjból és kilométerenként 20 fillér fuvarköltésből, továbbá a járási közkórház kilitásba helyezett másodorvos teendőinek ellátásáért évi 400 korona fizetés és így összesen évenként 2400 korona illetményből.

A választás Muraszombatban a városházánál 1902. évi márczius hó 22-dikén délelőtt 9 órakor fog megtartatni és erre a községek képviselői meghívtnak. Megválasztandó körorvos állását lehetőleg április hó 1-jén köteles elfoglalni. Muraszombat, 1902. február 18-dikén.

3-2

Pórfay Pongrácz, főszolgabíró.

1148 szám.

Talpas községben megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdettek s a választásnak Talpas község székházánál leendő megjelölésére határidőül 1902. évi április hó 5-dikének d. e. 1/11 óráját tűzöm ki.

A községi orvos javadalmazása 1200 korona évi fizetésből, 40 fillér nappali, 80 fillér éjjeli látogatási, 40 fillér halottkémlelési s végre a hússzemle-díjakból áll. A községi orvos kézi gyógytárat tartani köteles.

Felhívom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítést igazoló okmánnyal felszerelt kérvényüket hozzám 1902. évi márczius hó 24-dikéig adják be.

Kisjenő, 1902. évi február hó 17-dikén.

2-2

Csukay Gyula, főszolgabíró.

Nyír-Mada községben egy újonnan szervezett községi orvosi állás betöltendő.

Évi fizetés 1500 korona. Ezen díjazáson kívül még mintegy 2000—2500 korona is biztosíthatnak a magánpraxisból kifolyólag.

Pályázni óhajtok kértnek ajánlataikat alantí czimre legkésőbb f. évi márczius 15-pikéig beküldeni.

Nyír-Mada.

3-3

Péchy Béla, főbíró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárt	Állás	Hely	Fizetés	Czím
Márcz.				
12.	körorvos	Ráczkózár	600 k.	Máthé Ödön fszb., Sásd
12.	közs. o.	Császártöltés	1000 k. és lakás	Szilassy fszb., K.-Kőrös
15.	közs. o.	Miava	1000 k.	Vinkler fszb., Miava
15.	körorvos	Bilke, Hátmeg,	800—1200 k. és	Komlósy fszb., Bereg-
		Kis-Almás	200—600 k. ú. á.	Ilosva
15.	közkórh.	Mohácsi László-		
	alorvos	közkórház	1000 k. és bennlakás	Kosztis Kamill, Pécs

HIRDETÉSEK.

CONTRATUSSIN

(Elixirium Thymí „BAYER“.)

Szamárhurut, gégefő és bronchialeatarrhus ellen ajánlja az igen tisztelt orvos. urak figyelmébe a készítő

BAYER ANTAL gyógyszerész
Budapest, VI., Andrassy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható. — Ára 1 kor. 40 fill.
Kivánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górcsói és bacteriologia

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. VAS BERNÁT a laboratorium vezetője.

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

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

Fekete áfonya gyógybor

Vinum myrtillorum medicinale.

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

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

Raktár: **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszertárban Budapesten.

Verwaltung der kgl. Mineralbäder
Kissingen u. Bocklet

Kissingen
Kgl. bayer. Bad
Mineral-Wasser
natürliche

Rakoczy
Pandur
Max-
brunnen
Bitter-
wasser

Vastartalmú konyhasóforrások. Anyagcsere és vérkeringési zavaroknál gyógyítási ereje felülmulthatatlan. — **Mindenütt kapható.** Leírások és vegyelemzések ingyen és bérmentve.

Verwaltung der kgl. Mineralbäder Kissingen u. Bocklet
Friedrich Helsing.

Az orvos uraknak külön árkedvezmény. — Minták ingyen.

MATTONI FÉLE
GISSHÜBLER
legtisztább égvénys
SAVANYUKUT

Giesshübl-Sauerbrunn

gyógyhely és vizgyógyintézet
Karlsbad mellett.

Ivó- és fürdőkúrák.

Klimatikus és utókúrákra való
gyógyhely.

Legjobb diaetikus és üdítő ital.

HEINRICH MATTONI

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

Budapesti raktár **ÉDESKUTY L.** czégnél.

Védjegy:



CHINOSOL

D. R. P.
88.520. sz.

1, 1/2, 1/4 gr. tablettákban és poralakban.

Kitűnő sikerrel alkalmaztatott a trans-
vaali háborúban!

A sublimat, carbolsavstb. méregnélküli pótléka.

Gyorsan ható **stypticum** és **váladékmegszorító**

(I. „Deutsche Med. Wochenschrift“ 1901. 33. sz. 566. oldal).

Javallatok: Sebkezelés, szülészeti gyakorlat, nemi és bőrbajok, torok-, orr- és fülbetegségek, antiseptikus irrigációk, prophylaeikus gargari-
zálás, a kéz fertőtlenítése, a betegszobák fertőtlenítése részére, továbbá
phthisis, gümőkór, lepra stb. Irodalom és vényminták ingyen és bérmentve.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.

Vezérképviselő nagyban eladásra Ausztria-Magyarország részére:

WILHELM MAAGER, Wien, III/3, Heumarkt 3.

BUTOR

készpénzért v. résztfelezetése legjutányosabb áron

EHRENTREU és FUCHS

testvéreknél

BUDAPEST, VI., Teréz-körút 3.

Képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

MERAN „Villa Hungaria“

Sanatoriumszerűleg vezetett villák tüdőbetegek számára. Fekvőcsarnokok.
Állandó orvosi felügyelet.

Dr. GARA, Dr. ROTH-SCHULZ.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KORBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Korányi Sándor: Közlemény a szt. István-kórház VI. orvosi osztályáról. Az auscultatiós percussioról. 165. lap.
- Vámosy Zoltán: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem gyógyszer-tani intézetéből. (Igazgató: Bókay Árpád tanár.) Egy új hashajtószerről (a purgoról). 167. lap.
- Unterberg Jenő: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. sz. (Korányi Frigyes egyetemi tanár) belgyógyászati kórodájáról. Adatok a phenolphtalein hatásához. 168. lap.
- Tárca. Kuthy Dezső: Az Erzsébet királyné-sanatorium ismertetése. 170. lap.
- Közegészségügy. Sanatoriummozgalmak a tüdővész ellen. 172. lap.
- Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Chudovszky Móricz: A csonttörések és ficamodások kör- és gyógytanának haladása. 173. lap — Könyvismertetés. A. Alber: Atlas der Geisteskrankheiten im Anschluss an Sommer's Diagnostik der Geisteskrankheiten. (—k.) 174. lap. — N. Vaschide et H. Piéron: La psychologie du rêve au point de vue médical. (Kollarits Jenő.) 174. lap. — Lapszemle. Belgyógyászat. Raw: A pneumonia crouposa szövődményeképpen izolált monarthrit. (Benedict.) — Herbert Peck: Járványos hurutos sárgaság. (Benedict.) — Thelwell Thomas: Az extractum suprarenale vérzéscsillapító hatása. (Benedict.) — Hügyeservi betegségek. Barthelémy Guisly: Autointoxicatio foly-

tán létrejött fertőző hólyaghurut. (Ráskai.) — Delafosse: Hügyesötályog, illetve hügyesököri genyedés esete, a hügyeső sérülése nélkül. (Ráskai.) — Albarran: A perinealis subtotalis prostatectomia. (Ráskai.) — Börkórtan. Galewski: Scleroderma thiosinaminnal való kezelése. (Poór.) — Queirel: Újszülöttek purpurája. (Poór.) — Sjögern: Lupus erythematosus. (Poór.) — Honcans: Nyálkahártyasecretumok, vizelet vagy faeces behatása ellen való szer. (Poór.) — Orr-, torok- és gégebajok. Sturmann: Az alsó orrkagyló kettős volta. (Tóvölgyi Elemér.) — Boulay: Az orrjárat hátsó nyílásának veleszületett csontos elzáródása. (Tóvölgyi Elemér.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. — Folyóiratok átnézete. 175—176. lap.

Hetiszemle és vegyesek. Meghívó a magyar orvosi könyvkiadó társulat évi közgyűlésére. — A főváros egészsége. — Szünidei orvosi cursus. — A Semmelweis-emlékalap javára befolyt adományok. — Műkiállítás a budapesti orvosszövetség védnöksége alatt. — Barabás József. — Oklevélbemutató. — Gyógyszertári hírek. — University Extension. — Országos Orvos-Szövetség. — Elhunytak. — P-i A.-d. — Herczel dr. — Röntgen-laboratorium. — Bauer Samu dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 176—177. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. 178. lap. — Közkórházi orvostársulat. 180. lap. — A magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. 181. lap.

Melléklet: Dolgozatok az egyetemi bőrkórtani intézetből. 1. szám. Szerkeszti: Nékám Lajos dr. m.-tanár. — James Silberstein: Egy új chininkészítményről.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. István-kórház VI. orvosi osztályáról.

Az auscultatiós percussioról.

Korányi Sándor dr.-tól.

A különböző szervek felett előidézett hangok auscultálásának gondolata a szervhatárok kikeresésére nem új keletű. 1876-ban Forjett (Med. Times, jun.) egy aczélieveske végei közt hűrt feszített ki, a melynek megpendítésével idézett elő hangot. Az iv egyik végét a test felületére téve, melléje helyezett stethoskopon hallgatódzott. Azt találta, hogy az így előidézett és hallgatott hang a különböző szervek felett változó és azok elhatárolására szolgálhat. Azt állította, hogy így még a szív egyes üregeinek határait is sikerült neki kijelölni! Cardinal (Union méd. 1876) a mellkas egyik oldalán auscultálta a másik oldalon kopogtatás által előidézett hangot. „Hangárnyékokat” keresett és azok határait igyekezett felhasználni arra, hogy a kopogtatott és auscultált hely közé eső légtelen szerveknek és infiltratióknak projectióját nyerje.

Zülzer (Berl. klin. Wochschr. 1877.) a szív- és májhatárok kikeresésénél Cardinal módszerével meg volt elégedve.

Ewald (Charité-Annalen, 1877) a kopogtatás helye mellett hallgatódzott és így vizsgálta a szív és máj relatív tompulatának határait, valamint a tüdőszélek mozgékonyosságát.

Ezek a kísérletek a kopogtatási hang jobb kihasználására az auscultatio segítségével vételével letűntek a napirendről 1879-ben, a mikor Ritter (Deutsches Arch. f. klin. Med.) elvető ítéletében a mellkas csontjainak hangvezetésére, mint olyan tényezőre hívta fel a figyelmet, a mely az auscultatio és a percussio összekötésekor igen nagy mértékben zavarja az eredményeket.

A transsonantia módszerét fejlődésre képessé 1888-ban

Bianchi tette annak kimutatásával, hogy annak sikeres alkalmazása a stethoskop elhelyezésétől függ.

A stethoskopot a mellkas- vagy a hasfal olyan helyére kell tenni, a mely közvetlen érintkezésben áll a vizsgálandó szervvel.

Henschen 1888-ban már fontos gyakorlati sikerekről számolt be, a melyek közül felemlítem, hogy tympanismusról eldönthette, hogy az a gyomortól vagy a colontól származik-e. Bélelzáródásnál a hasfalra rajzolhatta az incarcerationált kacsot, stb. Benderski 1894-ben a római nemzetközi orvosi congressuson a transsonantiát a gyomor alsó határának kikeresésére ajánlotta. Bianchi, Smith (német belgyógyászok congressusa, 1900 és 1901) és mások azután a transsonantia módszerét kiterjedten használták az úgynevezett phonendoskop alkalmazása mellett. Ez a kísérlet a transsonantia fejlődésére nézve nem bizonyult szerencsésnek. A kedvezőtlen megítélés, a melyben ez az eszköz általában részesült, kiterjedt az egész transsonantiára, miután Grote rántalt arra a befolyásra, melyet a phonendoskopiás határokra a bőr feszülésének változásai gyakorolnak. Ezalatt Runeberg (D. Arch. f. klin. Med. 1901.) kedvező eredményeket ért el a transsonantiával és legújában Buch (Deutsche med. Woch. 1901), Hochhalt és Reichmann ezeket megerősítik.

A különböző szerzők különböző hangforrásokkal és hallgató készülékekkel vizsgáltak. Mig Forjett említett eszközét, a „timbrómetert” használta, addig Ewald, Cardinal és mások ujjon kopogtattak ujjal. Benderski közvetlen kopogtatást használt és lágy stethoskoppal hallgatódzott. Ugyanígy járt el Buch. Bianchi, Smith, Hochhalt (Közkórházi orvostársulat, 1901) phonendoskoppal hallgatják azt a hangot, a mely a bőr dörzsölésekor származik. Ezt Bianchi ujjal, Smith és Hochhalt ecsettel hozzák létre. Talán nem érdektelen arra emlékeztetni, hogy a dörzsölési hang különböző sajátosságaira különböző szervek felett 1826-ban Piorry lett először figyelmessé. Észrevette, hogy szövet dörzsölésénél más hang keletkezik a szív, a tüdő stb. felett. Ez a véletlen tapasztalat

vezette őt a plessimeter felfedezésére. *Runeberg* a transsonantia vizsgálatánál ujjal érinti a bőrt és kemény stethoskoppal hallgat.

Reichmann, hogy a bőr különböző megfeszülésének hatásától függetlenül tegye magát, érdes pászlikát nyom végével a testre és annak érdes felületét ujjával dörzsöli (D. med. W. 1901). Különböző eljárásokat végig próbálva, constatálhatom *Buch* állításának helyes ségét, hogy az eredmény nem a hangforrás minőségén és a stethoskop megválasztásán, hanem a gyakorlaton mulik. Mindenki úgy dolgozik legjobban, a hogy megszokta. Minden módszer bizonytalan eredményt szolgáltat a gyakorlatot nélkülöző kezdő kezében és a sok sikertelen próba, a mely eddig a transsonantia behozatalára történt a diagnosticába, nem magyarázható másból, mint abból, hogy ezek felett sokszor kellő gyakorlat nélkül ítéltek. A módszert tanulni kell. Meg kell tanulni a megfelelő hang előidézésének legjobb módját és gyakorolni kell a fület a hang megítélésében. Ez türelmet igényel, elég fáradságos munka, megengedem talán unalmas is, de első feltétele e módszer elsajátításának.

A transsonantia különböző módszereit próbálgatva, csakhamar elhagytam a frietiót, miután legalább részben igazoltnak találtam *Grote* azon állítását, hogy az így végzett vizsgálat eredményét a hallgatócső és a dörzsölő ujj közti bőrdares megfeszülésének foka nagyban befolyásolja.

Igy, ha a frietiós hang alapján határozzuk meg a szívprojectio határait, azok jóval nagyobb területet zárnak körül, ha a hangot előidéző dörzsölő ujj a hallgató eszköztől távolodó, mint ha ahhoz közeledő irányban mozog. Ez a hibaforrás jóval kisebb, ha a bőrt ecsettel dörzsöljük, mint azt *Smith* és *Hochhalt* teszik, teljesen kizárt pedig akkor, ha a hangot a bőrre függőlegesen felállított pászlika dörzsölésével, vagy kopogtatással idézzük elő. Én magam részéről a kopogtatási hang hallgatásakor értem el a legjobb eredményeket, azért ennél maradtam.

A kopogtatási hangot binauricularis stethoskoppal hallgatom. Ennek igen czélszerű alakját szereztem be Münchenből *Katschtól*. Ezt *Böck* construálta *Oertel* tanácsai szerint a szívhangok erejének mérésére. Részei: egy kis ebonit tölesér, a melyre változtatható nagyságú résszel ellátott fémcső illesztetik. A fémcső másik végére egy fémampulla alkalmazható, a mely két kis csőben végződik. Ezekre kaucukcsöveket húzunk, a két cső végét pedig a hallójáratba helyezhetjük olívakkal látjuk el. A stethoskop középső, a hangmérésre szolgáló részének kihagyásával illesztve össze az ampullát a tölesérről, az auscultatiós percussio czéljaira igen jó stethoskop áll rendelkezésünkre.¹

Az auscultált kopogtatási hang legfontosabb sajátága annak csengése. A csengés két feltételhez kötött: csengő az auscultált kopogtatási hang akkor, ha a kopogtatás helye azon szerv projectiojának területén belül esik, a melynek a mellkas- vagy hasfallal közvetlenül érintkező darabja felett helyeztük el a stethoskoppot (*Bianchi*), továbbá, ha a távolság a stethoskop és a kopogtatás helye közt nem nagy. Ha a stethoskop pl. a kulesalatti árkok egyikében áll és tőle lefelé haladó irányban kopogtatunk, a hallott hang erős és csengő a stethoskop közelében. Azután fokozatosan gyengül és elveszti csengését, talán az 5. borda közelében vagy esetleg még magasabban.

Ez a fokozatos átalakulása a kopogtatási hangnak egyszerűen a távolodás következménye és óvakodnunk kell attól, hogy ennek más jelentőséget tulajdonítsunk.

Jelentősége csak annak van, ha a hang átmenet nélkül, hirtelen és a stethoskoptól kis távolságban alakul át. Azért fontos szabály, hogy a stethoskoppal a kopogtató ujját követni kell. Ha pl. a kulesalatti tájon kezdve lefelé kopogtatunk, vigyázva, hogy a stethoskoppal 3—4 cm.-nyi távolságban maradjunk a kopogtatás helyétől, a hang ereje és csengése jelentékenyebb változás nélkül ugyanaz marad a tüdő alsó széléig. Ha a kopogtató ujj ezt átlépte, a jellemző hangváltozás átmenet nélkül következik be, kis távolságban a stethoskoptól. Ez a jelenség jelzi az auscultált szerv projectiojának határát. A mellkasi szervek felett a hang átalakulása csak a csengésnek említett elveszéséből és a hang gyengüléséből áll. Ezekhez a projectio határokon a has felett a hang-

magasságnak átmenet nélküli megváltozása is használható jel gyanánt járul.

Az imént kimondott szabályt, a melynek értelmében a stethoskoppal a kopogtató ujj közelről követendő, nem lehet teljes mértékben követni a szív és a máj kikopogtatásánál. A részben fedett szervek vizsgálatánál ugyanis a stethoskop csak az abszolút tompulat határain belül mozoghat. Ha ezeket pl. a szív vizsgálatánál átlépjük, akkor a tüdő prejectiojába kerül a stethoskop és hangváltozást a tüdő és nem a szív határain észlelünk. Ebből következik, hogy a részben fedett szervek mély határainak kikeresése bizonytalanabb, mint a felületes határoké. Kisebbiti azonban a hibát az a körülmény, hogy légtelen szervek jobb rezgésvezetők, mint a tüdő. Azért a szív és a máj felett tisztább az auscultált hang csengése és a távolsággal kevésbé gyengül. Ezt a tényt jól illusztrálja a pneumoniás tüdő kopogtatási hangjának auscultálása: ez a teljesen légtelen tüdő felett sokkal tisztábban csengő és sokkal nagyobb távolságban az marad, mint az ép tüdő felett.

A legezészerűbb minőségű hang létrehozásában szerepelnek a stethoskop és a kopogtatás módja. A stethoskop szerencsés alakjától és méreteitől sok függ. Igy pl. a *Katschtól* származó stethoskop egy kisebbitett utánzatánál a méretekeni különbség elegendő volt arra, hogy a kopogtatási hang csengésének kellő érvényrejutása elmaradjon. A csengés annál tisztább, minél rövidebbek a stethoskop kaucukcsövei. Azért bár a kényelem rovására, ezeket különösen az első begyakorlás idejében rövidebbre kell vágni. Igen fontos, hogy a stethoskop karimája a bőrrel mindenütt légmentesen érintkezzék és az olivák a fülben légmentesen zárjanak. A kellő beszorítás kemény olivákkal kissé fájdalmas. Azért czélszerű puha kaucukcsődarabokkal bevont olivák használata, mint a hogy azt *Böck* is ajánlotta.

Jó csengésű hang hallható közönséges kemény stethoskoppal történő auscultálásnál is. Igy auscultál *Runeberg*. Ennek az eljárásnak rossz oldalai a kényelmetlenség és kezdőnél az, hogy a nem auscultáló fül légvezetés útján hallja a kopogtatási hangot, a mi némileg zavar.

A jó stethoskopnál is fontosabb a jó kopogtatás. Ennél arra kell törekednünk, hogy az általa előidézett hang csengő legyen, továbbá, hogy a csontváz hangvezetésének zavaró hatását kizárjuk. Ezen szempontokból a test különböző részein különböző kopogtatási módokat találtam a legjobbnak.

A hason, különösen a gyomor kikopogtatására, legjobb a nagyon gyenge közvetlen kopogtatás; kivételt képez az az eset, ha igen lesoványodott betegek nagyon laza, vagy nagyon elhízottak igen vastag hasfalát kopogtatjuk. Ilyenkor közvetlen kopogtatásnál az első esetben csengés nélküli, az utóbbiban igen gyenge hangot kapunk. Ezen körülmények között ujjal ujjon kopogtatok.

A mellkason mindig ezt a kopogtatást találtam legjobbnak. A bordák rezgésvezetésének zavaró hatását a gyenge kopogtatással és azzal zárhatjuk ki, ha bordaközökben kopogtatunk. Gyenge kopogtatásnál a tüdő hangja néha nem elég csengő. Ilyenkor plessimeter gyanánt szolgáló ujjam körmen kopogtatok. Pontos vizsgálatnál igen czélszerűnek találtam a következő eljárást. Bal mutató ujjam végét majdnem derékszög alatt a beteg bőrére helyezem, reá mérsékelt nyomást gyakorolva és második, tehát a beteg bőrét nem érintő perczen kopogtatok. Ez a mód lényegében azonos *Reichmann*-éval: a pászlikát a bőrre állított ujj, a dörzsölést az ütögetés helyettesíti.

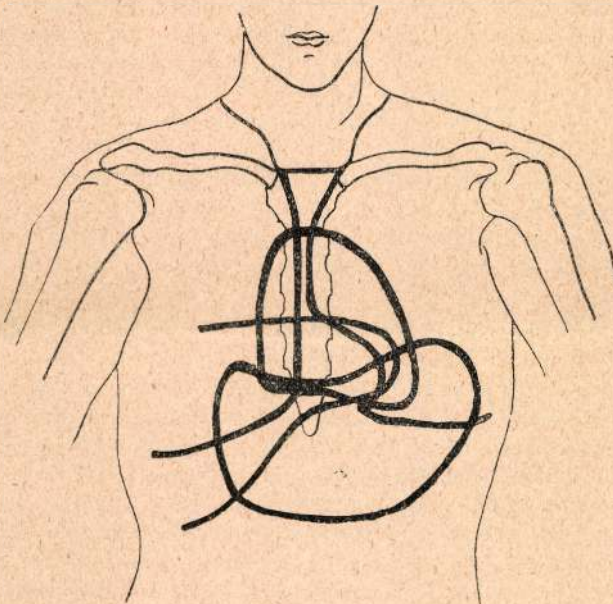
Néha a legóvatosabb kopogtatásnál is zavar a bordák, de különösen a sternum hangvezetése. Ez leghamarább a szív és a máj mély határainak vizsgálatánál történik meg, mikor épen a szerv mélysege követeli az erősebb kopogtatást. Ilyenkor úgy segíthetünk magunkon, ha egy segéd a kopogtatás helye mellett két oldalt bizonyos erővel nyomja a bordákat vagy a szegycsontot. Erre, a mint róla magamon győződtem meg, annál ritkábban szorulunk, minél nagyobb gyakorlatra tettünk szert a jó minőségű hang előidézésében és annak megítélésében.

A leírt részletek az olvasóra talán a felesleges kicsinyesség benyomását teszik. Elmondásukat azonban szükségesnek tartottam, mert elsajátításuk elég hosszadalmas munka és csakis elhanyagolásukból magyarázhatom meg azt, hogy az auscultatiós percussio felett oly eltérők a nézetek. Saját tapasztalataimat a következőkben foglalhatom össze.

¹ Kapható Budapesten Garai műszerésznél.

Egészséges embernél az auscultatiós percussio alkalmazásával a lényeges dolgokat illetőleg teljesen azonos eredményre jutottam Buch-hal (1. 1. ábra).

A tüdő vizsgálatát a csücsökon kezdjük. A kulcsfeletti árokban elhelyezett stethoskoppal hallgatva az igen gyenge kopogtatás által előidézett hangot, a csücs projectiojának belső határa, a VII. nyakcsigolya mellett kezdődik, mellfelé haladva emelkedik, legmagasabb pontja mintegy 5 cm.-nyire található a kulcsesont felett és ettől ívalakban szállva lefelé és mellfelé, a kulcsesont jó vezetése folytán látszólag mindig a kulcsesont medialis végénél vonul a sternum alá. A csücs határának megállapítása után a stethoskopot a kulcsalatti árokba, azután fokként lejjebb helyezve, a sternum két végének lenyomatása mellett kopogtatunk gyengén a stethoskoptól a középvonal felé haladó irányban. Így megkapjuk a tüdő *medialis határát*. Ennek lefutása, úgy a mint azt az auscultatiós percussio útján követhetjük, tökéletesen helyes képét nyújtja a tájboneztani viszonyoknak. A sternum markolata felett a két tüdő projectiojának határai convergálva futnak lefelé. Az angulus Ludovicinél majdnem találkoznak. Innét párhuzamosan, egymáshoz igen közel, futnak az incisura cardiaca kezdetéig. Ez — kilégző helyzetben — a negyedik bordaporez magasságában kezdődik. Töle a bal tüdő medialis széle az ismert ívalakú vonalban vonul, mint a szív absolut tompulatának határa, a szívcsücs felé. Ennek közelében, de még a tüdő felett helyezve el



1. ábra.

a stethoskopot, igen gyenge kopogtatással nagy biztossággal lehet kikopogtatni a lingulát, a mint az, nyelv alakjában, beenyúlik a szívprojectio alsó külső részébe, hogy azután a tüdő alsó határába menjen át. A jobb tüdő belső határa egyenesen fut le a sternum közepén és majdnem derékszög alatt hajlik át az alsó határba. Az alsó határ kikopogtatásánál a stethoskopot ennek közelében, mintegy 3–4 centimeterrel felette helyezük el, egymásután a parasternalis, a bimbó-, a hónaljvonalban stb. Az alsó határ az auscultatiós percussionál azonosnak mutatkozik azzal, melyet a közönséges percussio nyújt. Hátul a tüdőcsücs határáról szölkünk. A medialis határáról kell még röviden megemlékeznünk. Ez az auscultatiós percussio eredménye szerint látszólag a tövisnyújtványok mellett vonul el.

Mielőtt a többi szerv vizsgálatáról szólnék, röviden ki kell fejtenem, hogy a tüdő auscultatiós percussioja mennyi *anatomiai hűséggel* világosít fel a tüdőhatárok állásáról. A csücs határok állása, a medialis határok lefutása, a nagy részletesség, a melylyel ezek követhetők és a melyek legfeltűnőbbje a lingula projectiojában látható, biztosítanak róla, hogy a transsonantiás projectiohatárok hűsége teljesen kielégítő, ha az előbb kifejtett fogásokkal gondoskodunk a csontvezetés zavaró hatásának kizárásáról és

arról, hogy a kopogtatás és a hallgatódzás helyei egymástól távol ne essenek.

Az anatomiai hűség csak a hátulsó medialis határokat illetőleg nyújt kifogásra alkalmat. A tüdők hátsó belső szélének lekerékített alakja egyrészt, másrészt a vastag izomzat, a mely miatt aránylag erősen kell kopogtatni, és a gerincoszlop rezgés-vezetése ezt érthetővé teszik. Ennek dacára kétségtelen, hogy a tüdőhatárok meghatározásának legpontosabb módja az auscultatiós percussio.

A közönséges kopogtatás a tüdő mellső medialis szélét nem képes kijelölni, az absolut szívtompulatban csak hiányos képét adja az incisura cardiaca. Ezeknek, valamint a bal tüdő alsó határának élesebb kijelölése az auscultatiós percussio segítségével, mint a közönséges kopogtatással, egyes esetekben gyakorlati diagnostikai jelentőséggel bírhat, a mint azt később fogom kifejteni.

Ewald már 1876-ban találta, hogy a tüdőszélek légzési mozgásai a kopogtatási hang auscultálásakor élesebben határozhatók meg, mint egyszerű kopogtatásnál. Ezt a magam részéről is constatálhatom, bár gyakorlati szempontból a különbség a két eljárás eredményei közt számba nem jön. Fontos azonban az, hogy ha a tüdőhatárokat auscultálva kopogtatjuk, ne feledkezzünk meg arról a nagy befolyásról, a melyet a légzési mozgások gyakorolnak az eredményre. Általában nem zavarnak a nyugodt légzés mozgásai, legfeljebb akkor, ha a medialis szélek kikopogtatásával foglalkozunk a sternum felett. Ennél a vizsgálatnál észszerű vagy egész felületes légzés mellett, vagy kilégzés után kopogtatni.

A szív transsonantiás projectioját úgy határozzuk meg, hogy a stethoskopot az incisura cardiaca kirajzolt területén belül helyezzük el. A projectio határa a II. bordaporez magasságában vízszintesen metszi a sternumot. Balfelé ívalakban vonul a szívcsücshez, a melyet kifelé tekintő domborulattal körülvesz. Az alsó határ nagy sugarú ív alakjában, lefelé tekintő domborulattal vonul a szegycsont jobb szélének alsó végéhez. Jobb fele a szív projectioját ismét ívalakú vonal határolja, a mely mintegy 3 cm.-nyire távolodik el a IV. bordaporez magasságában a jobb szegyszéltől.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem gyógyszer-tani intézetéből. (Igazgató: Bókay Árpád tanár.)

Egy új hashajtószerről (a purgoról).

Irta: Vámosy Zoltán dr., egy. m.-tanár, adjunctus.

(Vége.)

Egy 8.5 kgm.-os kan kutya szigorúan egyforma táplálék és vízfelvétel mellett 6 nap alatt egyensúlyba hozatott. Ekkor négy napon át hatalmas adag phenolphthaleint kapott ételébe keverve. A közönséges és aether-kénsavak kiválasztása azonnal megváltozott, viszonyszámuk 5.6-ról 1.1-re csökkent s a normalis viszonyok megint azonnal helyreálltak, mihielyt az adagolást abban hagytam. A kísérletet a következő tábla tünteti fel jól:

Május	Testsúly gm.	Vizelet napi mennyis. cm ³	A Ba SO ₄ (összes)	B Ba SO ₄ (összes)	A B viszony	Megjegyzések
11	8470	320	1.709	0.165	10.3	
12	8250	200	0.786	0.080	9.8	
13	8245	250	0.980	0.100	9.8	
14	8400	275	1.226	0.165	7.4	
15	8460	250	0.850	0.150	5.7	
16	8420	350	1.190	0.210	5.6	D. e. 11 ó. 5 gm.
17	8390	300	0.720	0.240	3.0	D. e. 11 ó. 5 "
18	8500	250	0.400	0.300	1.3	D. e. 11 ó. 10 "
19	8550	250	0.355	0.300	1.2	D. e. 11 ó. 10 "
20	8550	200	0.360	0.320	1.1	
24	8540	300	1.080	0.108	10.0	4 nap múlva

Ebből a kísérletből azonban még nem mertem azt a következtetést levonni, hogy a felszívódott anyag kénsavat köt meg és avval párosulva ürül ki a vizelettel, mert az állatnak a sok tej és talán az igen nagy adag phenolphthalein mellett erősen hig hasmenéses

széke volt és így arra is lehet gondolni, hogy a fokozott bél-rothadás okozza az aether-kénsavak megszoródását. Ezért megismételtem egy más kutyán a kísérletet kisebb, még híg széklet épen nem okozó adagokkal.

Ez a kísérlet következőképen folyt le:

Október	Testsúly gm.	Vizelet napi mennyis. cm ³	A	B	A	Megjegyzések
			Ba SO ₄ (összes)	Ba SO ₄ (összes)	B viszony	
22	11,800	165	0.468	0.118	3.97	
23	11,850	150	0.477	0.155	3.08	
24	11,800	150	0.465	0.153	3.04	
25	11,850	200	0.442	0.160	2.76	D. e. 10 ó. 1 gm.
26	11,900	175	0.307	0.174	1.76	D. e. 10 ó. 1 "
27	11,950	194	0.252	0.203	1.24	
28	12,050	238	0.342	0.110	3.1	
29	12,050	350	0.526	0.152	3.42	

Ezen kísérletben már nem lehet az aether-kénsav felszoródását a bélrothadás növekedésének betudni — az határozottan a felszívódott phenolphtalein vagy a belőle lehasadó phenolmolekulák kénsav megkötő hatásának tulajdonítható. Mindkét kísérletből az is kitűnik, hogy igen minimális az a mennyiség, a mi felszívódik, még óriási adagok esetén is.

Erre mutat különben az is, hogy a vizelet mindig igen gyenge piros reactiot adott lúgokkal, míg a bélsár igen erősen reagált. A vizelet reactioja arra is mutat, hogy benne még változatlan állapotban levő phenolphtalein van. Ugyancsak így gyenge reactiot találtam a nyulak epéjében is. Hogy mennyi ürült ki a beadott adagokból változatlanul a bélsárral, arra nézve utóbbi kísérletben szintén figyelemmel voltam s a kutya bélsárát okt. 25-dikétől fogva mindaddig gyűjtöttem, a míg csak lúggal leöntve megpirosodott.

Ez 29-dikén történt meg utoljára.

Az így összegyűjtött bélsárból kálilúggal vontam ki vízfürdőn a phenolphtaleint. A lúgos kivonatokból a zsírsavakat és organikus fertőzőanyagokat basikus ólom-cszettel csaptam le s a szép rózsaszínű szüredékeket bepárolva és megsavanyítva, belőlük aetherrel kiráztam a phenolphtaleint. Az így nyert anyagot még mérszettel és állati szénnel ismételt tisztításnak vetve alá, végül 2.555 gm.-nyi tiszta, lúggal intensive reagáló, alkoholból kifejezhető substantiát kaptam, a mi a beadott 3 gm.-nak 85.17 százalékát tette ki. Ha még ehhez hozzá gondoljuk az igen nehéz és hosszadalmas kivonási eljárás folyamán szenvedett elkerülhetetlen veszteséget, úgy valóban igen kevés irható a felszívódás számlájára.

Ezen kísérletek alapján a phenolphtaleint egyfelől a nem mérgező, teljesen ártalmatlan anyagok közé, másfelől az enyhe hashajtó hatású lenitivumok közé kell soroznunk. A hashajtó hatás magyarázatát a vékonybelekben képződő natriumsó csekély diffusio képességén és igen nagy osmosisnyomásán alapuló folyadékfelhalmozódást kell elfogadnunk. És e magyarázatnak megfelelnek az embernél észlelt tünetek is, a kolika elmaradása, az erős bélkorgás, a vizes, híg ürülések, a tenesmus hiány.

Hogy állatoknál miért nem lép fel hasmenés, az minden valószínűség szerint abban leli magyarázatát, hogy ezeknek beleiben nem képződik phenolphtaleinnatrium. Mert a physiologia szerint alkalikus ugyan a kutya vékonybeleinek nedve, de én kísérleteim alkalmával azt találtam, hogy ha élő kutyának egy vékonybélkacsába tiszta phenolphtaleint viszünk, úgy az 6 óra múlva is változatlan marad, sőt ha phenolphtaleinnatrium bíbor színű oldatát fecskendezem is be, néhány óra múlva a béltartalom színe rendes lesz s a bél üregében a kicsapódott phenolphtalein megtalálható. Megjegyzem, hogy még ezen kísérletekben sem láttam, hogy ez az anyag a belek nyákhártyáján bármi legkisebb káros elváltozást okozott volna, vagy hogy peristaltikus mozgásokat hozott volna létre. Hogy emberi bélben kell képződnie natriumsónak, arra kísérleteket nem tehettem, de bizonyítja azt a biztosan bekövetkező hatás, a mit egy teljesen oldhatlan és így közömbös anyagnak, magának a tiszta phenolphtaleinek nem lehet tulajdonítanunk. Ez a hatáskülönbség az emberi és állati belek között olyan physiologiai különbségekre

mutat, a melyek még ninesenek felderítve. Nem tartom kizártnak azonban azt sem, hogy itt az emberi belek sokkal érzékenyebb volta és talán jelentékenyen hosszabb volta is szerepelnek oki tényezők gyanánt.

A phenolphtaleinben tehát minden esetre egy új kiváló gyógyszer nyertünk, a mely bizony megérdemli a kartársak már is erősen feléje fordult figyelmét. Igen nagy nehézséggel és kellemetlenséggel járt — különösen gyermekeknél — az eddig ismeretes lenitivumoknak, a ricinusnak, kerűsónak, keserűviznek, Seidlitz-pornak a beadása, illetve bevétele, e kellemetlenségeket elkerülni a hatás módjának és biztonságának megtartásával lesz hivatva a jövőben a phenolphtalein.

Hogy ezen becses hatású új gyógyszer pontos adagolásban és kellemes formában legyen szedhető és számos vetélytársával felvehesse a harcot, megbízam Bayer Dezső dr. gyógyszerész barátomat, hogy utasításaim szerint a teljesen ízetlen phenolphtaleinből kellemes cukorizű 0.05 és 0.10 gm.-os pastillákat készítsen, a miket ő az általa védjegyzett *purgo mitior* és *purgo fortior* néven hoz már forgalomba. Előre jelzem azonban, hogy mivel a praxisban sok esetben (fekvő betegek) a gyenge adagok be nem váltak és bizalmatlanságot szültek a készítmény iránt, szándékunk van a *purgo mitior* 0.10 gm.-ossá s a *purgo fortior* 0.5 grammossá tenni a közel jövőben; sőt így 0.5 grammos tabletták máris kaphatók. A jelenleg forgalomban levő *purgo mitior* gyermeknél és a csupán renyhe székelésben szenvedő, de egyébként egészséges, napi munkájukat végző egyéneknek javalt 2—4 szemnyi adagban. Tudtommal még csecsemőknél is rendelik igen jó sikerrel 1/2—1 szemnyi adagban. A *purgo fortior* makacsabb esetekben és fekvő betegnél tesz jó szolgálatot 2—3 szemnyi adagban. Habitualis obstipationál este 1 szemet vagy este-reggel 1—1 szemet kell venni.

Fekvő betegeknek néha 5—6 szemre is szükségük van, hogy béluhumuk jól kiürüljön.

Az adag túlságos voltától nincs mit tartani, mert a felesleg változatlanul és gyorsan kiürül és fájdalmak még ekkor sem lépnek fel.

Mindkét készítmény jelenleg már minden gyógytárban kapható.

Szükségesnek tartom még megjegyezni, hogy a „*purgo*“-val mérgezési esetek sem gyermeknél, sem felnőttnél elő nem fordulhatnak a fentiek értelmében (mivel hogy a hatóanyag fel nem szívódik). Tudomásom van több esetről, hogy 4—5 éves gyermekek örízetlen pillanataikban egy egész doboz „*purgo mitior*“ elfogyasztottak s egy kevés opiumos salepfőzettel jól csillapítható hasmenésen kívül semmi egyéb bajuk nem lett. Szükségesnek tartottam ezt a t. kartársak tudomására hozni, mert megtörtént már, hogy egy ilyen véletlen után a gyermeket gyomor-mosás, hashajtás, bélmosás kellemetlenségeinek tették ki a mérgezéstől való indokolatlan félelem miatt.*

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. sz. (Korányi Frigyes egyetemi tanár) belgyógyászati kórodájáról.

Adatok a phenolphtalein hatásához.

Irta: Unterberg Jenő dr.

A mai therapeutikai elvek messzire távoztak ama jelszótól, hogy: „Qui bene purgat, bene curat“. De ha már nem is alkalmazzák a hashajtó szereket revulsorikus, soványító, antidyskraticus és a vesék helyett vicariáló hatást elérendő célból oly gyakran mint hajdanta, a gyakorlatban azok sokszor nélkülözhetetlenek. Ha átvizsgáljuk hashajtó szereink tekintélyes armatoriát, úgy a váltakozó oki, egyéni és körjavallatoknak sokszor találunk ugyan e csoportban is megfelelő szert, de hogy azok nem mindig elégitik ki az orvost és a beteget, azt eléggé bizonyítja, hogy a hashajtók száma még mindig szaporodó félben van.

* Hibaigazítás. Lapunk múlt számában a 147. lap 2. hasábjának 18. sorában Sanders Esu helyett Sanders-Ezu; a 148. lap 1. hasábjának 19. sorában míg helyett híg; a 148. lap 2. hasábjának 3. sorában zsírmentesen helyett vízmentesen olvasandó.

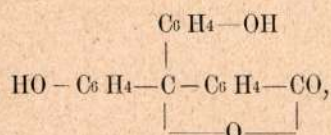
Újabban egyes bűvárok figyelme a cycikus vagy aromás szénvegyületek közé tartozó savi tulajdonságú festékanyagok hashajtó hatására irányult. Ezek közül az antracopurpurindiacetat¹ és a phenolphthalein² lett eddig ily irányban megvizsgálva; míg ezeknek közeli vegyrokoni: az aurin, rosolsav stb. ily irányban még meg nem vizsgáltattak.

A két fentebb említett szerre vonatkozólag azonban még csak igen kevés klinikai megfigyelés történt, úgy hogy az idevontatkozó tapasztalatok közlése még mindig kívánatos.

Azon újabb szer, melyet én tettem vizsgálataim tárgyává, és melynek hashajtó hatását először Vámosy Zoltán³ fedezte fel és tette folyó év márcziusában közzé, a phenolphthalein.

Ezen vegyület a phenol- és a phtalsavból keletkezik kénsav jelenlétében, de a triphenylcarbinol-carbonsavanhydridnek, vagyis a phtalophenonnak dihydroxydjául is tekinthető, azaz két vegyértékű sav anhydridnek és két vegyértékű oxysavnak.⁴

A phenolphthalein szintelen jegeces test; a kereskedésben azonban sárgás por alakjában fordul elő. Alkohol jól oldja, víz alig. Lugokkal egyesül és velük élénk rózsaszín vegyületeket képezve oldódik, míg savak ismét elszíntelenítik. Ezen tulajdonsága miatt indicatorul is alkalmazzák a chemiában. Szerkezeti képlete:



A phenolphthaleinnel a Beyer Dezső dr. által „Purgo“ név alatt forgalomba hozott, igen csinos, kellemes édes ízű, vanília-illatú, minden kellemetlen mellékíztől ment tabletták alakjában kísérleteztem. A rózsaszínűre festett „Purgo mitior“ minden tablettája 5, a sárgás színű „Purgo fortior“ 10 centigramm phenolphthaleint tartalmaz.

A phenolphthaleint úgy a purgo fortior, mint a mitior alakjában 120, az I. belklinikán észlelt, a legkülönbözőbb bajban szenvedő betegnél alkalmaztam s a mennyire lehetett főleg az emésztőtractus betegségeire irányoztam figyelmemet.

A gyógyszer hatása természetesen első sorban is a szer adagától függ. Annak illusztrálására, hogy milyen e gyógyszer adaga és hatása közötti összefüggés, szolgáljon az itt közölt táblázat:

Adag cgm.	Esetek száma	Hatás módja százalékokban			
		igen erős hatás	közepes hatás	kétes hatás	semmi hatás
5	52	15	69	8	8
10	86	19	55	6	20
15	70	13	63	11	13
20	44	27	61	5	7
25	24	12	64	12	12
30	32	31	50	13	6

Ezenkívül adtam tízszer 40 centigrammot; nyolcszor erős, kétszer közepes hatással. Háromszor adagoltam 50, egyszer nyolcvan és egyszer 100 centigrammot és mindig igen erős hatást érttem el. A mint ezekből látható tehát, a phenolphthaleint 5–100 centigrammig adagoltam; első és eddig előttem egyedüli klinikai vizsgálója Wenhardt János néhányszor két grammnyi mennyiséget is használt egyetlen adagban.

Meglepően tág határok ezek; és rögtön felmerül ama kérdés, hogy mi okozza ezen a gyógyszerhatásban első pillanatra szokatlannak látszó tünetényt, azaz mi az oka annak, hogy míg egyszer öt ctm. is elég erősen hatott, addig máskor 30 ctm. is hatástalan volt, sőt egy grammra is szorultunk.

Az egyéniség, a testmozgás, a táplálkozás, az alaptáplálék, az emésztőrendszer állapota, az emésztőrendszer baja mellett levő esetleges más betegség, gyógyszerek bevétele és az egyéb gyógykezelés és ezeken kívül még sok más, a székelést directe vagy indirecte befolyásoló tényező némileg érthetővé teszik az adagnak ezen látszólagos bizonytalanságát.

Szándékosan használok a „látszólagos“ szót, mivel az összehasonlító kísérleteimnél alkalmazott, a legkülönbözőbb csoportokból való hashajtóknál és pedig: a jalappánál és az aloenál, a rheumnál,

a cascara sagradánál, a keserű vízeknél, a calomelnél és a ricinusnál is, ha az esetek kiválogatása nélkül adjuk ezen szerek egyikét vagy másikat, úgy a minimalis hatódosis körülbelül hasonló nagy, az aloenál és rheumnál talán még nagyobb ingadozásoknak van alávetve.

Helytelen volna tehát ezek után azt állítani, a mire talán egyesek leírásaink folytán hajlandók volnának, hogy a phenolphthalein átlagos ható adagját nem lehetne pontosan meghatározni.

Hogy melyek azon körülmények, melyek tapasztalatom szerint a phenolphthalein adagját befolyásolják, arra bátorodom kissé részletesebben kitérni. Természetes, hogy első sorban is az a kérdés, hogy vajjon mit akarunk és mit lehet elérni. Erre nézve tájékoztatásul közlöm, hogy mikép hat szerünk átlagosan normalis, középteltségű béltractusra. 5 centigramm adagolása által az eseteknek több mint $\frac{2}{3}$ részében egy-két lágy, pépes consistentíájú vagy bő pépes részek mellett némi összeállóbb részekkel kevert, vagy néha compactabb részekből álló, de feltűnően sima, sikamlós székletet idézhetünk elő. 10–15 centigramm két-három puha, sokszor folyékony székletet okoz, melyhez gyakran szintén tömöttebb bélsárrögök vannak keverve; vagy néha az ily minőségű székletet megelőzi vagy követi egy-két folyékony. 20 centigrammnál nagyobb adagok mind több- és többszöri bélürülést okoznak. Ezen utóbbi székletek csekélyebb mennyiségűek, gyakran teljesen folyékonyak és főleg arra hajlamos egyéneknek, hasonlóan nagy mennyiségű keserűsítő hatásához, olykor végleges vagy némi tenesmus lép fel. Ezekből következtethető tehát, hogy a rendes székletét biztosítására vagy könnyítésére elég lesz 1–2 szem purgo mitior (5–10 centigramm phenolphthalein); míg nagyobb fokú székrekedésnél, ha az egész bélrendszert akarjuk kiüríteni, ezélszerű lesz 1–2, sőt 3 szem purgo fortior (10–20–30 centigramm) adagolni. A mi az egyéniséget illeti, jegyzeteim mindenütt azt mutatják, hogy erőteljes testalkatú, középkorú, nagyobb súlyú egyéneknek nagyobb adag kell, mint igen fiatal, gyenge, lesoványodott embereknek. Elgyengült öregeknek ellenben nagyobb adagra szorultam mint fiataloknak; fekvő betegeknek nagyobbakra mint járó betegeknek. Neurastheniásoknál sokszor nagyobb és egy és ugyanazon egyénnél gyakran változó nagyságú dosisra volt szükség. Ugyanezeknél a fokozott suggestibilitás ezen szerre vonatkozólag is fennállott, a mennyiben kevesebb tábláskában adagolt valamivel nagyobb adag gyengébben hatott néhány-szor, mint több tábláskában elosztott kisebb adag.

A bélrendszer állapota szerint nagyobb adagra szorultam, ha benne bő bélsármennyiség maradt vissza, a minek oka valószínűleg az volt, hogy a szer a bélrendszer egész terjedelmében nem birt kellőleg hatni. Csak valószínűséggel mondható azonban ez, mivel a purgo hatóadagjának minimuma, akár in substantia, akár nagyobb mennyiségű folyadékban oldva, evés közben vagy éhgyomorral adva, körülbelül egyenlően hatott. Enteroptikus egyéneknek szintén nagyobb adagokat adtam, hasonlóképpen oly esetekben, hol bélparesis állott fenn, pl. tabes dorsalis súlyos eseteinél és egy igen előhaladt sclerosis lateralis amyotrophicánál; bár ezen utóbbi esetekben a minimalisan ható adag igen változó nagyságú volt. Ez utóbbi említett betegnél azonban néha hosszabb időn át hashajtószer nélkül is rendes volt a székletét, sőt a hasmenés önként is fellépett egy-egy obstipatiós periódus után. A bél ingerlékenységi állapota szerint azt találtam, hogy évek óta főleg főzelékkel és burgonyával élő betegeknek, vagy oly egyéneknek, kik chronikus bélhurutban szenvedtek, kivált pedig drastikus hashajtókkal való visszaélés után, főleg pedig több ily körülmény együttes fellépésekor nagyobb adagokra szorultam, sőt néha ezektől sem láttam eredményt. Ellenben ingerlékeny betegeknek sokszor kis adagok is meglepő nagy hatást okoznak.

A bél állapotáról szólván el nem mulasztatom Wenhardt János¹ ama észleletét a magam részéről is megerősíteni, hogy oly egyéneknek, kik akár belsőleg, akár a bőr alá morphiomot kaptak, vagy opiumot szedtek, ha eredményt akartam elérni, mindig nagyobb adagokat voltam kénytelen alkalmazni. Hogy más szerek miképen befolyásolják a phenolphthalein hatását, arról még részben később fogok röviden megemlékezni. A purgo bevétele után a hatásig eltelt idő, valamint az is, hogy hatása meddig tartott, természetesen szintén a fent részletesen tárgyalt körülményektől, főleg pedig a bélrendszer állapotától függött. Azonban egyrészt

az ismétlések elkerülése céljából, másrészt mivel e téren mégsem mutatkoztak oly nagyfokú ingadozások, mint az adagolás terén, csak az átlagos hatási időt fogom felemlíteni. Kis adagok hatása rendszerint 4–6 óra múlva jelentkezett és a bevétel idejétől számítva 12–18 óráig tartott. Érdekes azonban, hogy ha pár órával az elalvás előtt vették be a betegek e szert, úgy ez őket éjjel álmukban nem zavarta és a hatás sokszor csak másnap reggel mutatkozott. Legtöbbször azonban ilyenkor a hatás huzamosabb időn át is tartott, mint más esetekben. Nagyobb adagok, habár nem is mindig, de legtöbbször tevékenységüket hamarabb, néha már 2–3 óra múlva kezdték kifejteni és hatásuk egész törvényszerűen annál tovább tartott, sokszor 24 óráig sőt ezen túl is, minél nagyobb volt az adag. Az ilyen erősebben ható nagyobb dózisok azonban természetesen nem bírtak a kisebbeknek azon előnyös tulajdonságával, hogy a betegek éjjeli álmát megkímélték volna.

A phenolphtalein más kellemetlen, úgynevezett mellékhatását, mely egyik-másik hashajtónál oly gyakori, alig volt alkalmam észlelni. Emelygést, hányási ingert soha sem okozott. Hascsikarást és végbélgésgést is csak alig néhány esetben észleltem és ezt is egyetlennek kivételével oly betegeknek, kiknél a kontrollképen adott keserűsítő kis adagjának bevételére hasonló panaszokkal járt, avagy e mellett neurastheniások voltak. Más, a fokozott peristalticával járó kellemetlen tünetet, például erős korgást, bélgyöresöt soha sem okozott; úgy hogy ezen tapasztalataim folytán felbátorodva, egy subcutan vakbélgyulladásnál és egy ólomkólikában szenvedő betegnél, tehát oly esetekben, hol a legtöbb hashajtószer ellenjavalt volt, meglepő sikerrel alkalmaztuk. Végre megjegyzem, hogy hatási ideje alatt egyetlenegy ízben sem láttam haemorrhoidális vérzést megindulni. Bélhuratot használata után fellépni szintén nem észleltem soha.

Mindezekon kívül, mivel ismeretlen hatású phenolvegyülettel dolgoztunk, arra is kellett figyelniünk, vajjon a veséket nem izgatja-e? Ennek felismerésére összes betegeim vizeletén fehérjevizsgálatot végeztem és azt találtam, hogy a purgo bevételétől után nemcsak albuminuria vagy cylindruria soha sem lépett fel, hanem a vesébajosoknál a fehérje százalékos mennyiségét nem növelte, a górcsővi üledék milyenségét nem változtatta meg és a baj klinikai képét nem súlyosbította.

Mint minden új gyógyszernél, úgy a phenolphtaleinnél is, midőn ennek hatását tárgyaljuk, még egy kérdés merül fel: vajjon megszokható-e? Ha figyelembe vesszük azt, hogy több esetben két hónapon át adtam ezt a szert és adagját mégsem kellett emelni, úgy némi valószínűséggel azt mondhatjuk, hogy meg nem szokható. Azonban ennek biztos kijelentéséhez még jóval több és főleg sokkal hosszabb időn át folytatott megfigyelés szükséges. A purgo általános hatást észleleteim szerint nem fejt ki. Ezt érthetővé teszi az, hogy mint Wenhardt¹ kimutatta, nagy részben a bélsárral ürül ki. Másik része pedig a vesék útján gyorsan hagyja el a szervezetet. A legtöbb esetben ugyanis a vizeletben sikerült nekem egy részét 20%-os kálium óvatos hozzáadásakor a jellemző rózsaszín fellépése által kimutatnom. A vizeletben való megjelenés általában rendszeren az első lágy székelés idején vagy kevéssel ez előtt történik; maximumát 6–8 órával később éri el és még a hatási időn túl is a szer kisebb vagy nagyobb adagja szerint rövidebb-hosszabb ideig fellelhető.

Ebből az következethető, hogy a phenolphtalein a szervezetben igen híg oldatban kering, tehát csak lassan szívódik fel és hogy a vese igen alkalmas a kiválasztására. Ezen kísérletek adják meg theoretikus alappját azon klinikai tapasztalatnak, hogy ezen új szer miért nem árt, illetve miért nem ártat a bélről távolálló szerveknek és első sorban is a veséknek. Hogy milyen módon okoz hasmenést, erre nézve Vámosy Z. kísérleteire utalok, ki szerint sok tekintetben közel áll a keserűsítő hatásához és hogy míg az embernél hashajtó hatású, nyulaknál hatástalan. Ezekhez minden kommentár nélkül csupán azon feltűnő észleletemet csatolom, hogy *míg a keserűsítő hatását rendkívül erősíti a purgo, addig ricinus olaj adagolása után rövid idővel bevett még nagyobb dózis is aránylag igen csekély hatásnövekedést látszik csak előidézni.* Azt találjuk tehát, hogy a phenolphtalein legnagyobb része a bélrendszeren keresztülhalad és kiürítetik. Felmerülhetne tehát azon kérdés, hogy vajjon mint phenolvegyület a béltartalomra desinfectiens-

képen hathat-e? Ezen kérdésre, tekintve vévén a ható anyag csekély mennyiségét és az utóbbi évtizedekben történt számos vizsgálatot, talán rögtön nemmel felelhetünk. A kérdés fontossága, melynek felvetésében és alapos feldolgozásában az utolsó évtizedben főleg Bouchard² járt elől egész iskolát teremtvén, a legutóbbi években mindinkább vesztett gyakorlati értékéből. Közismert tény az, hogy manapság a szerzők nagyrésze, így Albu is és a magyar bűvárok közül első sorban Hirschler³ azt vallja, hogy a bélanti-septicumok desinfectáló hatásának tulajdonított kedvező eredmény ezek erőyes hashajtó hatásában leli magyarázatát; és hogy a bomló anyagoknak a bélből való gyors eltávolítása sokkal jobb befolyású, mint bármilyen fertőtlenítési kísérlet. Ezeket megfontolva, az ezen irányban folytatott vizsgálataimnak csak másodrendű fontosságot tulajdonítok. Számos vizsgálatomból azt találtam ugyanis, hogy a purgo által okozott első székelés ideje táján, vagy rövid idővel ez után a vizelettel kiürülő indoxylkénsav mennyisége már igen kicsiny; később, főleg erősebb hatás esetén, sokszor ki sem mutatható. Ellenben igen rövid idővel, rendszeren pár órával a purgo befolyásának megszűnte után ismét a régi mennyiségben van jelen. Ezen eredmények kétféleképpen ítélendők meg. Az indican gyors eltűnéséből ugyanis nem lehet desinfectáló hatásra következtetni, hanem csak arra, hogy a gyors belkiürüléskor a rothadási termékeknek nincs elég idejük, és esetleg a phenolphtalein által befolyásolt bélfalon át nincs módjuk a felszívódásra. Hiszen egész hasonlóképen és csakis ezen módon magyarázható Gara⁴ azon megfigyelése is, hogy heveny bélhurut esetén a vizeletben a skatoxyl és indoxylkénsav mégis csökkent. Észleleteim másik része pedig azt mutatja, hogy ezen felszívódásgátló hatás után közvetlenül a vizeletben indican ismét jól kimutatható, vagyis, hogy a bélben a fehérjerothadás legalább lényegesen nem csökkent. Ezek folytán kimondható, a mit már különben előre is fel lehetett tételezni, hogy a phenolphtaleinnak, úgy mint a többi hashajtószernek is, a mi alul csak talán a calomel veendő ki, semmiféle direct desinfectáló hatása a bélrendszerben nincsen. Ezt azonban, mint a fentebbiekből kitűnik, a szer hibájául felróni nem lehet. Összefoglalván tehát az elmondottakat, kimondhatjuk:

1. A purgo egy enyhe, kellemesen, elég biztosan ható szer, mely hatására nézve a sulfátokhoz közel áll és a szervezetre káros mellékhatásokat nem gyakorol.

2. Indikált a legtöbb esetben, midőn gyorsan és enyhén ható hashajtószerre van szükségünk; midőn előreláthatólag hosszabb időn át kell ilyenmű gyógyszer adagolnunk; midőn más hashajtó szerek főleg érzékeny egyéneknek emelygést, hányást stb. okoznak; végre egyes esetekben, midőn a bélperistaltikát lehetőleg kimélnünk kell és a bél kiürítése mégis óhajtott volna.

3. Ellenben hatása gyakorta kétséges, ha enteroptotikus, renyhe, paritikus bélrendszerrel bíró egyéneknek van szükségünk evacuans gyógyszerre, vagy oly betegeknek, kik egyéb erős hashajtószerekkel visszaéltek, végre a kik morphiumot vagy opiumot is szednek.

Irodalom. 1. Orvosi Hetilap. 1901. 13. sz. ref. — 2. Therapie der Gegenwart. 1901. — 3. Orvosok Lapja. 1901. 14. sz. — 4. A chemia tankönyve. 1901. — 5. France médic. 1887. — 6. A diætetica tankönyve 1900. — 7. Magyar orvosi archivum. 1892.

T Á R C Z A.

Az Erzsébet királyné-sanatorium ismertetése.

— Építkezés és berendezés. —

Hazánk első nagyszabású tüdőbeteg-gyógyintézete, az *Erzsébet-sanatorium*, a budai hegyekben épült, nyugatra a fővárostól, észak, kelet és nyugat felől a János-hegy teste és két kiágazása által övezett katlanszerű hegyoldal-vájalatban, 3 oldalról szálas lombdőtől környezve. Két kilométerrel a „Szép Juhász né” nyári kirándulóhely mögött fekszik, Budapest centrumából ¼ órai kocsiúttal elérhetőleg, a székes főváros által kölesönkép átengedett 20 magyar holdnyi telken, 340 méterrel a tenger színe, és több mint 200 méterrel Budapest niveauja felett. Az út, mely hozzá visz, Budán a régi és új szt. János-kórházak mellett vezet el, majd a Szép Ilonát érintve, a „Budakeszi-út” vadgesztenyes fasorán halad végig, Budapest patricius családjainak villái között, eleinte lassan, majd mind élénkebben emelkedve fel a Szép Juhász néig. Itt a János-hegy és Hárshegy közötti hágón bujik át a tavasztól ősziig lombátörő makadám-úttal s egy platóra ér, melyet balról a székes főváros nagy kiterjedésű erdőbirtoka szegélyez, jobbról pedig egy mély

völgy, alján a Petneházy-rét, a boldogult királynénk kedvenc magányos sötét helyét képezett „Fekete fej” nevű erdőréssz s gyönyörű kilátás a távolban élénk silhouettekkel emelkedő máriaremetei búcsújáró templomra. A Szép Juhásznég minden fővárosi kocsis eltalál, azon túl pedig fehér jelzőtáblák mutatják a különben sem téveszthető utat a sanatorium felé. Az úttest, mely jó időben parkett-simaságú s a székes főváros által kifogástalanul gondoztatik, még egyszer emelkedik egy kissé, áthalad egy bevágáson, melyet Budapest közönsége készített a sanatorium kedvéért, eléri a vízvázastót a budai és budakeszi völgyek között, s kezd lejteni Budakeszi község, fővárosi kedvező nyaralóhely felé. Jóval a község előtt a fő útvonalból balra kiágazódik a gyógyintézet külön útja (születén jelzőtábla), mely a hatalmas tölgyesbe 1/2 kilométernyire belenyúl és az Erzsébet-sanatorium fehér falkapujánál állapodik meg.

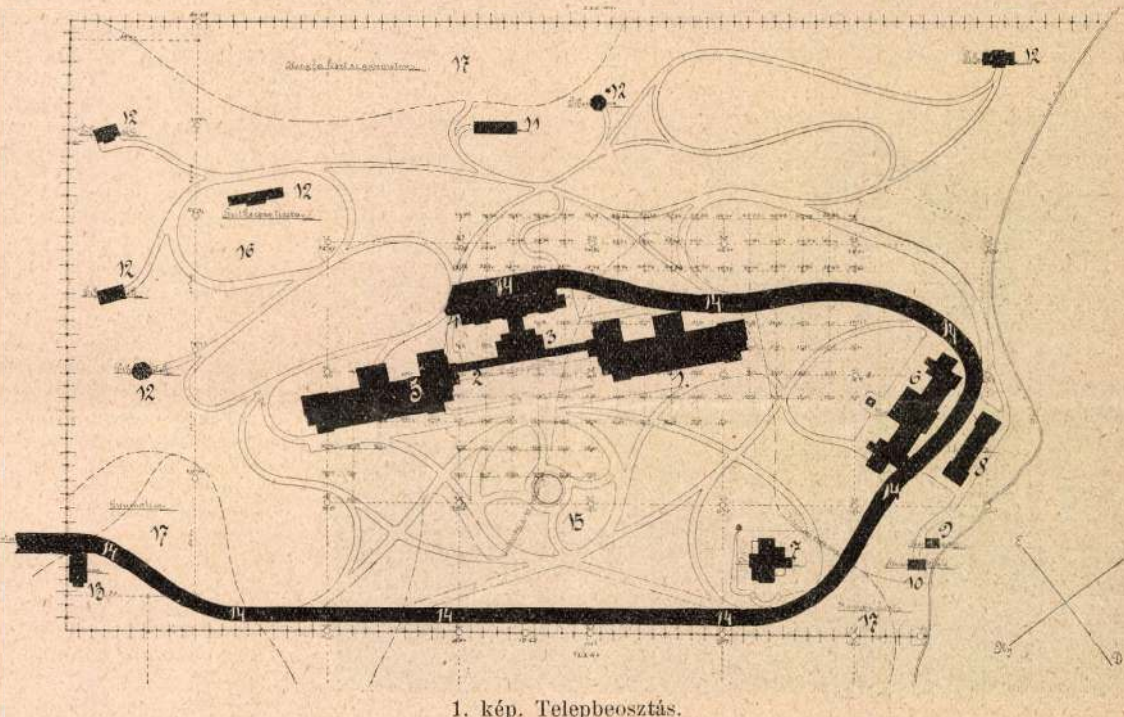
Az intézet körülkerített 24.000 □ ölnyi telkére belépve, balkéz felől kis portásházat érünk, melyben a felesége segítségével kapus-szolgálatot is teljesítő kertész lakik. Az ő házacskája mellett kezdődik a sanatorium *belső kocsiútja*, 625 meter hosszú kavicsos makadám útvonal, mely a szabálytalan, megnyúlt négyszögű telek alján, délnyugati szélén vezet tovább, eleinte síkon; majd az *oreostakás* — egy külön kis épület — mellett keletnek fordul, áthalad a *gépkész* és *istálló* közötti gazdasági udvar-jellegű részen s itt északnak, majd egészen nyugatnak fordulva, mind jelentékenyebb emelkedés után a *főépület-complexushoz* ér, s a *konyhánál* végződik. A főépületet, konyhát az út hátulról, észak felől közelíti meg, mi által az épületek déli oldalán húzódó terrasseok érintetlen maradnak, nem szennyeződnek, a kocsierkezkések és a gazdasági élet lebonyolítása a betegek háborítása nélkül történik, nem úgy, mint sok külföldi intézetben van, hogy pl. minden érkező vagy távozó beteg a többiek nyugalmát zavarhatja. Azzal, hogy a kocsit első fele a telek lábánál fut végig, épen volt hagyható az egész déli park, azzal pedig, hogy a konyhánál vakon végződik az úttest s a kocsinak innen ugyanazon az úton vissza kell menniök, fenn volt tartható a főépületsoportól nyugatra eső erdő-rész a maga egészében sétahelyül szolgáló erdőpark gyanánt. A telek, mely északkeletről délnyugatnak (a rajzon tehát felülről lefelé) lejtősen esik, s mint ilyen számos nehézséget nyújtott az építkezésnek, északon, keleten és nyugaton mindenütt hatalmas *tölgy-erdő* fedett, délnek és délnyugatnak, némi részben délkeletnek eső részletei is egy-egy facsoporttal tarkított *tisztások*, melyeken a kertész-munka még a múlt év őszén zöldelő pázsitot teremtet, jótékony adományként nyert 1500 cserje és növényekfenyő pedig kellemes változatosságot kölcsönöz.

Azt a *niveaükülönbséget*, mely a *belső kocsiút* alsó és felső fele között van, a főépület előtt egy betonlépcsőzet hidalja át, mi által az úgynevezett *déli park* 780 meter hosszúságban futó sétatújtjai csak igen mérsékelt emelkedők. Az *északi, erdős parkot* behálózó 1470 meternyi sétatút egyes részletei már erősebb emelkedésűek, a tüdő- és szívtornára rendelt *terrakúrának* kedvező terepet nyújtva. A telek felső szegélyén sik gyalogút vezet, két végpontján egy-egy padokkal ellátott, délnek nyitott fa-bódéval pihenő és télen sütkező helyül (*sun box*), a bódékhoz felvezető serpentinak 2—10-5% emelkedésűek. Az emelkedés nagyságát mindenütt fehér táblák jelzik, rajtuk a már szín szerint is különböző számok mutatják a lejtősség fokát. Az egyik *pihenőbódé*, a nyugati, sűrű erdőbe van téve, ez nyári hűsülésre leszen alkalmas, a másik, a keleti, egy kis magas fekvésű tisztáson áll, s a téli napsugarak szorgalmasan melegítik a fatetejét és oldalfalait. Utóbbi egyszersmind szép kilátást is ad.

A teleptől északkeletre a hegyoldalon, már künn a városi erdőben van, több mint 30 meterrel a főépület földszinti padozatának *niveauja* felett, a sanatorium 75 m³ űrtartalmú *vízmedencéje*, melybe a városi vízvezetékhalózathoz a telek lábához még saját nyomásával elérkező vizet az intézet tulajdon gépeivel felnyomja, hogy kifogástalan vízvezeték és kellő tűzbiztonsága legyen. A telek egy keleti csücskében, nyáron napnak áthatolhatatlan sűrűben van a 150 m³-nél nagyobb űrtartalmú *jégverem*, közelében egy jégtermelő meder, melybe télen vízvezeték vizet bocsátatik tiszta jég előállítására céljából. A déleleti zugban az istállóépület mellett van a sanatorium *szennyvíz-filtráló berendezése*, egy mesteri telep, eredeti tervezése mérnökeinknek, a hol a szennyvizek egy durva szűrő után betonfalú mély derítőutakban üleptetnek, sűrű részük földalatti aknákon a telep legszélén elhelyezett cementfalú tárnákba süllyed önsúlyuknál fogva, a honnan időnként légzáróan szivattyúzó kocsin szállítatik el; a híg rész átfolyik egy-egy hatalmas homok-kavics-zúzottkő-filteren s innen egy 106 meter mélységű *negatív artézi kútba* vezetetik, mélypadok vízelnyelő hasadékaik át a föld gyomrába. Ezen tudtommal az összes sanatoriumokéi között a legtöké-

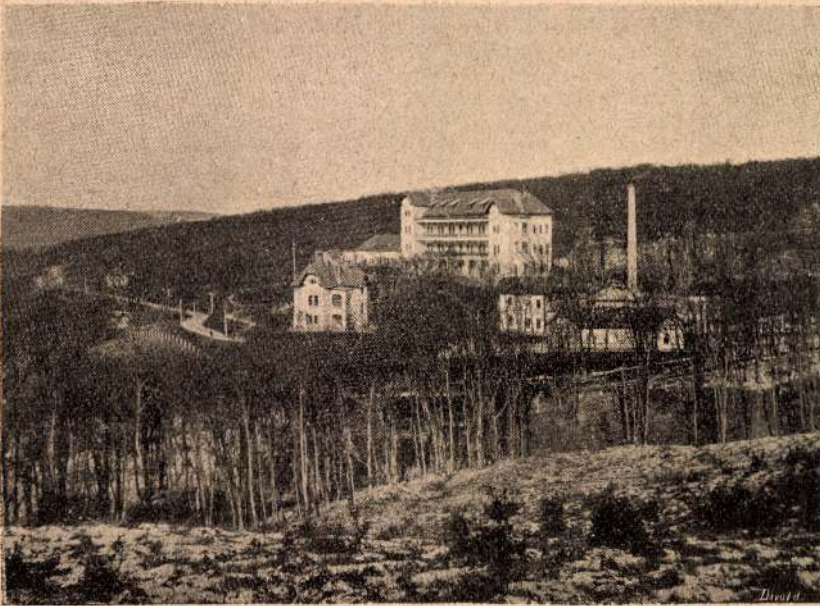
letesebb szennyvíz-eltakarító berendezésen kívül van még az *esővíz-csatornahálózat*, mely a telep minden csepp csurgó esővizét minütiosusan összegyűjtve, azt a délkeleti határszélén futó vízmosásba tereli. A sanatorium telkének bejárójánál, a portásház mellett van egy kisebb tisztás, ezen egy szerény kis háziiparként összerótt *üvegház* áll, hogy déli parkunkban már az első nyáron virulhasson egynehány vadrózsából magunk nemesítette rózsafő, továbbá egy kis *faiskola*, melyben a József főherceg ő Fenségétől nyert apró buxusokat neveljük nagyra; egy házilag előállított *zöldsegerem*, a konyhai zöldsegt téli eltevésére, s egy kis konyhakertnek való készült, hogy a mit lehet, a nem nagy területen, magunk termelhessünk. A portásház előtt van felállítva a szélzásló és az esőmérő, a főépület közelében a *meteorológiai angol bódé*, benne a hőmérők és levegő-nedvességmérő. A sétatakon úgy a déli, mint az északi parkban ugyancsak házi iparként készült, fehérre festett kényelmes fapadok állanak. Az ebédlő épületétől nyugatra van tervezve a jövőben esetleg megalkotandó *második főépületszárny*, mely ugyanolyan méretekkel épülne, mint a most álló keleti rész, az egyelőre egyedüli főépület. A kettő fogna közre az ebédlő előtt elterülő síkon futó terrasset, mely a betegeknek az intézetbe lépésüket követő első hetekben fősétahelyül szolgál.

A telep a maga egészében legnagyobb budai emelkedésünk, a János-hegy által van tökéletesen védve északról és északkeletről, a keleti szeleket a János-hegynek Budakeszi község felé magas dombvonalként lassan eső kiágazása tartja igen jól vissza. Nyugat felől egy másik, már alacsonyabb nyúlvány ad relatív szélvédelmet, délnek pedig a terület nyitva áll, remek *kilátással* a tág budakeszi és pátyi kátlakra. A szem fekvőfolyosóinkról, terrasseainkról mértföldekre ellát, a beteg lelke hónapokon át sem kap unalmas tompaságot, a nagy égdarabon

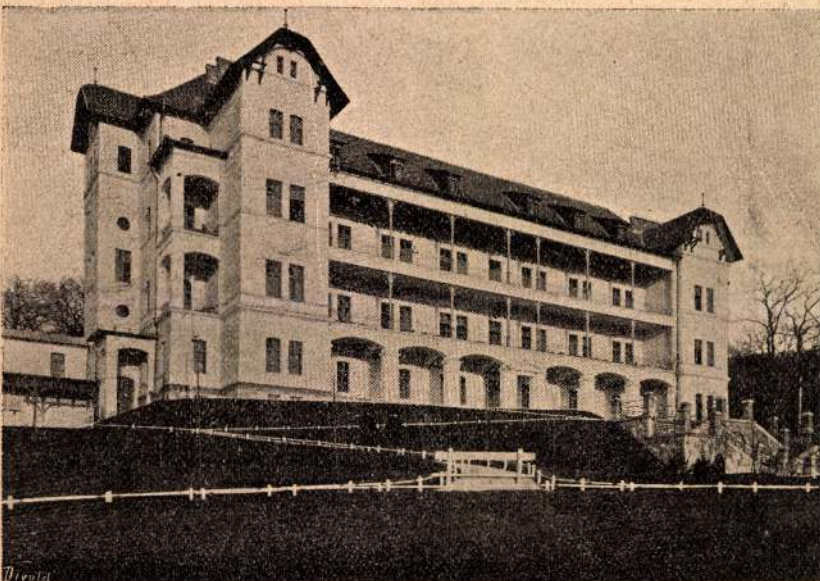


1. kép. Telepbeosztás.

játszó fellegecskék, a távol horizont változó színe, a lenyugvó nap bíboros pompája, havas időben a táj svájci stílusú képe (akár csak *Feydey* sanatoriumából tekintenénk alá *Leyssin-sur-Aigle*-re), az esti fekvőkúránál szemberagyogó Vénus-esillag, mind oly gyönyörűségek, melyek iránt sok betegünk már eleve fogékonysággal bír, mások öntudatlanul élvezik, ismét másokban pedig ébresztgetjük vele a természet, a natura medicatrix szeretetét. Erős nyugati szelek meggyengülve elhatnak telepünkre, de mert sohasem szárazak, nem okoznak gégeingert, s nem lévén télen sem hidegek, ellenkezőleg (csak úgy, mint a déli szél), télen a hőmérő emelkedésével járván együtt, nem kellemetlenek, sőt a mi vízkúránkban részesülő betegekre csak mérsékelt edzők, ellenben a levegőcsere a telepen kellőképp fentartják. A megyei út porát száraz időben sem kapja az intézet, mert 1/2 kilométernyi, még lombtalanul is sűrű erdő áll az alatt járó, esetleg port kavaró levegőáramlás útjában. Temperaturánk a magasabb fekvésnek megfelelőleg valamivel hűvösebb, mint a budapesti, úgy hogy téli hótakarónk napokig megáll, mikor a fővárosban már loes-poes idő van, de azért korántsem zord. Mérsékli az atmosphaerának hőmenetét a hegy és erdő nyújtotta szélvédelem, főképen tehát az, hogy a Duna völgyét, mint minden északról délnek folyó nagyobb víznek medrét (Rhône!) járó északi viharos szelek nálunk ismeretlenek. Kódunk alig volt eddig az ősz és tél folyamán 3—4-szer, holott az alattunk elterülő falut ködbe burkolva igen gyakran láttuk. A betegek kedves szórakozása megfigyelniök, hogyan bontakozik elő a völgykatlan ködfátyolának oszlásával a melyben először csak a község templomának tornya, azután a házak kéményei és így tovább, míg nálunk ragyog a középhegység téli verőfénye. A keleti hegyvonallal fokozatosan ereszkedvén mellettünk a völgybe, nem áll reggelente sokáig a napsugár útjában. Mire a betegek (téli 7 órakor kelnek) 8 órakor felszolgált reggelijüket elfogyasztják, s 1/2, 9 órakor a



Az Erzsébet-sanatorium távoli képe. (A felvétel en face nem eszközölhető, mert az intézettel szemben a budakeszi völgy terül el, így a kép nem is mutatja jól a helyzetet, a Jánoshegy testét a sanatorium mögött; csak az alacsonyabb nyugati hegynyúlvány esik a keleti domboldalról készült felvételbe.)



A főépület déli homlozata a nyitott fekvőfolyosókkal.

vizgyógyintézetet vetkőzőjébe mennek, már fenn van a naptányér januárban is a dombvonal peremén s besüt a vetkőzőbe. Mire 1/210 órákor a férfibetegek kijutnak a földszinti, terrazzal fedett oszlopos tornácra végzendő sétájukra, már az oszlopok éles árnyéka tarkazza a verőfényes folyosót. A 10 órákor tált villásreggeli után megkezdődő fekvő kúra csupa napsugárban úszó fekvő tornácra folyik, s a déli park fái elhelyezett saját gyártmányú madáretető házikóink cinóber színe élénken piroslik fel a fényes levegőben. A fekvő folyosók napsütöttsége azután egész az égitest lenyugvásáig tart. A telepen, mint említők, vízvezeték van, az újlaki szivattyúk igen jó vízzel, tökéletes kettős csatornázás, pártát ritkító szennyvízelvezetés és kavicsos fedett utak gondoskodnak róla, hogy nedves időben ne legyen sár, száraz időben ne képződhessek por. A parkban szanaszét elhelyezett hydránsok lehetővé fogják tenni a kellő öntözést s ezzel a telepen a porfejlődés teljes megállítását nyári, forró aszályos időben is.

A főépület nemes egyszerűséggel megalkotott, 2 emeletével 29,3 meter magasságú, 58,8 meter hosszú homlokzattal bíró hatalmas építmény, mely azzal, hogy a kocsúton érkező legelőbb alulról tekint, még monumentálisabbnak tűnik fel. Nincs rajta semmi cikornyos, két napórán és 6 gipsz-medallionon (benn az E és S betűk) kívül, melyeket egy nemeslelkű iparos ajándékol készített volt annak idején. Mégis fenséges, hogy úgy mondjam, a benyomás, a mit az épület tesz, nagy könnyedségével — karcsú vasoszlopokon nyugvó emeleti fekvő folyosói mintha czukorból volnának —, hatalmas arányaival — a déli korridorok, csakúgy mint a szobák, 5 meter magasak — és igen világos, szinte fehér, tehát igen barátságos színű természetes vakolatával, mely mázolás soha sem fog igényelni. E színhez a pirosas cseréptető, a tömördek

ablak világoszöld fakeretei igen kellemes benyomást tesznek a szemlélőre, mi több, a sok sötétvörös színű épület után, mely kórházi czélakra világosra szolgál, a palotaszzerű impressiójával hatnak, holott arra, hogy ezen aránylag egyik legelőbbben készült sanatoriuma Európának palotaszzerű külsővel bírjon, egy fél fillér költség sem fordított. Hogy mégis így van, az építő mérnökművész külön érdeme.

A 116 beteg befogadására képes főépület a lehető legtisztább kettős korridorrendszerrel épült, azaz törzsében, középső legnagyobb részében csak egy sor szoba van, melyek előtt és mögött egyaránt folyosók vonulnak: elöl, a déli oldalon — mert az egész főhomlokzat délnek tekint — az előfelé nyitott fekvőfolyosók, hátul, az északi oldalon, minden emeleten a közlekedő korridor. Előbbiekre nyílnak a szobák ablakai, utóbbira azok ajtai. Az úgynevezett rizalitok — az előugró részek, melyeken elől a napóra látható — vannak csak észak felé is helyiségekké kiépítve. A két legszélső rész a déli oldalon elkülönített fekvőloggiákat mutat, mögöttük betegszoba; az egészhez nyugaton csatlakozik még a lépcsőház rizalitja, alul, földszinten, a főépület bejárájával. A főépület ezen nyugati végéből indul ki az ebédlő felé vezető zárt, télen fűthető folyosó, s alatta egy nyitott, terrasszos tornác, mely csapadégmentes sétatályul és fekvőfolyosóként szolgál.

Kuthy Dezső dr., egyet. m.-tanár, igazgató főorvos.

(Folytatása következik.)

Közegészségügy.

Sanatoriummozgalmak a tüdővész ellen. Békésmegye példáját követi újabban Vas megye is. Elhatározta, hogy a tuberculosis ellen való hathatósabb védekezés céljából mozgalmat indít s ezen célra bizottságot is küldött ki. Bezerédy István alispán, ki a mozgalom élén áll, mindennek előtt statisztikai adatokkal kívánta megállapítani a gümőkórnak Vas megyében való számbeli elterjedését. Felmerülve azonban e tervnek pontos keresztülvételensége, Bezerédy alispán Korányi tanárhoz fordult, hogy jelölje ki az alapokat, utakat és módokat, a melyeken haladva, a tuberculosis elleni védekezés alapjai sikeresen volnának megvethetők. Korányi tanár e megkereső levélre következőleg válaszolt:

„Nagyságos Bezerédy István úrnak, Vas megye alispánjának, Szombathelyen. Nagyságos Alispán Úr! Vonatkozással Nagyságodnak február 23-dikán kelt nagybecsű soraira, van szerencsém a következőkben válaszolni:

Első sorban is hazafini örömet fejezem ki a felett, hogy a tuberculosis jelentőségének felismerése és az ellene való védekezés céljából mozgalom a Nagyságod vezetése alatt álló megyében is megindult, s részemről teljes készséggel állok Nagyságod rendelkezésére mindenben, a mivel e tárgyban szolgálhatok.

A mi a Nagyságod által célba vett azon feladatot illeti hogy a tuberculotikus helyek számbelileg kiderítettessenek, legalkalmasabbnak tartom a halott-kémi jelentések számbavételét ugyanis nálunk, valamint minden más közegészségügyi rendszerttel bíró államban a tuberculosis-halálesetek bejelentése kötelezett és a statisztikai kimutatások összhangzó bizonyítékai szerint a tuberculotikus-haláleseteknek olyan túlnyomó nagy részét képezi a tüdőtuberculosis és aránylag olyan csekély részét másnemű tuberculotikus megbetegedések, hogy gyakorlatilag a tuberculosis-halálesetek rovatát tüdővész-halalózásnak lehet venni. Ez a számítás még azért is jogosult, mert a tuberculosisnak a népesség közötti elterjedése majdnem kizárólag a tüdőtuberculosisban szenvedők által tartatik fenn. A tuberculotikus betegek bejelentése nem kötelező ugyan, de általánosan azt lehet mondani, hogy mihelyt a tuberculosis-halandóság az összes halálesetek számának több mint 10%-át teszi, akkor már nagy tuberculosis-halandóság és nagy tuberculosis-morbiditás áll fenn, de ehhez még hozzá lehet adni, hogy ott is, a hol a halandóság kisebb, kétségtelen, hogy nagyobbá válik az előbb vagy utóbb, ha csak a köz- és magán közegségi intézkedések terjedését meg nem gátolják és azért ezen intézkedések szükségesek ott is, a hol a tuberculosis-halalózási számarány 10% alatt áll.

Miután a tuberculosisban szenvedő betegek bejelentése ez idő szerint nem kötelező, azért a betegek számának kiderítésére csak egy indirect, de általánosan elfogadott és több esetben ellenőrző számításokkal is beigazolt kiszámítás vezet. Ez abból indul ki, hogy a tüdővész lefolyása a halálra vezető esetekben általánosan 5—6 évre terjed; ennek megfelelőleg az évenkénti halalózáások számát ötöl vagy hattal kell sokszorozni és az eredmény adja a halalózan végződő esetek számát. Miután azonban a tuberculosis eseteinek egy kisebb része gyógyulással végződik, ezért ehhez a számhoz még egy töredéket hozzá kell adni és így rendszerint a halalózási számnak hetszeresét tekintik a betegek megfelelő számának. En azonban, hogy kikerüljem a túlzott számításnak legkisebb lehetőségét is, mindig a hatszoros számot szoktam mint a magyarországi tuberculosis-esetek számát alapul venni. Ilyen számításból vezettem le, hogy Magyarországon a tuberculosis-betegek száma négy- és ötszázezer között áll és minthogy a halalózáások száma tíz év óta mindig hetvenezer körül forog, azért azt kell felvennem, hogy az

évenként elhalt 70,000 mögött ugyanannyi új megbetegedési eset lép be a tuberculosos-betegek csoportjába.

Ezen pusztító betegségnek ilyen arányokban való terjedése mellett megkövetelhető, hogy a mely családban 4—5 év lefolyása alatt több mint egy tag hal meg tuberculososban, ott a desinfectio és más védekezési műveletek hatásáig elrendeltessenek.

A mellékletben van szerencsém megküldeni egyik ezen tárgyra vonatkozó és múlt év október havában tartott beszédemet. Az első lapok merőben orvosi fejtegetéseket tartalmaznak, a közérdekű részt egy jeggyel láttam el. Ha Nagyságod ezen lapokat szíves figyelmére méltatja, talán egyet és mást méltóztatik benne megtalálni, a mi Vas megyében is alkalmazható. Minden felmerülő más kérdésre is készséggel állok Nagyságod rendelkezésére. Fogadja Nagyságod őszinte tisztelettem nyilvánítását. Budapest, 1902. márczius 2. *Korányi Frigyes* egyetemi tanár, a budapesti Sanatoriumegylet alelnöke.

Hasonló mozgalmat indított meg az Alföld nagyvárosában Szegeden az ottani orvosegyesület, mely Sanatorium-egyesület létesítését célozza és a következő felhívást bocsátotta szét Szegeden és vidéken.

Felhívás! A „Szegedi Orvos-Egyesület” kötelessége: akar teljesíteni. Kötelességet, melyet tagjainak benső érzelme parancsol.

Mentőkart kívánunk nyújtani azoknak, kiket magukra hagyva, kirelhetetlenül elragad egy gyilkos betegség.

Küzdeni akarunk a tüdővész ellen!

Százakat visz el közülünk évenként és ezek érzik fojtogató karját.

Állandó réme lakosságunk minden rétegének. Megtalálja: merre palotáink féltve őrzött szépe s hol tanyavilágunk ősi magyar népe.

A szegény-gazdagok futnak előle más éghajlat alá és sokan gyógyulnak közülük; de a vagyontalanok számára nincs menekülés, velük kirelhetetlenül végez e borzasztó betegség.

E kétszeres szegényeken akarunk mi segíteni!

Alkossunk egyesületet a szegedi szegénysorsú tüdővész betegek sanatoriumi elhelyezésének elősegítésére. Tegyük lehetővé azoknak, kiknek betegségük még nem előhaladt, hogy önmaguknak, a családnak és társadalmának visszaadassanak.

Szeged társadalmához fordulunk tehát. Azon társadalomhoz, mely mindig ugyanaz s melyet nemcsak cél érdekében oly sokan igénybe vesznek. Tudjuk, hogy e társadalom nem tehet sokat, de kérjük, tegyen annyit, mint a mennyit tud.

Lépjen be a Sanatorium-egyesületbe mindenki, kinek szíve van és ki emberszeretetéért valamit áldozni is képes!

Szegeden, 1902. év február hó 15-dikén.

Faragó Ödön dr. a szegedi orvosegyesület elnöke; Falta Marcel dr. a szegedi orvosegyesület főtitkára.

A Sanatoriumi egyesület tagjai lehetnek: alapító, pártoló, rendes és rendkívüli tagok.

Alapító tag: a ki egyszer s mindenkorra 2000 koronával.

Örökös tag: a ki egyszer s mindenkorra 500 koronával járul az egyesület fenntartásához.

Rendes tag: a ki évenként 6 koronát fizet.

Rendkívüli tag: a ki évenként 3 koronát fizet.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A csonttörések és a ficzamosodások kór- és gyógytanának haladása

Közlő: Chudovszky Móricz dr. műtő, volt sebklubikai tanársegéd.

(Folytatás.)

40. *Chairmann*: The operative treatment of fracture of the patella. Boston Journ. 1900. — 41. *Dallas*: Traitement des fractures de la rotule par la suture de la capsule. Revue de chir. T. 20. — 42. *Popper*: Ein neues Verfahren zur Behandlung der Kniegelenksfracturen. Cbl. f. Chir. 1901. — 43. *Wiener*: Zur Behandlung der Patellarfracturen. Cbl. f. Chir. 1901. — 44. *Wegner*: Erweiterung unserer Kenntnisse über Patellarfracturen etc. Deutsche Zeitschrift für Chir. 57. kötet. — 45. *Porter*: Fracture of the patella. Transactions of the American surgical assoc. 18. sz. — 46. *Wolff*: Zur Behandl. der veralteten Patellarfracturen. 26. német seb. congressus. — 47. *Tenderich*: Ein weiterer Vorschlag zur Behandlung veralteter ungetheilte Patellarfracturen. Deutsche Zeitsch. f. Chir. 56. k. — 48. *Cramer*: Knöchelverwachsung der Kniegelenke. Cbl. f. Chir. 1901. — 49. *Kaefer*: Zur Behandlung der Verkürzung bei Unterschenkelbrüchen. Centralbl. für Chir. 1901. — 50. *Wolf*: Zur Behandlung des schrägen Unterschenkelbrüches mit Bardenheuer'scher Extension. Cbl. f. Chir. 1901. — 51. *Huschenbett*: Ueber eine verbesserte Methode von Gehverbänden bei Ober- und Unterschenkelbrüchen. Cbl. für Chir. 1901. — 52. *Reinhardt*: Ueber Unterschenkelbrüche. D. Zeitschr. f. Chir. 50. k. — 53. *Zupping*: Ueber Torsionsfracturen speciell des Unterschenkels. Beiträge zur klin. Chir. 29. k. — 54. *Helbing*: Rissfracturen des Calcaneus. Freie Vereinig. d. Chir. Berlins. 1900. XII/10. — 55. *Neuschäffer*: Abreissung eines grossen Stückes des Fersenbeines. D. Zeitschr. f. Chir. 50. k. — 56. *Bouvet* és *Petit*: Luxation vertébrale etc. Progr. méd. 1900. — 57. *Schäffer*: Ueber Wirbel- und Rückenmarksläsionen. Monatschr. f. Unfallheilk. 1901. — 58. *Kreiss*: Experimentelle Beiträge zur Lehre von den Wirbelluxationen. D. Zeitschr. f. Chir. 57. k. — 59. *Wilhelm*: Luxation du sacrum en avant sans disjonction du pubis. Gaz. des hôp. 1899. — 60. *Hildebrand*: Fall von veralteter doppelter Luxation des Unterkiefers. 30. német sebészeti congressus. — 61. *Kramer*: Zur Behandlung der irreper. Unterkieferverrenkung. Indép. méd. 1901. — 62. *Morestin*: Différence causée par une luxation et une fracture ancienne de la clavicule etc. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1900. — 63. *Hofmeister*: Eine neue Reposit.-Methode der Schulterluxation. 30. német sebészeti congressus. — 64. *Körte*: Verletzung der Art. axillaris durch

Schulterverrenkung. Freie Vereinig. d. Chir. Berlins. 1901. II/11. — 65. *Leguen*: Des luxations irreper. de l'épaule. L'indép. méd. 1901. — 66. *Schoch*: Die irreponiblen Schulterluxationen und ihre blutige Behandlung. Beitr. zur klin. Chir. 29. k. — 67. *Clado*: Des lux. anciennes de l'épaule. Progr. méd. 1900. — 68. *Riedel*: Ueber blutige und unblutige Reposition der Lux. humeri anterior. — 69. *Krumm*: Ueber habituelle Schulterlux. und ihre Radicaloperation. Münch. med. Woch. 1900. — 70. *Hildebrand*: Habituelle Schulterlux. 30. német seb. congr. — 71. *Schröder*: Ueber habituelle Schulterlux. im Folge vom Syringomyelie. Beitr. zur klin. Chir. 23. kötet.

*Chairmann*⁴⁰ amerikai sebész minden esetében összevarrta a törési végeket s egyúttal mintegy sodronyhálójával befonta. Ha a négyfeji izom akadályozná a varrást, úgy azt nagyrészt átmetszi. *Dallas*⁴¹ csak a tokszalag szakadását varrja össze, ha a törési végek egymástól eltávolodtak, ellenben ha a törési végek helyben maradtak, akkor csak külső kötással rögzíti a törési részeket. Eljárását azzal indokolja, hogy ha hullákon a térdkalácsot eltörte, úgy a törési részek a ligamenta alariák szakadása következtében eltávolodnak egymástól. Azon sebészekkel szemben, a kik minden térdkalács-törés esetében műtétet látnak, *Popper*⁴² azok közé tartozik, a kik egyáltalában nem fognak a műtétet s mint új eljárást ismerteti a módszerét, amidőn tapasztalatok régen ismert alakjainak mintájára még egy térdkötést kombinál. *Wiener*⁴³ középpállást foglal el azon sebészek között, a kiknek egy része minden térdkalács-törést műtész s más része sohasem végez műtétet. Azon térdkalács-törések esetében, amidőn a térdkalács a négyfeji izom összehúzódása következtében tört, a végtagot plastikus anyagból készült sínre fekteti, gyapottal burkolja, a törési végeket úgy rögzíti, hogy 8—10 cm. széles gummipólyát nyolcezas pólyamenetekben vezet a térd körül. E kötést 4—5 nap mulva leveszi, hogy a közelített törési végeket egy friss kötessel még jobban egymáshoz illeszse. Csontheggel gyógyult eseteiről beszámol. Eljárásában csak az a hiba, hogy számos oly térdkalács-törést ismerünk, amidőn a törés a négyfeji izom behatása folytán támadt; az elszakadt szalagrészek a törési felszínek közé kerülnek, amidőn csupán véres műtét útján lehet a csonttörést meggyógyítani. Természetesen azon esetekben, amidőn a törés intraligamentosus, mint a milyen három esetet *Wegner*⁴⁴ Röntgen-képek kapcsán bemutat, a fentebbi eljárás jogosult.

Ezen a sebészek véleményének ingadozása a térdkalács-törés kezelésének kérdéséről illetőleg oka annak, hogy annyi időt, nem egyesült térdkalács-törés esetével találkozunk, a melyek azután mind sebészi beavatkozást igényelnek. Így *Porter*⁴⁵ két régi térdkalács-törés esetében sodronyvarrattal közelíti egymáshoz a törési végeket, amidőn a felső törési részt csak úgy tudja lejjebb hozni, hogy oldalmetszésekkel felszabadítja a négyfeji izom húzása alól. *Wolff*⁴⁶ egy térdkalács-törés esetében csontképlő műtétet oldja meg a feladatát. Még pedig miután feltárja a törési részeket, a két nagyobb törési darabot a bórrel összehúzó szalagok segítségével csontszalagokhoz fűrészel ki, a melyeket a Malgaigne-horog mintájára készült csavarral összehúzó. Hét hétig e horgot benn hagyja, a melynek eltávolítása után a csontszalagok újra szétválhatnak, hanem a Röntgen-kép tanúsága szerint mégis később csontheg képződik. *Tenderich*-nek⁴⁷ egy térdkalács-törés esetében csakis izomképlő műtét útján sikerül a 10 centiméternyire egymástól eltávolodott törési végeket egymással összekötni. Még pedig két izomszalagot hasított ki a négyfeji izom két oldalából, a melyet lefelé fordított s az alsó törési véghez hozzávarrt. Sokkal nehezebb viszonyokkal kellett *Cramer*-nek⁴⁸ megküzdenie, a midőn egy idült törés esetében előbb az odanőtt felső törési véget le kellett vésnie a csombról; miután varrattal egyesítette a törési darabokat, arról kellett gondoskodnia, hogy az előbb odanőtt térdkalácsrészlet ne tapadjon újra, a minek elkerülése céljából a négyfeji izom kis részletét közbeiktatja.

Az alszártörések kezelése helyes irányban kezd kialakulni; ha egyes sebészek még mindig védik eljárásaikat és dicsekednek azzal, hogy eseteik sok százalékaiban jók az eredményeik s csak igen kevés esetben rosszak; ez csak arról tesz tanúságot, hogy eljárásaik jobbakként más sebészeké, de a mellett még sokszor hasznavehetetlenek. A Röntgen-képek szolgáltatnak erről legtöbb tanúságot. A szt. János-kórház sebészeti osztályán alkalmam volt arra, hogy az összes csonttörési eseteket Röntgen-fényképekkel ellenőrizhettem, s a mint azt a bártfai vándorgyűlésen tartott felolvasásomban említettem, az alszártörések kezelésénél nem voltunk arra tekintettel, hogy nyújtó vagy rögzítő kötással, járó vagy fekvő kezeléssel kezdjük meg avagy folytassuk a törés kezelését, hanem, hogy a csonttörés finomabb jellege szerint kezeljük betegeinket. A mi azután lehetett fektető, lehetett fenjáró kezelési módszer, a kötés lehetett egyszerű sinkötés, avagy nyújtó kötés, avagy fixáló kötés. Azt hiszem, ha a sebészek nem kímélik az idejüket s a költséget, melylyel a csonttörések fényképfelvételére jár a gyógykezelési terv megállapítása előtt, akkor eredményeikkel meg lesznek elégedve. Akkor nem fogjuk azt olvasni pl. hogy *Kaefer*⁴⁹ módosítja és kijavítja *Eiselsberg* nyújtó készülékét, avagy akkor nem fogjuk olvasni *Wolff*⁵⁰ cikkét, a ki *Kaefer* eljárására azzal válaszol, hogy az egyedüli jó eljárás az alszártörések törésének kezelésénél a Bardenheuer-féle nyújtó eljárás. Egyes ritkább esetekben minden ilyen eljárás, a melyet nyújtó-készülékkel oldanak meg, haszonnal használható, de azt az oly sokféle jellegű alszártörést egy módszer szerint kezelni többé nem lehet, ez már túlhaladt állapont. Az meg még merészebb kívánság, a melylyel *Huschenbett*⁵¹ áll elő, hogy minden alszártörésnél a térd fölé erő járókötésbe abricvasat illeszszünk be kétoldalt, a melyek a térdizület szintjében szintén izületben mozognak. Szerinte ezen eljárással kezelt összes alszártörések irányeltérés meg rövidülés nélkül gyógyultak. Ezt a kijelentést azonban komolynak nem vehetjük.

Az alszártörések tanulmányozásánál az egyes különleges törési

alakokat Röntgen-képen mutatják be. Így Reinhardt⁵² szerint 30 alszártörés közül csupán 3 haránttörés, 13 ferde törés, a többi más jellegű. Zuppinger⁵³ szerint az alsó harmadi törések közül azok, amelyek a csont derekát érték, 39% esigavonal alakú volt. Hogy mily ritka a haránttörés, példaképpen megemlítem, hogy a szt. János-kórházban észlelt 24 alszártörés közül csupán egy esetben, csontlágylás esetében észleltünk haránttörést.

A Röntgen-fényképek kapcsán gyarapodnak egyúttal a lábcsontok töréseire vonatkozó ismereteink is. Így a múlt év folyamán három ugrócsonttörést észleltünk két izben az alszárcsontok törésével kapcsolatban. Ezen ugrócsonttörések mind beékelt törések voltak.

A sarokcsont töréseire vonatkozólag Lemmen értékes adatokat közöl, még pedig 3554 törés között 63 (1.83%) sarokcsonttörés körrajzát összegezi. 40 esetben az ugrócsont vele tört, 23 esetben a külboka. A közvetett erőművi behatás az összes törések közül csak három esetben volt a törés oka, az összes többi esetben a csont közvetlen erőművi behatás következtében tört. A törést úgy kezelték, hogy a végtagot 3–5 hétig nyújtották és ugyanilyen soká tartott az utókezelés is. Helbing⁵⁴ a berlini sebészek egyesületének ülésén oly sarokcsonttörést mutat be, amely a csont elszakadása következtében támadt. A Röntgen-kép jól mutatja a viszonyt. Neuschäffer⁵⁵ egyik esetében hasonlóan oly szakított törést észlelt, amelyet úgy kezelt, hogy előbb átmetszette az Achilles-int, miután ekkép sikerült lehúznia a kitértített törési darabot, csontvarrattal egyesíti azt a sarokcsont testéhez. A törés igen jól gyógyult.

A ficamodások kör- és gyógytanára vonatkozó közlések is szaporodnak. A Röntgen-képek e téren is oly dolgokkal ismertetnek meg bennünket, amelyek tükéltlen vizsgálati módszereink kapcsán csak sejtettünk, de nem tudhattunk.

A csigolyaficamodásokra vonatkozó Röntgen-felvételekkel a sebészek mostanáig adósak. Nemrég alkalmunk volt arra, hogy egy csigolyaficamodás esetéről Röntgen-képet készíthettünk. Esetünkben az V. nyaki csigolya feloldalt előre ficamodott a VI. csigolya felső felszínén, a nélkül, hogy a fennálló alakváltozáson és nyakmerevségen kívül egyéb tünetment észleltünk volna. A felvételek igen nehezen sikerülnek, a mennyiben leszámítva a III.–V. nyaki csigolyát, a többi csigolyáról oldalfelelő nem készíthettünk, a mellő felvételek egy része pedig a compensatorius görbületek miatt akadályokba ütközik.

Bouvet és Petit⁵⁶ a II. nyaki csigolya ficamodásának esetét közlik, a midőn az illető egyén a fejére esett s a csigolya két oldalt előre ficamodott. A ficamodást sikerült helyreigazítani, hanem a beteg két óra múlva meghalt. A boncolásnál valóban bizonyult az, a mit előbb kórismézték. A felső lágyéki csigolyák ficamodása kapcsán Schäffer⁵⁷ arról tesz említést, hogy a törés helyétől lefelé terjedő teljes érzési hűdésen, hólyag és végbél kiürülési zavarain kívül azt az új kórismeit tünetment észlelte, hogy a has bőréen haránt ráncok képződnek, épen úgy, mint azon vérzéseknél, amelyek helye a gerincvelő lágyéki része. A csigolyaficamodások kóránához új adatokat szolgáltat Kreiss⁵⁸; kísérleteit részben hullákon, részben állatokon végezte. Az a kísérlete sikerült, hogy emberi hullák nyaki és a négy felső hátú csigolyák valamelyikét kificamította oly módon, hogy a hulla nyakára vagy hátára reáüjtött, a midőn a beható erő iránya hátulról és felülről hatott. Az V. hátú csigolyától lefelé nem sikerült ily módon ficamodást létrehozni. Állatoknál sikerült hét nyúl közül kettőnél távolodást, kettőnél hajlasi ficamodást előidéznie. Ugyanekkor három csigolyaficamodás esetét is közli, a melyet Eiselsberg-klinikáján észleltek. Wilhelm⁵⁹ a keresztcsont ficamodásának egy esetét közli, a mely eset annyiban érdekes, hogy az illető egyén meggyógyult. 2200 kgm. súly behatása következtében jött létre a keresztcsont elülső ficamodása. Az észlelhető tünetek között az volt a legfeltűnőbb, hogy a 12. borda a csípőtarajra támaszkodott. A csípőkeresztcsonti ízület üressége tapintható volt. A gerincvelő bántalmazottságára valló tünetmenteket nem észlelt.

Az állkapocs üdült ficamodásának gyógyult esetét Hildebrand⁶⁰ közli, a mely esetben a kétoldali teljes állkapocsficamodást úgy igazította helyre, hogy előbb a járomívet időlegesen csontolta, azután az egyik, majd a másik oldalon toltá be a fejecset. Hasonló esetet Kramer⁶¹ közöl, a midőn a járomív időleges csontolásán kívül még a rágó és a röpizmokat kellett átmetszenie, hogy az állkapocs fejecset az izvá-pába tolhassa.

Moretini⁶² a kulcsesontoknak a szegycsont előtti ficamodása esetében, a melyhez még a szegyi vég törése is társul, úgy oldja meg a feladatát, hogy a kiálló kulcsesont részletet csontolja.

A felkar ficamodások beigazításának a módszerét Hofmeister⁶³ új eljárással kívánja gazdagítani. Módszerre abban áll, hogy a beteget lefekteti és a kificamodott felső végtagot 20 kiló súlylyal mindaddig állandó nyújtásban tartja, míg a felkart helyére húzza. Eljárásának fő-előnye az volna, hogy mindazon életveszedelemes szövődeményeket elkerülheti, a melyek más eljárásoknál előfordulhatnak. E szövődemények egy része azonban már a ficamodás létrejötténél is támadhat, a mint a milyen esetet Körte⁶⁴ közöl, a midőn a felkar alsó ficamodása esetében a hónaljüthőer elszakadt. Ebben az esetben a hónaljüthőer le kellett kötnie, a seb fertőződött, utóvérzés támadt, újra lekötött az ütőeret, a minek következtében az alkar részlegesen elhalt s a felkar izülete elgenyvedt.

Az üdült vállizületi ficamodás eseteinél Leguen⁶⁵ megemlíti azt, hogy egy esetében a ficamodást három havi fennállása után sem Kocher módszerével, sem Hennequin nyújtókészülékével, a melybe 80–90 kilót csatolt, többé nem tudta beigazítani, úgy hogy véres műtét útján kereste meg a felkar fejecset, a mely a bonczani nyakon

behegedt törés helyét mutatta. A felkar fejecset csontolnia kellett. Ha ebben az esetben Röntgen-kép alapján meggyőződött volna arról, hogy mi képezi azt az akadályt, a mi miatt a ficamodást nem lehet helyreigazítani, úgy nem lett volna reá nézve meglepő az eset. Schoch⁶⁶ egy eset kapcsán, a melyben a vállizület ficamodásához a fejec törése is társult, 54 ily esetet gyűjt össze a szakirodalomból, azon radicalis nézetének ad kifejezést, hogy minden ilyen esetben a rendes kezelés a véres műtét beavatkozása volna. A mai viszonyok között, a midőn mi képesek vagyunk arra, hogy Röntgen-képek kapcsán megismerjük, vajjon ily esetben véres műtét útján kell-e beavatkozni, e kijelentést nem fogadhatjuk el. Az helyes, a midőn azt állítja, hogy ily esetekben előbb a tokszalag átmetszése útján győződjünk meg a törés viszonyairól, s csak azután csontoljunk, ha azt szükségesnek tartjuk. Clado⁶⁷ az a nézete nem állja meg a helyét, hogy a vállizület ficamodása esetében, ha az már hat hétig fennállott, véres műtét útján kell azt beigazítani, a mennyiben adatok vannak arra, hogy több hónapos vállizületi ficamodásokat is már helyreigazítottak. Dollinger utolsó kimutatása szerint egy üdült vállizületi ficamodás esetében azt véres műtét útján igazította be. A végleges eredmény kedvező volt. Riedl⁶⁸ egy üdült vállizületi ficamodást úgy igazított helyre, hogy a kóros oldali lapocza izületét rögzítette s a kificamodott felkart az ellenkező oldali csipőizület irányába húzta.

Az ismétlődő vállizületi ficamodás esetében Krumm⁶⁹ a 37. ficamodás után véres műtét útján akarta megakadályozni a ficamodás ismétlődését. Még pedig erre a célra a vállizület tokszalagjait hatol, a tokszalagot az egyenlítő irányában felférczeli és megszükiti. Egy évig nem ismétlődött a ficamodás. Hildebrand⁷⁰ két ily esetében a ficamodás oka az volt, hogy az izvápa belső szélé letört. E hiányon úgy segített, hogy az izvápat a Lorenz-féle izületi fúróval kimélyítette. Mind a két esetben eredményei jók voltak. A syringomyelia következtében ismétlődő vállficamodások bonczani elváltozásairól Schrader⁷¹ közöl Röntgen-képeket. Még pedig az első esetben a fejec és az izvápa ellaposodott, a második esetben a fejec tojásidomú és az izvápa lapos.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Atlas der Geisteskrankheiten im Anschluss an Sommer's Diagnostik der Geisteskrankheiten. Von Dr. A. Alber. Urban & Schwarzenberg. Wien und Berlin. 1902. Nagy 8-adrét, 126 lap.

Az idegkörtani és anatómiai-histológiai irány által egy időre háttérbe szorított elmekörtani klinikai búvárkodás újabban ismét előtérbe kezd kerülni s az elmekórformák egyes tüneteinek pontos és beható észlelése sok elavult felfogást és nézetet corrigál. Eme törekvések közben nagy segítséget nyújtanak a technikai tudomány újabb vívmányai is, a vizsgálati módszerek kivételére megbízható eszközt szolgáltatva. Az egyes physikalikus és szellemi jelenségek alakjának, lefolyásának meghatározására, fixálására már is többféle methodussal rendelkezünk.

Az újabban megjelenő elmekörtanok oda törekednek, hogy az egyes kórformák leírását photographiakkal tegyék világosabbá. Scholz, Kirchhoff (1892) Ziehen, (1894), sőt később Kraepelin is az elmebeteg tanulságos fényképeit közlik, élesen kiemelve a mimikánál szerepet játszó izmok magoktartását.

Alber atlasában számos illustratioval igyekszik adatokat szolgáltatni az elmebeteg physiognomiájának tanához, mintegy függelékkel adva tanárának, Sommernek „Diagnostik der Geisteskrankheiten“ és „Lehrbuch der psychopathischen Untersuchungs-Methoden“ című műveihhez. Meltányolva ama fontos támpontokat, melyeket az elmebetegségek magaviselete, arczkifejezése, arczjátéka a diagnosis irányítására nézve már önmagában véve is nyújt, kellő elismeréssel kell adoznunk a szerző nagyon tanulságos munkájának. A főbb elmeformák valamennyijére találunk igen jellemző felvételeket.

A szerző eseteit rövid kórtörténetek alakjában ismerteti s néhány érdekesebb koponyabeli difformitás fényképét is közli. A munka tartalmazza a paralysis progressiva, tumor cerebri, lágyulás, senilis atrophia, a sokgőzű keményedéssel kapcsolatos butaság, az organikus agybetegséggel és a koponya fejlődésének zavarával kapcsolatos elmebetegség, hydrocephalia, mikrocephalia, cretinismus, porencephalia, alkoholos és morphinos, uraemiás-mérgezés, epilepsia, idiotismus, choreás elmezavar, hysteria, hypochondria, melancholia, mania, periodusos elmezavar, zavarodottság, katatonía, heveny butaság, tébolyodottság és az ú. n. dementia paranoides esetét. Úgy a psychiater, mint a gyakorló orvos érdekes anyagot fog találni benne.

—k.

La psychologie du rêve au point de vue médical. Par N. Vaschide et H. Piéron. Paris. J. B. Baillière et fils. 1902. 96 lap.

Az orvos a kórisme felállításában soha sem támaszkodhatik elég biztos jelle. Ebből indultak ki a szerzők, a mikor a különböző betegségekben nyilvánuló álomképeket vették vizsgálat alá. Munkájuk végén azon eredményre jutnak, hogy az álomképek nagyon fontos felvilágosításokat adhatnak a kórismét és prognosztis illetőleg.

Bár a szerzők túlzásba estek, mely gyakran nem kiméli meg azokat, a kik szeretettel fognak valamely tárgyhöz, könyvük mégis tanulságos olvasmány, a mennyiben néhány saját tapasztalatot és bő irodalmi adatokat adnak elő. Az álomképekben a szabadjára engedett ellenőrzés nélkül való gondolatkapcsolás tűzi merész játékait, de azok

előidézésében külső ingerek és szervi érzések is játszanak szerepet. Ilyen szervi érzés idézhette elő ama kankóban szenvedő férfi álmát, a ki egy éjjel azt álmodta, hogy heréiben ólom van és valaki tüzes tűkkel szurkálja azokat, másnap pedig orvosa orchitist állapított meg. De bár egy három éves kis leány fejét álmában rézkarikában összeszorították és meningitist kapott és egy torokgyulladásba esett beteg első tünete kínos álm volt, melyben torkát szorították és ezen álmoképeket talán már a kezdődő baj hozta létre, még sem fogjuk aláírni szerzők azon állítását, hogy ott, a hol korai kórismére van szükség, mint a *croupban* és *meningitisben*, kétségtelenül értékes útmutatást adhat az álmoképe.

A kóros álmok tárgyalásában kiemelik, hogy míg az egészséges emberre az álmoképek kevesebb befolyást gyakorolnak, addig neurastheniásokra és sok egyéb idegbajosra (*deséquilibre nerveux*) rendellenes hatással vannak. *Nüske* gyűjtött össze olyan törvényszerűki szempontból érdekes eseteket, a melyekben valamely bűn egy álm után közvetlen álmottas állapotban történt az álm folytatásaképp. Érdekes továbbá, hogy kényszerképzetek, deliriumok gyakran a beteg álmaiban már sokkal korábban nyilvánulnak, mint éber állapotban; így mystikus deliriumok idevágó eseteit *Sauret* közölte. Leírtak ananasmust, mely álm-ból vette kiindulást pontját, egy nő azt álmodta hogy férjét megölte és azóta valahányszor kést látott, félt, hogy ezt tényleg meg fogja tenni.

Az elmebeteg álmát szerzők kétfélének mondják. Mely álm-ban, ha a tébolyodottság nem régi keletű, az álmok rendesek; míg könnyebb alvászor gyakran deliriumok adják az álmoképeket. Esquiroiról mondják, hogy az álomban kimondott mondatokat segítségül vette olyan esetekben, melyek ébrenlétben nem adtak tiszta képet.

Úgy látszik, hogy a hysteriás betegek álmai különösen befolyásolják nappaljukat, sokat álmodnak, de némelyek a képeket gyorsan elfelejtik, néha ellenben az álm az ébrenlétben is folytatódik. Nevezetesen, hogy többen sikerrel suggeráltak hysteriás betegeket, a mikor azok (nem hypnózisban) aludtak, míg ugyanazok hypnózisban kevésbé voltak suggerálhatók.

Az epilepsiás betegek néha azt álmodják, hogy rohamuk van, a nélkül, hogy tényleg észrevehető volna rajtuk. *Féré* említi, hogy az éjszakai rohamok gyakran ijesztő álmok nyomán járnak. Mindezekből látszik, hogy az álmok tanulmányozása, ha nem is nagy gyakorlati jelentőségű, mégsem érdekel nélküli.

Kollarits Jenő dr.

Uj könyvek. *Bock*: Die Diagnose der Herzmuskelerkrankungen. Stuttgart, F. Enke. — *Ebstein*: Die Krankheiten im Feldzuge gegen Russland (1812). Eine geschichtlich-medizinische Studie. Stuttgart, F. Enke. — *Hoffa*: Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. Vierte Auflage. Stuttgart, F. Enke. — *König*: Der Chirurg und sein Schutzbefehlener. Festrede. Berlin, A. Hirschwald. — *König*: Die Schwesternpflege der Kranken. Ein Stück moderner Culturarbeit der Frau. Berlin, A. Hirschwald. — *Klemperer*: Grundriss der klinischen Diagnostik. Zehnte Auflage. Berlin, A. Hirschwald. — *Ewer*: Gymnastik für Aerzte und Studierende. Berlin, Fischer's medic. Buchhandlung (H. Kornfeld). — *Neuburger* und *Pagel*: Handbuch der Geschichte der Medizin. Dritte Lieferung. Jena, G. Fischer. — *Friedmann*: Die Altersveränderungen und ihre Behandlung. Wien und Berlin, Urban und Schwarzenberg. — *Sommer*: Beiträge zur psychiatrischen Klinik. Wien und Berlin, Urban und Schwarzenberg. — *Guttmann*: Medicinische Terminologie. Wien und Berlin, Urban und Schwarzenberg. — *Parent*: Les délires de jalousie. Toulouse. — *Pareur*: Purpura dans l'épilepsie. Paris, Boyer. — *Buret*: Traitement des maladies contagieuses de l'appareil générateur. Paris, Société d'editions scientifiques. — *Vieillard*: Essai de sémiologie urinaire. Paris, Société d'editions scientifiques. — *T. Robinson*: Baldness and greyness, their etiology, pathology and treatment. Fourth edition. London, H. Kimpton. — *H. R. Bigelow*: An international system of electro-therapeutics. Second edition, edited by B. G. Massey. London, H. Kimpton.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

A *pneumonia crouposa* szövődményeképen izolált monarthritist észlelt *Raw* hét esetben. A monarthrit is ötször genyes, kétszer savós izüdmány termelésével járt. Mint kórokozó mindannyiszor csakis a Fränkel-féle *pneumococcus* szerepelt. A legtöbb esetben már genytermeléssel járó szövődmény is forgott fenn (*empyema*, *otitis media purulenta*). A kezelés 5 esetben sebészeti volt, két esetben a megbetegedett izületek külön kezelésben nem részesültek. (British med. Journal. 1901. december 21.)

Benedict.

Járványos hurutos sárgaságnak nevezi *Herbert Peck* azt a sárgasággal járó betegséget, mely f. évi augusztus havában Derbyshire két községének 69 lakóját támadta meg. A betegség fejfájással, levertséggel, borzongással kezdődött. 2–3 nap múlva a temperatura emelkedése közben hányás állott be, melyet 24 vagy 48 óra múlva általános bőr- és nyálkahártya-icterus követett; a temperatura ebben a stadiumban ismét a normalishoz közeledett. Máj érzékeny, de csak ritkán nagyobb, léptumor néhány esetben volt jelen. Székletétél acholiás. Complicáló nephritis egyszer, *pneumonia crouposa* kétszer észleltetett. Egy ízben a betegség az *atrophia hepatis flava* képét öltve, exitus letalishoz vezetett, mely diagnózis a bonczlelet által megerősítést nyert. A betegség, melynek tartamát 10–12 naposnak mondja, egyénről egyénre terjedt; 69 megbetegedett közül 50 férfi és 19 nő volt. A betegek többnyire a 15. és 35. életév között állottak. Szerző nézete szerint a Weil-féle betegség mitigált alakja forgott fenn. (British med. Journal. 1901. december 7.)

Benedict.

Az *extractum suprarenale* vérzéscsillapító hatása, melynek Angliában az *Oliver* és *Schäfer* által közölt physiologiai vizsgálatok már 1895-ben szereztek híveket, *Thelwell Thomas*-nak két igen erős vérzéssel járó sebesülésénél, melyeknél a közönséges styptizáló eljárások nem vezettek célhoz, kitűnően érvényesült. Az eredmények annál méltóbbak a figyelemre, mivel az egyik beteg notorikus haemophilias egyén volt. Az alkalmazás formája abban állott, hogy suprarenalis tablettákat porrá tört és az ezen porral impregnált gaze-csíkokkal tamponált. (Brit. med. Journal. 1901. november 23.)

Benedict.

Húgyszervi betegségek.

Autointoxicatio folytán létrejött fertőző hólyaghurut néhány esetét közli *Bartholomey Guisay* (Athen). Szerző hat esetet közöl, a melyekben más megbetegedésekkel kapcsolatban (*dysenteria*, *gastro-enteritis*, *phlegmonosus erysipelas*, nagyfokú bélsárpangás (2 eset) és lágyéksérv keletkezés) jött létre a cystitis, a nélkül, hogy a betegek valaha gonorrhoeában vagy a húgyutak más infectiosus megbetegedésében szenvedtek volna vagy náluk előzőleg catheterismus vagy másnemű vizsgálat végeztetett volna. Két esetben a vizeletben *micrococcus ureae* találtatott és *bact. coli*, egy esetben *staphylococcus aureus* és *bact. coli*, *staphylococcus albus* és *micrococcus ureae*, valamint tisztán streptococcus és *bacterium coli*. Mind a hat esetben a cystitis minden kezeléssel daczolt mindaddig, a míg a primaer megbetegedés nem gyógyult, csak ezután szűntek meg a hólyagtünetek. Minden esetben autoinfectio volt jelen, a mennyiben a pathogen mikroorganizmusok a bélből a véráram útján és a vesék közvetítésével jutottak a hólyagba, vagy pedig közvetlenül a hólyagfal hajszáledényeiből a hólyag lumenébe. (Ann. des mal. des org. gen.-urin. 1901. 9. füzet.)

Ráskai dr.

Húgycsőtályog illetve húgycső körüli genyedés esete, a húgycső sérülése nélkül, czímén közöl egy idegen tanulságos kóresetet *Delafosse*. A húgycsőben székelő mikrobák ép húgycsőben ugyan nem hatolhatnak át, de kórosan elváltozott mucosán, a melyen a húgycső szűkület mögött majdnem szabályszerűen található, igen könnyen vándorolhatnak ki. Így keletkeznek a vizelet minden részvéte nélkül, periurethralis fertőzések és genyedések, a melyek mindeddig tévesen neveztettek húgybaccussoknak. Egy ilyen periurethralis infectio a húgycső folytonosságának megszakítása nélkül észlelt szerző egy orvosnál. Beteg veszületett húgycsőszűkület miatt gyermekkor óta igen gyakori és lassú, fájdalmas vizeletben szenvedett, közben heveny vizeletrekedések is voltak. Belső húgycsőmetszés és ezt követő tágitó kezelés folytán évekig tartó javulás állott be. Lassankint azonban a szűkület újra fejlődött és vele visszatértek a régi szenvedések is, egyben a penis is megvastagodott és keményebbé vált, alsó felületén pedig egy daganat keletkezett, a mely galambtojás mekkorúságot ért el. Ezen daganat megnyitásánál mintegy 200 gm. sűrű geny ürült. A pontos vizsgálat kiderítette, hogy ezen tályog a húgycső folytonosságának minden megszakítása nélkül keletkezett. (Ann. des mal. gen.-urin. 1901. 10. szám.)

Ráskai dr.

A *perinealis subtotalis prostatectomiáról* tartott előadást *Albarian*. A prostatatülmegs gyökeres műtétí módjával a subtotalis perinealis prostatectomiát ajánlja, melyet hat hónap alatt 14 betegnél végezt, a nélkül, hogy csak egy beteget is elvesztett volna. Mindezen esetekben már előrehaladt húgyfertőzés mellett az általános állapot is meg volt támadva. 11 beteg teljesen gyógyult. Ezek közül négy, idült, teljes húgyrekedésben szenvedett, a melynek tartama négy hónaptól öt évig terjedt, két esetben két hetenként ismétlődő teljes húgyrekedés állott fenn, öt esetben pedig 150–500 grammig terjedő maradék vizelet volt, a mely miatt a betegek napjában többször csapolták magukat. A mi a műtétí technikát illeti, azt előadó következőképen végzi: Az egyik ülőcsontgumótól a másikig terjedő praerectalis metszést csinál, felkeresi a húgycső bulbusát és hártás részét, egész a prostata széléig különválasztja a rectumot, melyet egy külön e célra készült kanálszerű tartóval rögzít. Ha a levatores ani zavarólag hatnak, egy ollócsapással elválasztatnak, a mi azonban csak ritkán szükséges. A prostata tokja ezután bemetszetik és a mennyire lehetséges, leválasztatják. A prostata kihámozása ugyanis Nicoll utasítása szerint tokalatti (subcapsularis). Az extracapsularis kiirtás sokkal veszélyesebb. A tok leválasztása után Albarran a prostatát a húgycső alsó falán vezetett metszéssel ketté hasítja, a metszést a hólyagnyakig vezeti ennek megsértése nélkül. Ezután ollóval a prostata mellősi suburethralis részleteit választja le azokat kiirtva, mutató ujját a hólyagba vezeti és a prostata többi részleteit távolítja el. A prostata tokjának leválasztása és a hólyagnak az ujjal való gondos kitapogatása az eljárás biztonságát növelik és útját állják a nagyobb vérzéseknak. A kiirtás után a húgycsövet összevarrják, előlő sebszélén kis nyílást hagyva, melyen át dráint vezetnek a hólyagba. Ezen perinealis drainage Albarran szerint igen fontos. Albarran a leírt műtétet mindazon esetekben tartja javalltnak, a melyekben sem nagy elgenyedés nincs, sem a vese komolyan nem beteg és az általános állapot sem nagyon rossz. (Ann. des mal. des org. gen.-urin. 1901. 7. sz.)

Ráskai dr.

Bőrkórtan.

Scleroderma thiosinaminnal való kezeléséről értekezett *Galewski*. A thiosinamint Hebra ajánlotta 1899-ben. *Galewski* a scleroderma három esetében (kettő körülírt, egy diffus) kísérletezett. Az injectiókat a Neisser által ajánlott oldattal (Thiosinamin 1-0, Glycer. 2-0, Aquae d. 20-0) másodnaponként végezte. A solutio töménységében egész 20:100-ig emelkedett. A betegek az injectiókat a vele járó, de rövid ideig tartó fáj-

dalom daczára jól tűrték. Egyik körülírt scleroderma esete gyógyult, a másik lényegesen javult, a harmadik (diffúz) eset, hol sclerodactylia is volt jelen, annyira javult, hogy a beteg irtóki foglalkozását folytathatja. (Német term. vizsgálók és orvosok 73. gyűlése. Ref. Dermatol. Zeitschr. 1901.) Poór.

Újszülöttek purpurájáról ír *Queirel* s aetiologiai momentumát az infectiót veszi fel, szemben a régi felfogással, a mely a vér nagyobb folyékonyságával iparkodott azt magyarázni. Mint példáját az infectiónak felhozza a heredo-syphilitikus gyermekeknél tapasztalt purpurát. (Marseille méd., 1901. május 15.) Poór.

Lupus erythematodes hét eseténél alkalmazta *Sjöberg* a Röntgen-sugarakat. A hét eset közül négy teljesen gyógyult, míg egy eset refractaer viselkedett az eljárás iránt, két esetről még nem mondhat véleményt. Recidivák minden esetben beállottak, de az eljárásnak 1-2-szer való ismétlése mellett a teljes gyógyulás állott de. (Német term. vizsg. és orv. 73. gyűlése.) Poór.

Nyálkahártyasecretumok, vizelet vagy faeces behatása ellen védő kenőcsalapanyagot ajánl *Honcamys*: Zinci oxyd. Ceræ alb. aa 3-0, Benzín qu. s. f. past. moll. E paszta vízben oldhatatlan, míg benzinnel könnyen eltávolítható s az említett anyagok behatása ellen jól véd. (Ref. Dermat. Zeitschrift, 1901. 597. 1.) Poór.

Orr-, torok- és gégebajok.

Az alsó orrkagyló kettős voltát figyelte meg *Sturmann* egy a jobboldali Highmor üreg empyemájában szenvedő betegnél. Úgy a jobb, mint a baloldali orrüregben két, egy eléggé széles barázdától elválasztott alsó orrkagyló volt jelen. Ily rendellenességről még eddig senki nem tett említést az irodalomban. Szerző véleménye, hogy ez esetben fejlődési rendellenességgel állunk szemben. A három-négy hónapos foetusnál ugyanis az alsó orrkagyló egy felfelé görbülő nyúlványnyal bír, mely az emlős állatok kettős kanyarulattal bíró orrkagylójára emlékeztet és a fejlődés későbbi időszakában egészen eltűnik. (Berliner klinische Wochenschrift, 1901. 28. szám.) Tócsilgyi Elemér dr.

Az orrjárat hátsó nyílásának veleszületett csontos elzáródását *Boulay* két esetben észlelte és műtéttel mindkettőnél eltávolította az akadályt.

Az elzáródás e faja, bár lehet két oldali, rendszerint csak egy, még pedig a jobb oldalra korlátozódik. Az orrüreg tökéletes elzáródása esetén gondoljunk erre az eshetőségre is. A diagnoszt biztositja a sonda, a melylyel a csontos hátsófal kitapintható, mindazonáltal ne mulasztjuk el a rhinoscopia posteriori sem; mindkét orrüreg elzáródásának az esetén az orrban más elváltozások is találhatók, u. m. az orrsövény elhajlása, az orrüreg atresiaja stb.

A féldoldali elzáródásnál cocain vagy bromæthyl érzéstelenítés mellett, elektromosság által hajtott körfűrészszel nyílást készítünk a csontosfalon és ezt mindjárt curettel megnagyobbítjuk. A műtét végeztével gaz-zel tamponálunk, nem annyira a vérzés ellen, mint inkább a nyílás nyitva maradásának a czéljából.

A kettős elzáródás esetén czélszerűbb a helybeli érzéstelenítés helyett a chloroformnarcosis.

Az esetleg akadályt képező sővény, tövis vagy lécz, megnagyobbodott orrkagyló reszécaltatik, azután, mint a féldoldali elzáródásnál, úgy itt is körfűrész avagy véső és kalapács segítségével elkészítjük a, nyílást. Miután széles nyílás készitendő, attól sem kell visszariadni hogy esetleg az orrsövény hátsó széléből is lemetszük egy körülbelül fél centiméternyi darabot, ez semmi hátránnyal jární nem fog. (La Presse médicale, 1901. október.) Tócsilgyi Elemér dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A dermiolt *Bodenstein* 42 esetben használta. Tapasztalatai szerint e szer megbízható, ártalmatlan hypnoticum, a mely minden kellemetlen mellékhatástól mentes s a melyet úgy felnőttek, mint gyermekek jól tűnnek. Az adag egyszerre 0.5-3.0 gramm este bevéve, vagy pedig a délutáni és estéli órákra elosztva 4-szer 0.3-0.5 gramm. A hatás 1-2 óra múlva következik be. Minthogy mérgező vagy cumulativ hatástól nem kell tartani, elgyengült egyéneknek is egész bátran használható. (Deutsche Ärzte-Zeitung, 1901. 19. füzet.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat. 1902. 9. szám. *Gläser J. A.*: Kell-e orvosolnunk a lázat, s ha igen, hogyan? *Mátrai Gábor*: Adatok a vasnak befolyásáról a vérképződésre. *Aczél Károly*: Orvosi „első segély” (mentő)szekrény. *Liszt Nándor*: Népies gyógymódok és babonák Hajdumegyében.

Magyar orvosok lapja. 1902. 9. szám. *Rothbart József*: A panaritiumok és azok kezelése. *Torday Ferencz*: Gelatina-beöntésre gyógyult melaena neonatorum.

Orvosok lapja. 1902. 8. szám. *Rottenbiller Ödön*: Modern chemiai ismereteink értékesítése az orvosi gyakorlatban. *Plesch János*: A tüdővész gyógyszeres kezelése.

Wiener medizinische Wochenschrift. 1902. 9. szám. *Goldzieher*: Adatok a trachoma terápiájához. *Glück*: A Profeta-féle törvény. *Bárány*: Egy új cellulosedús kenyér és használata bélrenyveségnél, elhízásnál és diabetsnél. *Hammerschlag*: A csecsemőújtvány heveny megbetegedései és sebészi kezeléseik.

Wiener klinische Wochenschrift. 1902. 9. szám. *Daminos és Hermann*: Halálos utóvérzés tonsillotomia után. *Körilírt gáztályog* képződése gelatina bőr alá fecskendezése után. *Jehle*: Typhus-bacillusok kimutatása typhusbetegek köpetében. *Fuchs*: Klinikai tapasztalatok az alboferinről. *Meyer*: Az izommerevség keletkezése tetanusmérgezésnél.

Wiener medicinische Presse. 1902. 9. szám. *Neumann*: A primaeraffectio szokatlan helye a bőrön és a nyákhártyán. *Bonne*: Az eczema seborrhoicum klinikai jelentősége. *Stuparich*: Periostitis albuminosa esete.

Berliner klinische Wochenschrift. 1902. 9. szám. *Sachs*: Létezik-e egységes alexinhatás? *Sievers*: Az arteria mesenterica superior emboliája. *Schaeffer*: Az alkohol mint közdesinficiens. *Kobrak*: A csecsemőtej sterilizálása lehetőleg alacsony hőmérsék mellett. *Salkowski*: Nephritis syphilitica acuta praecox nagyfokú albuminuriával. *Straus*: A Veseműködés élet- és kórtana.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1902. 9. szám. *Israel*: Vesekólika, vesevérzés és nephritis. *Ekgren*: A nephritikusok vizeletének fehérjetartalma massage befolyása alatt. *Seeligmann*: A pruritus vulvae aetiologiaja és terápiája.

Centralblatt für innere Medicin. 1902. 9. szám. *Sommer*: Dyspepsiás zavarok összefüggése a női nemi szervek megbetegedéseivel. *Spiess*: Az anaestheticumok gyógyító (lobellenes) hatása.

Centralblatt für Gynäkologie. 1902. 9. szám. *Wertheim*: Megjegyzések Winter cikkére a rákstatistika principiumairól. *Brennecke*: A német bábatanítóknak és gyermekágyas-menhelyek igazgatóinak egyesülete. *Mueller*: A parametritis posterior bélmegbetegedés.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 46. kötet, 2. füzet. *Feisel*: Az ureter, főleg a pars pelvina ellátása ütőeres vérrrel. *Kien*: A parotis sajátos duzzadásának két esete újszülötteknél. *Ihm*: A méhenkívüli terhesség terápiájához. *Freund*: A bővített Freund-műtét méhráknál. *Bucura*: A ligamenta rotunda megrövidítése vaginalis úton. *Winkler*: A deciduoma. *Lomer*: Ismétlődő abortusok kezelése. *Burekhard*: A drainezés laparotomiák után.

Gazette hebdomadaire. 1902. 17. szám. *Lobligeois*: A diphtheria lefolyásában jelentkező erythema scarlatiniforme és scarlatina diagnosa. 18. szám. *Berger*: Az olecranon-törések kezelése és az olecranon varratának új módja.

Le progrès médical. 1902. 8. szám. *Rothschild*: A csecsemők táplálása sterilizált tejjel. *Grasset*: A kezdődő tüdőgümőkór és bizonyos arthritikus localisatiók megkülönböztető diagnózisának nehézsége. 9. szám. *Koenig*: A corpus ciliare és az iris melanosarcomája. *Ferraz*: Syphilitikusok gyógyítása kénfürdőkben.

La semaine médicale. 1902. 9. szám. *Juvara*: A regio lumbaris topographiaja a lumbalis punctura való tekintettel.

Journal médical de Bruxelles. 1902. 9. szám. *Moreau*: Az oxydasok. *Isabeau*: A hereburok gangraenájának kezelése oxygenes vízzel. *Bernard*: A psoriasis kezelése.

British medical journal. 1902. március 1. *Lauder Brunton*: Gyomorfekélyben szenvedők táplálása. *J. Adam*: Az orvosi diagnosztika és a modern felfedezések. *J. Ward Cousins*: A nyelv veleszületett cystái. *W. Mc Adam Eccles*: A tökéletlen hereleszállás boncz-, élet- és kórtana. *W. F. Brook*: Új módszer a peritoneummal elbárást illetőleg sérvműtöteknél. *J. Lockhart Livingston*: A jejunumnak erőszak okozta rupturája külső sérülés nélkül. *E. Percy Paton*: Oophorektomiával kezelt inoperabilis emlőscirrhus két esete. *E. A. Peters*: Öt év múlva kiújult scirrhus 93 éves betegnél; javulás. *F. Vicars*: Bronchorrhoea foetida kezelése prolongált oxygen-belégzéssel. *J. W. Taylor*: Enuresis kezelése nőknél. *W. T. Freemant*: Generalizált vaccinia. *G. H. Brand*: Az eclampsia puerperalis kezelése. *J. B. Kerr*: Az appendixről a mesenterium felé húzódo köteg okozta bélelzáródás. *W. A. Stewart*: Gyomorfekély átfúródás esete. *R. C. Bailey*: Tömény sósav nyelésének következményei.

The lancet. 1902. I. 8. szám. *Ch. Powell White*: A daganatok általános kórtana. *J. C. Thresh*: A „Metropolitan Asylums Board” kórházajói és a himlő elterjedése. *W. Arbuthnot Lane*: A hasadt szájpádlás. *A. Ogston*: Celluloid meggyulladás okozta égett sebek. *Lavrie Hugh Mc Gavin*: Az epehólyag echinococcus. *W. Findlay és J. Wamman Findlay*: Tetanus revaccinatio után. *J. N. Cotterill*: A térisület „internal derangement”-jének 15 műtett esete. *Sidney Phillips*: Rheumatismus mint az orrvérzés oka gyermekeknél. *Ch. Goring*: A lelenzügy Franciaországban. *H. Taylor*: Cheloid esete. *J. Davies*: Az acites csapolásának gyakori ismétlése. *E. E. Lastlett*: Cancrum oris mindkét oldalon. *W. Murrell*: A pylorus carcinomás ulcusa. *Saundby és J. W. Russell*: Idült cyanosis rejtélyes esete.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. március 9.

Meghívó a magyar orvosi könyvkiadó társulat évi közgyűlésére. A magyar orvosi könyvkiadó társulat évi közgyűlését f. é. március 10-én 24-dikén d. u. 5 órakor a budapesti kir. orvosegyesület helyiségeiben fogja tartani. Tártyak:

1. Titkári jelentések a társulat működéséről.

2. A múlt évi közgyűlés által a pénztár megvizsgálására kiküldött bizottság jelentése.

3. Az igazgató tanács egy harmadának megválasztása az alapszabályok 17. és 18. §§-ai értelmében.

4. Háromtagú bizottságnak megválasztása a pénzkészítés megvizsgálására az alapszabályok 36. §-a értelmében.

Midőn az igazgató tanács meghagyásából a társulat t. tagjait ezen közgyűlésre meghívni szerencsém van, egyszersmind megjegyzem, hogy azon tagok, kik a gyűlésen személyesen meg nem jelenhetnek, szavazataikat a titkársághoz (V., Sas-utca 16. sz.) írásban is beküldhetik. A jelenleg kilépő igazgató tanács tagok a következők: budapestiek: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Klug Nándor, Korányi Frigyes; vidékiek: Mann Jakab, Purjesz Zsigmond, Tauscher Béla, Tóth Imre. Budapest, 1902. évi március 6-dikán. *Koller Gyula* dr. első titkár.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kiutatása szerint az 1902-dik év 8. hetében (1902. február 16-dikától február 22-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1902-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751,177, katona 16,484, összesen 767,661. Elve született 503 gyermek, elhalt 249 egyén, a születések tehát 254-el múltak felül a halálozásokon. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 34.1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 16.9, az egy éven felüli lakosnál: 13.9, az öt éven felüli lakosnál: 11.3 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 3, pertussis 1, morbilli 7, scarlatina 3, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 11, apoplexia 6, eclampsia 12, szervi szívbeteg 14, pneumonia 24, pleuritis 1, pneum. catarrh. 6, bronchitis 6, tuberculosis pulmonum 40, enteritis 11, carcinoma 17, ezek közül méhrák 1, egyéb újképletek 3, morbus Brightii et nephritis 15, veleszületett gyengeség 12, paedatrophia 0, marasmus senilis 7, erőszakos halálos eset 7, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 6, bal- és jobbkezes 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 3142 beteg, szaporodás e héten 907, csökkenés 983, maradt e hét végén 3066 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi február 19-dikétől február 26-dikáig terjedő 8. héten a tisztai főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 39 (35), diphtheria, croup 21 (22) hagymáz (typhus) 3 (3), kanyaró (morbilli) 212 (165), trachoma 10 (8), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 17 (18), orbáncz (erysipelas) 19 (18), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (0) járv. fültőmirigylob (0), ezenfelül varicella 38 (51).

|| **Szüneti orvosi cursus.** A folyó évi június hó 2—14-én a budapesti tudományegyetem orvosi karának tanárai és magántanárjai által tartandó VIII. szüneti orvosi cursuson a következő előadások és gyakorlatok lesznek: belgyógyászat: Jendrassik Ernő ny. rk. tanár; sebészet: Dollinger Gyula ny. r. tanár; szemészet: Schüle Vilmos ny. r. tanár; nőgyógyászat: Tóth István magántanár; elmekurát: Moravcsik Ernő Emil ny. r. tanár; gyermekgyógyászat: Bókay János ny. rk. tanár és Szontágh Félix magántanár; bujakortan: Róna Sámuel ny. rk. tanár; bőrkortan: Nékám Lajos magántanár; fülészet: Krepuska Géza magántanár; gége- és orrbetegségek: Irsai Arthur ny. rk. tanár; fertőző bajok: Gerlóczy Zsigmond magántanár; fogászat: Árkövy József ny. rk. tanár.

A részletes órarendet husvét után fogjuk kiadni. Felvilágosítást addig is készségesen ad: Grósz Emil ny. rk. tanár, titkár (VIII. ker., Reviczky-tér 5.).

✓ **A Semmelweis-emlékalap javára** eddig befolyt összegek csoportosítása országok szerint. *Magyarországból:* Adományok 21,130 kor., kamatokból 8,756.24 kor., összesen 29,886.24 kor. *Külföldről:* Németország 5312, Anglia 2244, Ausztria 1540, Oroszország 1098, Svéd- és Norvégország 750, Franciaország 628, Svájc 490, Amerika 366, Hollandia 216, Dánorság 212, Szerbia 105, Belgium 100, Olaszország 52 kor., összesen 13,162 kor. Főösszeg 43,048.24 kor. Kiadás: 7163.24 kor., marad 35,885 kor. Budapest, 1902. január 1-jén. *Elischer Gyula* dr., mint a v. b. pénztárosa.

× **Műkiállítás a budapesti orvosszövetség védnöksége alatt.** Tisztelettel felkérem a műkiállítás iránt érdeklődő t. kartárs urakat, hogy bejelentéseiket — mind a kiállítandó műtárgyak, mind a rendező bizottsághoz való belépésre nézve — folyó hó 20-dikáig mulhatlanul beküldeni sziveskedjenek. *Elischer Gyula* dr., a v. b. elnöke.

+ **Barabás József** dr.-t a belügyminisztérium ideiglenes vezetésével megbízott miniszterelnök a marosvásárhelyi m. kir. állami kórházhoz másodorvossá nevezteti ki.

⊕ **Okleveleiket január hóban** a főorvi hivatalban bemutatták: Heiszermann Alajos dr., Szőnyi Dezső dr., Guttmann Vilmos dr., Veress András dr., Szili Jenő dr. és Gergő Imre dr. egyetemes orvosdoktorok és 18 szülész.

— **Gyógyszertári hírek.** Személyi jogú gyógyszerár engedélyeztetett. Balatonfővári (Veszprém vármegye) Nádasdi Sárközy József részére. *Fiókgyógyszertár engedélyeztetett.* Vulkán, Lepényi fiókja (Hunyad vármegye) Csucs Lajos részére. Személyi jogú gyógyszerár átruházása történt: Arad (Szt.-István) Rozványi Györgyről Krebsz Géza. Csurgó (Megváltó) elhunyt Plachner Emánuel jogát Kovács Gyulára. Moór (Órángyal) Girsik Géza. Fleisch Emilre. Megváltó személyi jogú gyógyszerári jog

¹ A kiadásokban szerepel a magyarországi adakozásokból fedett sereplék.

adományoztatott. Szirák (Nógrád vármegye), (Reményhez) Réta János részére. *Redljógyú gyógyszerár vételek történet:* Budapest (Szt.-István), Tóth János és neje Tóth József, Dunaszerdahely (Magyar Cziper), Jelenik Lászlótól Bobok Géza. Liptó-Szt.-Miklós (Magyar Cziper), Geffert Dezsőtől Balló Ferdinánd. Miskolc (Arany Sas), dr. Resofszy Emiltől a Borsod-miskolci Hitelbank. Szigetvár (Magyar Korona), Salamon Gyulától Salamon Jenő.

□ **University Extension.** A népszerű főiskolai tanfolyam központi bizottsága f. é. február 28-dikán ülést tartott, melyen megállapította ügyrendjét s tanulmányi rendjét, melyek biztosítékot nyújtanak, hogy az előadásokat főiskolai színvonalon fogják tartani. A természet-tudományi társulat s a Szabad Lyceum közreműködésével előkészített, de a központi bizottság által megállapított sorrendet még a tavasz végén közrebeszálják, a működést pedig jövő őszkor kezdik meg.

△ **Országos Orvos-Szövetség.** Az Országos Orvos-Szövetség igazgató tanácsa 1902. február 23-dikán ülést tartott, melyen a folyó ügyeken kívül alapos megvitatás tárgya volt a vagyonszámba vétel kórházi ápolása. A kérdést a novemberi ülésen a szabadkai fiókszövetség vette fel, a mennyiben a szabadkai kórházban a betegekkel külön orvosi honorariumot is szednek.

Az igazgató tanács kimondotta, hogy köz-kórházakban vagy nyilvánossági jelleggel felruházott kórházakban — a belügyminisztérium által az 1876. XIV. t.-cz. értelmében megállapított legalacsonyabb díjazástól felvett betegért, akár ő maga, akár más alap fizeti ápolási költségeit: külön orvosi honorarium sem nem követelhető, sem nem fogadható el s a ki ezt mégis teszi, etikai vétséget követ el.

A megokolás szerint a köz-kórházak orvosai közhivatalnokok lévén, külön díj szedését már a büntető törvénykönyv is tiltja. De a legtöbb köz-kórház alapszabályaiban külön benne is van. Így pl. Budapest székes főváros köz-kórházai alapszabályainak 35. §-a egyenesen kimondja, hogy „bejáró betegekért, valamint a kórházban fekvő betegekért díjakat — bármely cím alatt — kikötni vagy követelni, sőt elfogadni is legszigorúbban tiltatik”.

A magasabb díjtételű külön osztályokra felvett betegekkel szemben követendő eljárás tekintetében az igazgató tanács nem jutott megállapodásra, hanem elhatározta, hogy az ülés elé terjesztett referatumaikat hivatalos lapjában közlésezi s így alkalmat nyújt a fiókszövetségeknek, hogy a kérdéshez hozzászóljanak s csak azután fog dönteni.

† **Elhunyt Major Antal** dr. a gyöngyösi m. kir. állami főgymnasiumnál a közegészségtan tanára f. hó 1-jén hosszas szenvedés után. *Adler Mór* dr. nyugalmazott járásvorvos és a budapesti egyetem jubilaris doktora Érsekújvárott 79 éves korában. Kitűnő képzettségű, jó szívi, áldozatkész collega és emberbarát volt, ki mindig fáradhatatlanul szolgálta nehéz hivatásában az emberiséget. Temetése f. hó 4-dikén ment végbe a város és a vidék lakosságának nagy részvétele mellett. *Adler Nándor* dr. budapesti gyakorló orvos édes atyját gyászolja az elhunytban. *Kaposi Mór* dr., a bécsi egyetemen a bőrgyógyászat ny. r. tanára f. hó 6-dikán 67 éves korában. Az elhunyt magyarországi születésű volt, élete folyamán közéletéről fogunk megemlékezni.

P-i-A-d. **Lapunk jelen számához „Egy új chinin-készítményről”** című különnyomat van csatolva, mely Dr. James Silberstein bécsi gyak. orvos és Neumann tanár, udvari tanácsos klinikai assistensének cikkét tartalmazza. Ezen chinin-készítmény egyedüli gyárosa: H. Nanning gyógyszerész, s'Gravenhage (Hollandia).

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

A pesti izr. hitközség kórházának **Röntgen-laboratoriumában** átvilágítás, képfelvétel és gyógykezelés hétfőn, szerdán és szombat d. e. 10—11. Laboratóriumvezető: **Simonyi (Schwarz) Béla** dr., a kórház v. alorvosa. Lakik: V., Hold-utca 25.

A fogászatból és fogtechnikából, valamint annak egyes ágazataiból (arany-, porcellán-tömések, korona- és híd munka, fémtechnika) kurzusokat ad **Bauer Samu** dr., Budapest, IV., Deák Ferenc-utca 15.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kén- és szulfidforrás, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedén czeiben az ásványvíz naponta négyszer megújul, **lokalis iszaporogatások.** Mindenféle gyógy- és áldító-fürdők. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját főzében. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (VIII. rendes ülés 1902. márczius 1-sején.) 178. l. — Közkórházi orvostársulat. (I. bemutató ülés 1902. január 15-dikén.) 180. l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete (VIII. rendes ülés 1901. november hó 28-dikán.)

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VIII. rendes ülés 1902. márczius 1-sején.)

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

Elnök az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri **Heim Pál**, **Prvish Kornél** és **Grósz Gyula** kartársakat.

Középfülgyulladás kíséretében keletkezett szemizombénulás.

Török Béla: Az eddig állítólag egészséges betegnél múlt évi december hó közepén heveny középfülgyulladás lépett fel heves fájdalom kíséretében; 8-dik napon spontan perforatio után lényeges megkönnyebbülés. Néhány nap múlva ismét rosszabbodás áll be, a fájdalmak nagyobbak és gyötrő fejfájások lépnek fel. Január elsején hirtelen erős szédülési rohamok, majd két-három ízben hányás jelentkezik; fejfájás, szédülés következő napokon kissé megszűntek, január 10-dikén veszi észre, hogy látása elhomályosodott és kettősen lát. A szemklinikán baloldali abducens bénulást constatalnak. Fülbajával január 21-dikén kerül kezelés alá, a hallójárat sűrű genyes váladékkal leperve, a dobhártya belővelt, duzzadt, elülső alsó quadransban kis perforatio, melyben élénk pulsatio látható, dobhártya hátul felül erősen elődomborodik, ugyanitt a hallójárat fala mérsékelt süllyedést mutat, a csacsnyújtványon infiltratio nincs, de nagyfokú nyomási érzékenység, W. balfelé lateralizált, R. ugyanitt, csontvezetés nincs lefokozva, légzésnél a mély hangok perceptioja erősen lefokozott, magas hangoké alig; sügött szavakat 0.2–0.3 m.-ről hallja. Rombergnél csekély zúgás, kistökű szédülés. Szemmozgások egyébként szabadok, csak balfelé nézésnél a bal szemteke a szemzúgtól 2–3 mm.-re visszamarad, nystagmus nincs, pupillák egyenlők, prompte reagálnak, szemfenék ép. Orr ép. Bő incisio a dobhártyán, forró cataplaszmák. Másodnap fejfájások, fájdalmak a fülben csaknem teljesen megszűntek, profus gyenyedés, a következő napokon tartós javulás; ötödik napon a hallójárat süllyedése eltűnt, a nyomási érzékenység a csacsnyújtvány basisának kis részére szorítkozik. Ugyanezen idő alatt az abducens bénulás is szemlátomást javult, kilencedik napon beteg újságot olvas. Január 30-dikán kettős látás csak 2–3 m. távolságból. Február 15-dikén a fülgyenyedés már napok óta megszűnt, rectus stb. működése ép. Hallás 3.5. Jelenleg panaszai nincsenek, hallása közel normalis.

Az irodalomban kevés eset található, melyben intracranialis complicatio valló tünetek nélkül lép fel otitis kapcsán szemizombénulás és ezek egy részében sem zárható ki teljesen sinus thrombosis vagy meningitis. Jelen esetben intracranialis tüneteket nem talál, az átmenetileg fellépett szédülést és hányást a heves középfülgyulladás és genyes retentio mellett labyrinthtűnetnek kell tartania. Lues, hysteria, tabes kizárható és így a bénulás accidentalis voltának lehetősége esik. Ha ezek után összefüggést kell keresnie a két bántalom között, legvalószínűbbnek tartja, hogy a lobfolyamatnak valamely a koponyáüregén kívül haladó úton való tovaterjedése a sziklacsont csúcsánál lefutó abducensre okozta a bénulást. Ilyen út lehet a sziklacsont pars petrosájában vagy a canalis caroticuson. Talán ezen utaknak bizonyos anatómiai praeformatioja segítheti elő a lobfolyamatoknak ezen szokatlan irányban való propagálását. Végül felemlíti, hogy Urbanschtsch hajlandó ilyen eseteket reflexbénulásnak felfogni.

Krepuska Géza: Bemutató felfogása ellen, hogy a lob a csont pars pyramidalis mentén terjedt volna fel a koponya alapjára és így érte volna az abducens, fel kell hoznom, hogy a fülbántalom teljesen meggyógyult és így a csontlob, mely mint osteomyelitis jelentkezett, valamely elváltozást hagyott volna vissza, mely beavatkozást tett volna szükségessé, de mert ez nincs meg, hajlandó volnék olyan összefüggés felvételére a milyen pl. a diphtheriás megbetegedés és diphtheriás hűdés között van. Egy esetben pl. genuin diphtheria volt a fülben és hasonló bénulás lépett fel. Nem tudom, vizsgálták-e a genyet bacteriologicce. Az a felfogás is szóba jöhet, hogy labyrinthitis (Menière) forog fenn és a labyrinth gyuladása folytán subarachnoidealis a folyamat és csak egy lépés, hogy az acusticus révén átmenjen a koponyáüregbe és mint neuritis folyjon be. Egy hasonló esetben, melyet Korányi Sándor és Jendrassik is láttak, labyrinthitist kellett supponálni és ehhez esatlakozott abducens bénulás. Agytályog, sőt meningitisre is kellett gondolni, a lumbalunctio (Winternitz) azonban negatív volt. Folyton észlelés alatt tartottuk a beteget, várva a beavatkozás időpontját, de abducens bénulás egyszerre csak javulni kezdett és a genyben a stapes talpát megtaláltam, jeleül, hogy csakugyan labyrinthmegbetegedés volt. A beteg meggyógyult, de hallóképessége ezen a fülén = 0. A bemutatott esetben is hajlandó vagyok labyrinthitist felvenni, melynek kapcsán neuritis ascendens lép fel a VIII-dikon és átmeny a VI-dikra. A hangvezető falának duzzadása, mely egy ideig fennállott, fontos tünete csacsnyújtványgyenyedésnek, de ilyenkor át szokott törni; de a bemutatott esetben csak dobóri lob lehetett jelen. Az eset mindenenesetre igen nagy raritás.

Sugár K. Márton: Az eset méltatása felfogás dolga. Előadó kiemertette themáját, a mennyiben az irodalmi adatokat kellően felhasználta. Nem szükséges azonban accidentalis keletkezést felvenni, mert az eset bonczatanilag magyarázható a Habermann esetének analogiájával, hogy a n. abducens az os petrosus végén bevonatott a kóros folyamatba. De viszont Krepuska felfogását is támogatathat és e végből arra emlékeztetek, hogy a Menière-baj kezdetén sokszor nystagmus lép fel, a mi Hőgyes tanárnak a világirodalomba átment leletével magyarázható, hogy u. i. a nervi vestibulares izgatása, illetve bénulása által nystagmus támad. Ha tehát labyrinthitis suppurativára gondolunk, akkor is magyarázható az abducens bénulás.

Előadó nem domborította ki kellőleg, hogy csakis a sinus cavernosus thrombosisánál találunk VI. bénulást, mely a VIII. bénuláshoz társul és mely úgy keletkezik, hogy a thrombus mint idegen test a sinus cavernosus szomszédságában futó idegekre mechanikus nyomást gyakorol.

Hőgyes Endre: Az eset leírása és a vele közölték alapján az a benyomás keletkezik, hogy itt a VI. bénulást csakugyan a labyrinthbántalom okozta, az ampullaris végeknek izgatása, de lehet bénulása is. A labyrinthbeli bénulás vagy izgatás folytán fellépett reflex tonus okánál egy körülményre kell figyelemmel lenni és ez az, hogy valahányszor a labyrinthból reflex-izgalom megy, vagy reflex úton kiesik a tonus, sohasem egyoldali, hanem mindig kétoldali a tünet. Ebben az esetben a diplopiát csak az egyik szemem vizsgálta, kérdés, nem volt-e a másik szemem is baj; mert ha igen, ez labyrinthmegbetegedés mellett szólna, mert minden ampullától két szemizomba megy reflex-tonus, mindkét oldalról az antagonistákhoz. Itt a horizontalisból megy a rectus medialis és a rectus lateralis. Az egész szabályosan megy, hogy a 6 ampullának 12 cristája reflex úton izgatja a 12 szemizmot és mint klaviron követi a 12 szemizom az ampullák hydrostatikus játékát, hogy az egyensúlyozza a vízszintes és függőleges helyzetben a szemet az éles látás biztosítása végett, hogy a tárgyakat az egyén mozgás nélkül lássa járás-keles közben. Differentialis diagnosis végett mindig mindkét szemet kell vizsgálni, mert izolálva a bénulás, az izalmi jelenség a labyrinthból nem támad.

Török Béla: Hogy a bántalom a labyrinth felől terjedt volna az abducensre, azt nem tartja valószínűnek. A labyrinth részéről fennállott tüneteket, azt hiszi, itt mint a középfül felől fennálló nyomási vagy hyperaemiás tüneteket lehet csak felfogni, mert bajos elképzelni, hogy a labyrinth-tünetek lecsendesülése után pár nappal, ha azok labyrinthitis által voltak feltételezve, ne találunk vizsgálatnál a labyrinth részéről semmi elváltozást. S talán a meningealis tünetek hiánya sem szól a mellett, hogy a lobfolyamat intracranialis terjedt volna az abducensre. A sinus cavernosus thrombosisal végezni vélt, midőn felemlítette, hogy sinus thrombosisra a tünetekből gondolni sem lehetett.

A Barlow-kór esetének bonczolása.

Grósz Gyula: Kötelességének tartja, hogy a múlt héten bemutatott Barlow-kór esetének további sorsáról a t. orvosegyesületnek referáljon.

A gyermek állandóan magas lázban, apathikusan feküdt, csak kevés táplálékot vett magához, pulsusa igen szapora, könnyen elnyomható volt, alig számlálható. A gyermek folyton gyengült és vasárnap este meghalt. Kedden reggel végeztetett a klinikai bonczolást, melyről Preisz tanár lesz szíves beszámolni. Kiterjedt koponyacsonttörést találtak; a jobb falcsonton nagy behorpadás volt és annak megfelelőleg agyrongcsolás. Belső szervekben lényeges elváltozás nem volt, de annál feltűnőbbek a végtagok csontjain talált elváltozások. A bal felkarcsonton gyógyult törés, a bal csombesont diaphysise az alsó epiphysisről le volt válvá; a bal tibia alsó harmadában részsütös törés. Azonkívül el volt törve a jobb radius, de spontan gyógyulást mutatott, ugyancsak a jobb csombesont is, a melynek alsó epiphysise szintén el volt különítve a diaphysistól. A csontokon mérsékelt rhachitis. Kétségtelennek látszott, hogy a gyermek koponyája ütést vagy ütődést szenvedett, a minek következtében a koponyatörés létrejött. Ennek alapján a törvényszéki bonczolás elrendelését kértük, a melyet tegnap Minich kartárs végzett. Annai bizonyos, hogy a koponyacsonttörés és a végtagokon levő csonttörések különböző időben történtek; vajjon hogyan jöhettek létre ezek, annak fejtegetésébe nem bocsátkozik.

Milyen volt azonban ezen gyermek csontrendszeré, hogy ezen sokszoros csonttörések létrejöttek? A mint az eset bemutatásakor fejtegette, a klinikai tünetekből Barlow-betegséget kellett felvenni. A végtagokon fellépett fájdalmak, a diaphysisek duzzanata, a bal csombesonton a diaphysisek az epiphysisről való leválása, a érzés a szájából és bélből, továbbá a rachitis megléte és egyes ecchymosok a bőrön, ezen egész tünet-complexus oly characteristikus a Barlow-féle betegségre, hogy annak felvétele indokolt. A mit a Barlow-féle betegség kórbonczatanáról tudunk, oly kevés, hogy azt felhasználni alig lehet. Az eddigi tapasztalatok oly csekélyek, hogy a Barlow-kór kórbonczatani elváltozásairól egységes képet alkotni nem is tudunk. A leglényegesebb kórbonczatani elváltozás, a melyet Barlow és később Hirschsprung is

leirt, a subperiostalis vérzés. A csonthártya megvastagodott és edénydús; a leemelt csonthártya egyes helyeken új, vékony csonttréteget mutat. A végeredmény pedig az epiphysisnek a diaphysisről való leválása. A mi esetünkben azt mondhatjuk, hogy kétségtelen ugyan, hogy a gyermek többszöri kisebb vagy nagyobb traumát szenvedett el, de csontrendszere valószínűleg olyan alakú volt, hogy a csonttörések könnyen jöhettek létre.

Preisz Hugó. Az eset, melyet bonczolt, nagyon megérdemli a felette való elmélkedést, mert először nálunk elsőnek észlelt ritka esetről van szó, másodsorban komplikálva van egy egészen véletlen körülmény által, és végül azért is, mert nagyon kevés bonczolt eset van az irodalomban. A Barlow-féle kórt nem lehet anatómiai alapon megállapítani és a klinikai tünetek adják meg a ténylegesen nem is mindig jellemző képét a betegségnek. A koponya ritka állapotot mutatott. Nem láttam, nem is olvastam, hogy gyakoribb volna. A fejbőr egész terjedelemben le volt válvá a pericraniumról, egy tasak volt; átmetszésnél előre és hátra lehetett fektetni, az alatta levő haematoma miatt. Ezen tasak nem vért, hanem szövetszétési termékeket, vérfestényt tartalmazott. Ezen üreg a koponyatörésen keresztül a koponyafürről közlekedett, a miből következik, hogy a durva mater is át volt szakítva. A jobb faldudornak megfelelőleg komplikált törés, a falcson 4 darabra volt törve. A koponyatörés nem abnormisan törékeny vagy vékony: 1 mm. vastag. A törési helytől kissé mediálisan a fali és occipitalis lebeny teljesen el volt ronesolva, szürkés vörös pépet képezett és ezen pép részben a fejbőr alá jutott. Nyilvánvalóan olyan állapot, melyet semmiféle betegségből magyarázni nem lehet; traumás eredetre utalt, ezért törvénytörési bonczolás végett áttettük. Voltak azonban a fejtest perióstia alatt elváltozások, melyek nem traumától származnak: osteophyták, vérömlenyek, melyek Barlow-kórra jellemzők. Egy igen kifejezett vastag hártya képződéssel járó pachymeningitis interna chronica hamorrhagica is volt jelen. Jobb tüdőben tuberculotikus gócz, lép valamivel nagyobb. Vértörésgyulladás.

Vérés beszűrődés volt a bal szemhéj alatt és az arez oldalsó részén is. A csontokon talált elváltozások: legfrissebb elváltozást mutatott a bal csoncsont, periostia alsó kétharmadában teljesen le volt válvá és közte és a diaphysis között sötét sárga savó volt, vérömleny nem, az alsó epiphysis le volt válvá; periost meg volt vastagodva, kivéve a felső negyedét. Jobboldali csoncsont is le volt válvá, de ismét összefüggött a diaphysissal, a levált epiphysis előre csúszott és újra egyesült. A leválás olyképen történt, hogy az epiphysis közepén a porozól vált le, a széleken pedig a csontból. Jobb oldalon a csontból vált le úgy, hogy az epiphysis porozót egy réteg csont fedi. Hasonló elváltozások a jobb és bal tibia, jobb radiuson, és az egyik humeronon nemcsak infractio, hanem valószínű törés van. Feltűnő volt a hatalmas callus képződés, egész 1 cm. nyit. A domború szögleten a callus fibrosus poroz, de helyenként már meszes, bár puhább volt, de némely helyen csontosodott szövet is. A csonthártya nemcsak a laesio helyén, hanem egybeült is meg volt vastagodva. Közlebbi megtekintésnél látni lehet, hogy a nem infractio helyeken a csontnak a kérgi része leszakadt, és a velőir felé benyomult és új csonttréteget van e felett. Ez azért fontos, mert az eset elbírálásánál nem szabad figyelmen kívül hagyni a fejesont törését, mely gondatlanságból vagy brutalitásból keletkezhetett és a mi a koponyacsontokkal történt, történhetett a többi csontokon is leejtés vagy bántalmazás által és mivel kis fokú rachitis ki volt mutatható, semmi kétség, hogy a legnagyobb rész a kóros elváltozások folytán jött létre. A bal csoncsont körül, mely legfiatalabb kórformát mutatott, a periost feletti izomzat sárgás, kocsonyás, vizenyős, sőt igen sok zsírt tartalmazott, tehát az izmok degeneratioja volt jelen, a mi a periostitis hatása kifelé.

Ha most mindezeket összefoglaljuk, és ha összehasonlítjuk azon elváltozásokkal, melyeket eddig leírtak, azt kell mondani, hogy megfelelnek azon betegségnek, melyet Barlow-Möller név alatt ismerünk. Hogy micsoda a folyamat, Hirschsprung így fejezi ki: „rachitis acuta in chronica” és úgy látszik, hogy ez a legáltalánosabb, mert az összes esetekben rachitis kisebb nagyobb fokban volt jelen; különösen a porozvonal megvastagodása az epi- és diaphysis közti porozon, mely azonban helyenként hiányzott. A rachitisből ezt magyarázni azonban nem lehet. Az eset a klinikai képet is tekintetbe véve, jogosan tartható Barlow-Möller kórnak, mely rachitis exacerbansnak tekinthető, 6–8 hét alatt gyógyul; kórbonczatlanul periostitis proliferans. Oka ép oly kevésbé ismeretes, mint a rachitisé.

Minich Károly. A bemutatott eset törvénytörési orvosi bonczolást végezte és főként az eset értelmezéséhez kíván néhány megjegyzést fűzni, mert a Preisz által adott magyarázatot nem fogadhatja el. Kiegészítésként kívánja megemlíteni, hogy a csontokon a rachitikus elváltozásokon kívül a csontosodási vonal mentén mindenütt keskeny szürkés-sárga szegély volt látható, a mely különösen a nagy csúves csontokon volt feltűnő és helyenként 1 mm.-nél is szélesebb volt. Ezen szegély a tulajdonképi szivacsos állományban fészkelte és minden tekintetben az osteochondritis syphiliticával egyezett meg. A másik dolog, a mely az eset elbírálásánál fontosnak látszik, azon körülmény, hogy a Preisz által említett aránylag nagy fokú callus- és osteophytaképződés tényleg jelen volt ugyan, de csak azon helyeken, a hol a csontok folytonossága valamiképpen meg volt szakítva és hiányzott azon csontokon, a melyek sértetlenek voltak. Teljesen igaz, hogy ezen osteophyta tömegek a törés helyén túl, néhol akár a csont legnagyobb részére is kiterjedtek voltak, de azt egyfelől a kétségtelenül fennállott rachitis, másfelől azon körülmény, hogy a törések megfelelő kezelésben nem voltak, és így a törési végek abnormis mozgásai exsicc callus képződésre adhattak alkalmat, teljesen kielégítőleg megmagyarázza. A talált csonttöréseket

traumás eredetűnek tartja, mert a rachitisnél előforduló infractio és elgörbülések helyett mindenütt valódi törések voltak jelen és a törési végek mint különálló darabok a nagytömegű callusban meg voltak különböztethetők. A jobb csoncsonton a tökéletesen gyógyulását, valamint a bal csoncsonton hevenyebb és a csont részéről még reactio burjánzás jeleit nem mutató epiphysis leválásokat, a melyek, mint azt Preisz is kiemelte, nem az igazi epi- és diaphysis közti határon, hanem a diaphysisben állottak elő a fentebb említett osteochondritis syphiliticával lehet összefüggésbe hozni. Ezen epiphysis leválások, syphilitikus újszülötteknél és csecsemőknél többször és némelykor már aránylag kis traumára is bekövetkeznek, mint arról az I. szülészeti klinikán elhalt újszülötteknél és törvénytörésként bonczolt csecsemőknél meggyőződött. A csoncsontok külső oldalán az izomzatban említett vérzéseket nem hajlandó haemorrhagikus diathesisből magyarázni, mert ilyenek tünetét az egész szervezetben hiába kereste, hanem azon trauma tüneteinak tartja őket, a mely a töréseket létrehozta. Erre utal az is, hogy sem a fogínyen, sem a belső szervekben, bélsatornában, sem pedig a csonthártya alatt sehol vérzésnek nyomát nem lehetett találni. A haematoma és a szemtáji vérzések kétségtelenül a boltozatot darabokra szétválasztó erőbehatásnál keletkeztek és vérzéshajlam jeleinek sehogysem tekintendők.

Mindezekhez képest, mivel a Barlow-féle betegség symptomái teljesen hiányoznak — a rachitisme haemorrhagique és scorbut infantile egy tünete sincs jelen —, a fenforgó elváltozások összevéve és külön-külön traumás eredetre vallanak: a bemutatott esetet nem tartja Barlow-kórnak, hanem az összes tüneteket és a bekövetkezett agyhártya halált trauma következményének tekinti. Ha az előremert vérzések nem is voltak ugyan, csak traumás eredetűek, a mi ilyen súlyos koponyatörés esetén, a hol például a jobb falcson darabokra volt törve, egyáltalán nem zárható ki; akkor figyelembe kell venni azt, hogy agytüneteknél, plane, ha azok oly súlyosak, hogy egész leányt összeronesolnak, vérzések a szájából és egybeült akárhányszor fellépnek a nélkül, hogy ebből vérzéses diathesisre lehetne következtetni.

Bókay János. Multikori felszólalásában kételyét fejezte ki a felett, hogy a bemutatott eset Barlow-Möller-kór volna és pedig azért nem tartotta típusosnak, mert a legjellegzetesebb elváltozás: a foghús elváltozás hiányzik. Igaz, hogy stomatorrhagia volt jelen, de a foghús teljesen ép volt és a bonczolásnál is épnek találtattott. A mai felvilágosítások után részéről Minich tagtárs álláspontjára helyezkedik és még kevésbé tartja Barlow-Möller-Cheadle féle betegségnek, mert a vérzéseket a trauma magyarázza.

Preisz Hugó. Szólok úgy vette észre, Minich tagtárs határozottan nyilatkozik. Annyit mondott, hogy meg lehet engedni, hogy megfelel a Barlow-betegségről való leírásnak. A trauma szerepét egyik-másik törésre meg kell engedni, de hogy miért nem az összes csontok törése traumás, azzal indokolja, hogy a periost legerősebb elváltozásai nem a törésnél, hanem a törés felett vannak és a bal csoncsont az egész periost mentén a felső harmadig igen erős a megtegedés, mely nem lehetett a töréstől. És a cortex benyomásai a csontból kiinduló kóros folyamatra utalnak, mert nem képzelhető el, hogy ott a trauma egy helyen törje le a cortexet, például a tibia a belső condyluson. A vérömlenyeket és a szájbeli vérzést Hirschsprung nem tartja szükségesnek a diagnosishoz. A syphilit nem zárja ki, de ilyen elváltozást nem olvasott, nem látott. Nem állítja, hogy ez Barlow-kór, de megegyezik azzal, a mi az irodalomban e kórrol írva van, bár controversiák vannak.

Grósz Gyula. Beható vizsgálat alapján fentartja nézetét, hogy ez Barlow-kór annál is inkább, mert a Preisz kórbonczatani lelete is mellette szól. A scorbutnak és rachitisnek az összes szerzők szerint nem kell kifejezettnek lennie.

A tuberculin-reactio lényegéről.

Preisich Kornél és Heim Pál. A tuberculin a tuberculosos egyéneknek tudvalevőleg lázat okoz, a gümös góczban vérbőséget és lobos duzzadást. Ezen sajátága elég volt ahhoz, hogy egyes szerzők specifikus anyagok tekinték, a mely tuberculosos szervezetben specifikus elváltozást képes előidézni. A láz magyarázatára egyesek azt veszik fel, hogy magukban a bacillusokban van egy anyag, a mely a tuberculin behatására szabadlá válik és így okoz lázat, mások szerint a tuberculos bacillus a szervezetben produkál valami anyagot, mely azután a tuberculin behatására lázat okoz. De a klinikai tapasztalatok kimutatták, hogy más betegségeknél is pozitív a tuberculin-reactio vagyis, hogy a lázokozó anyagok nem lehetnek specifikusak. Preisich és Heim collo-diumszákból gümös szöveteket és tuberculos bacillus tenyészetet varrtak tengeri malaczkok hasürébe. És ezen állatok a nélkül, hogy tuberculosissá válnak, pozitív tuberculin-reactiót adtak (1.4–1.5°), ha a zsák 12–14 napig a hasüregben volt, a 2, 5, 7 napos reactio még negatív. Tehát a tuberculin-reactio létrejöttéhez maga a tuberculos elváltozás nem szükséges. A midőn további kísérleteik folyamán tuberculosos állatok szerveit és tuberculosos gyermekek véréit injektálták, azt tapasztalták, hogy gümös szövet + tuberculin; tuberculos bacillus + tuberculin; tuberculosos állat agya, mája + tuberculin nem okoz lázat; tuberculosos lép + tuberculin csak csekély hőemelkedést okoz. Tuberculosos malacz vére + tuberculin lázat okoz; tuberculosos gyermek vére + tuberculin csak némely esetben okoz lázat, ellenben állandóvá lesz ezen sajátága, ha a vért NaCl-oldatban fogjuk fel. Egészséges tengerimalacz vérsavója tuberculinallal együtt némely esetben lázat ad, állandóan így viselkedik, ha NaCl-oldatban fogjuk fel. Egészséges gyermek vérsavója csak akkor okoz lázat, ha NaCl-oldatban fogjuk fel. Mindezen esetekben a láz azért lépett fel, mert toxikus hatást fejtettek ki. A tengerimalacz

vére nyúlra toxikusabb, mint a gyermekvér, ezért volt a hőemelkedés kifejezettebb és állandóbb. Ebből szerzők azt következtetik, hogy a tuberculosistól képződő specifikus toxinok általános elváltozást okoznak és ez adja a tuberculinnal a lázat. A toxinok specifikusak ugyan, de lázt okozó hatásuk nem specifikus. A tuberculin a tuberculosist biztosan diagnosztikus jele, de nem differential diagnosztikus jel, igen jó az állatgyógyászatban, a hol az a kérdés, hogy az egészségesnek látszó állat nem tuberculosus-e, de a midőn azt akarjuk tudni, hogy a beteg tuberculosus-e vagy más betegsége van-e, akkor az eredmény megítélésében óvatosnak kell lennünk és mindazon betegségeket ki kell zárunk, amelyekről nincs kimutatva, hogy tuberculin-reactionra nem hajlamosítanak. Hatékony gyógyszerek szedését napokkal előbb be kell szüntetnünk.

Wenhardt János. Előadó említette, hogy a tuberculin befecskendezése után egyik-másik nyúl vizeletében fehérjét sikerült kimutatni. Bátor vagyok kérdezni, hogy vajon a tuberculin befecskendezése előtt fehérjére megvizsgálták-e a vizeletet.

Heim Pál. Nem.

Wenhardt János. Högyes tanár még kolozvári tartózkodása alatt azt találta, hogy az egészséges házi nyulak vizeletében szemeses hengerek vannak. Ezen tapasztalat folytán 10 év előtt, még mint Högyes tanár gyakornoka, több mint 100 egészséges házinyúl vizeletét fehérjére megvizsgálta és legtöbbször vizeletében fehérjét talált. Senator az egészséges házi nyulak 50%-ában fehérjét talált. Ezért az előadó állatainak albuminuriáját nem tarthatja tuberculin hatásának.

Högyes Endre. A mit a nyulak fehérje vizeléséről mondani akart, azt Wenhardt elmondta.

Vegyí anyagok, kémiai mérgek, vagy tuberculin, vagy toxin hatását tengerimalacson, nyúlra megítélni, ehhez bizonyos cautelák kellenek. A toxicológiában sok tévedésre vezetett az, hogy a nyulaknak lázat találtak, mikor tulajdonképpen nincs, és kitetszett azért, mert a hőmérőt nem teszik be kellő módon, különösen mikor egy kísérletet akart megismételni, mely váltólázak véréből vett oltásokkal a nyúlra tipikus harmad-negyed napos váltólázat idézett elő. Ez a szabályosság feltűnt nekem, hogy nem mesterséges-e és tanulmányai közben kiderült, hogy ha az ember a nyúl medencéjét fixirozza, a hőmérőt bedugja a végébe 7-8 cm-re, vagy 1,5-2 cm-re, a hőmérséklet különbség 1-2° C, és tetszése szerint a legszebb lázakat hozza ki, mikor a hőmérséklet normalis. Attól is függ a hőmérséklet, meddig tartjuk benn a hőmérőt, mert ha a rángó göresök alatt mérijük meg azonnal és nem 10-15 perc múlva, akkor 1-2° C-sal emelkedhetik a hőmérséklet. Szóval egy asztalt szerkesztett, melyen az állat természetes helyzetben van fixirozva, és ezt most külföldön is használják. A czomboknak a hashoz kell húzva lenniök, mert kinyújtva 1,5-2° C-sal lehül az állat.

A középhőmérséklet azután megállapította. Ha így nem jár el az ember, és nem várja meg, míg az állat megnyugszik, 10-15 perc múlva, könnyen tévedéseket követhet el.

Deutsch László. Az érdekes előadásnak csak egy passusára kíván reflektálni. Előadó említette, hogy nemcsak friss idegen vérsavó okoz tuberculinnal együtt hőemelkedést, hanem — minden várakozás ellenére — az 56°-ra felhevített savó is. Ez eredmény rendkívül érdekes perspektívát nyújt: kimutatja ugyanis, hogy ellenkezően minden eddigi ismereteinkkel és feltevéseinkkel, a serumnak más állatfajra mérgező hatása nem enyészik el az alexinak elpusztulásával, tehát más szóval, hogy a mérgező hatásának az alexinek kívül még egy másik természetesen componense is van. — Utólag most már mondhatjuk, hogy e viszonyoknak vannak analógiák, de az alsóbb gerincesek közt. Így például az angolna vérsavójáról régen tudjuk, hogy melegvérű gerincesek szervezetére kifejtett rendkívül erős mérgező hatása (1 csepp nyulat öl) az alexinektől bizonyonosan különválasztható, mert 56°-ra hevített vérsavó még mindig, ha csekélyebb fokban is, mérgező. És e tekintetben a kigyómérgek, a mely az angolna mérgehez sok analógiát mutat fel, teljesen hasonlóan viselkedik.

Véletlenség, hogy éppen most folyó vizsgálataiban más utakon haladva teljesen azonos eredményekhez jutott. Néhány hónap előtt Gruber azt akarta kimutatni, hogy az alexinek, nem mint a francia iskola és egyes adatai alapján maga is vallja, az élő állatban csakis a sejtek belsejében találhatók és onnan a serumba csakis a vérévaladás és leukocytá alteratiók pillanatában kerülnek, hanem hogy azok az élő vér plasmájában is helyet foglalnak. E czélból a következő kísérlettel lépett elő: tudjuk azt, hogy ha tengerimalacsvér ellen haemolytikus nyúlvérsavót fecskendezünk be tengerimalacvérébe, akkor ez az állat néhány óra múlva vérséjtjeinek feloldódása következtében elpusztul. Ugyanis a haemolytikus savó haemolysinja a vörös vérséjteket impraegnálja úgy, hogy ezek a haemolytikus savónak alexinje által feloldatnak. Mi történt már most, ha a haemolytikus savót 56°-ra felmelegítjük? Elpusztítjuk az alexinjét és csak haemolysinját kapjuk meg. Ha tehát ilyen, csak haemolysint tartalmazó, hevített savót fecskendezünk be a tengerimalacvérébe, és ez vére oldódása útján mégis elpusztul, kétségtelen, így mond Gruber, hogy az oldódáshoz szükséges alexint az impraegnált vörös vérséjtek máshonnan veszik, nem az idegen savóból, hanem saját plasmájukból. Tényleg hevített, alexinmentes haemolytikus savó, mint maga is látta, bár hosszabb idő után, de épúgy haemoglobinuriával és haemolysis tünetei között öli meg a tengerimalacot. Gruber következtetései azonban mégsem állanak meg. Abból a feltevésből indulnak ki, hogy az alexinmentes idegen savó egészen ártalmatlan a szervezetre; kérdés azonban, igaz-e e feltevés? Rövidesen megláttam hogy nem! Mert, ha idegen hevített savót a tengerimalac peritoneumába fecskendezünk, a hasürből vett próbák

könnyen látjuk azt a hatalmas leukocytapusztítást, a mit az az állítólag ártalmatlan hevített savó ottan véghez visz. Már pedig ismeretes, hogy a hol leukocyták pusztulnak, ott alexin válik szabaddá és tényleg ki lehetett mutatni, hogy nem a plasmalexin, hanem a ronesolt, a leukocytákból kiszabadult alexin az, a mely a jelen esetben a haemolysist lehetővé tette. Röviden összegezve: előadó is, ő is kimutatta eddigi ismereteinkkel ellenkezően a hevített vérsavónak toxikus hatását; ő az állatszervezet zavarát az indicatorként hozzáadott tuberculin segítségével a hőemelkedésből constata, szóló pedig haemolysis segítségével mutatta ki szabad alexinek jelenlétét, a melyek csak a szervezet zavarának esetén szabadulnak ki a laedált sejtekből.

Kuthy Dezső kérde, hogy hasznavehető-e a tuberculin olyan esetekben, mikor a tuberculosist még nem tudjuk biztosan kimutatni, csak sejtjük, mert ez fontos például a kezelés szempontjából, hogy tuberculosus-e az egyén vagy egészséges?

Hutyra Ferencz. Sajnálja, hogy nem részletezte előadó, hogy mit tekintettek a kísérleti nyulaknál tuberculin-reactionnak. A láz ezen esetekben 2 óra múlva teljesen megszűnt; de a tuberculin-reactional ezen időben kezd emelkedni a hőmérséklet és annál tipikusabb, minél tovább tart a hőemelkedés és elhúzódik 24 óráig. Másfelől ezen adatokból úgy látja, hogy egy esetben emelkedik a hőmérséklet 1-6° C-sal; azt hiszi, érdekes volna meggyőződni, hogy valóban tuberculin-reactionról van-e szó és nem mulékony elváltozásról, mely tuberculin-reactionnal nem függ össze.

A mi a tuberculin-reactio specificitását illeti, az állatok nagy részében a hatás specifikus, például actinomycosisnál, pericarditisnél stb.-nél nincs reactio, tuberculosisnál van, tehát nem csak intoxicációs állapot.

Heim Pál. A nyulak vizeletét nem vizsgáltuk a reactio előtt és lehet, hogy volt is benne fehérje, de azt csak mellékes leletként említettük. Polyuriát azonban gyakran találtunk.

A hőmérséklet eleinte mi is nagy ingadozásokat tapasztaltunk, de később pontosan és megbízhatóan eszközöltük a méréseket. A tuberculin mint diagnosztikus szer bevált; t. i. tuberculosistól egészségesnek látszó emberen ad reactiot, de más betegség nem zárható ki. Hutyrával szemben megjegyzi, hogy quantitative nem felelnek meg eredményeik az állatokon tett tapasztalatoknak, de qualitative igen.

Közkórházi orvostársulat.

(I. bemutató ülés 1902. január 15-dikén.)

Elnök: Schrodtt Antal. Jegyző: Juba Adolf.

(Vége.)

A mercurio-crème a syphilis therapiájában.

Havas Adolf: (Lapunk más helyén egész terjedelemben közöltük.)

Chronikus könyökfizcam véres repositioval gyógyított esete.

Fischer Aladár. M. Gy. 45 éves nőbeteg, mult évi október hó 12-dikén elesett, különösen a bal könyökben érzett erős fájdalmak és könyökizületében mozgásokat végezni nem tudott. Az előhívott orvosok karját nyújtott állásban fix kötésbe tették. A fix kötés levétele után a mozgathatóság a könyökizületben teljesen hiányozván, mult évi deczember hó 12-én a szt. Rókus kórház Navratil tanár vezetésével álló II. sebészeti osztályán vétette fel magát a következő jelen állapottal:

Alacsony termetű, különben erőteljes nőbeteg. A bal könyökizület majdnem 180 fok alatt nyujva tartatik; az olecranon csúsa mintegy 2 centiméterrel a humerus condylusok vonala felett van. Vele együtt a radius fejecs is jól kitapintható. Elöl a felkaresont trochleája és az eminentia capitata jól érezhető. Active az izület egyáltalán nem mozgatható, passive is alig. Világos volt tehát, hogy egy tipikus 2 hónapos hátsó fizcam van jelen; a diagnosist a Röntgen-felvétel is megerősítette.

A könyökfizcamokat tapasztalás szerint 3-4 hét múlva keletkezésük után vértelen úton irreponibilisnak kell tekintenünk, úgy, hogy jelen esetben a vértelen repositio már nem is gondolhattunk, annál inkább, mert a modern chirurgia azokat a brutális repositionális kísérleteket, melyek esontörésekre, az idegek és nagy edények elszakítására (pl. arteria subclavia), sőt az egész végtag kiszakítására (Guerin esete) vezettek, perhorreskálja.

Bemutató tehát főnöke. Navratil tanár megbízásából, betegnél véres repositiot végzett. A fizcamot véres repositiojának első kísérletét már Diffenbachnál találjuk, ki tenotommal átvágott egyes feszülő kötegeket és azután végezte a repositiot. Hogy ezen sötétben való és a mellett nem is elégséges vagdosás a modern chirurgia szellemének nem felel meg, azt felesleges hangsúlyozni. A vértelen repositioval arra kell törekedni, hogy a luxált izület feltárással, a csontvégek teljes megkiméltése mellett, végeztessék a reductio. Ép azért nem tartja követendőnek a könyökizület véres repositiojára vonatkozólag a Trendelenburg-Völker-féle eljárást, melynél az olecranon harántul keresztül vésedik, még kevésbé a Bruns-félet, hol az alsó humerus vég resecáltatik. Az Eiselsberg-féle eljárásnál a csontvégek kiméltetnek, de a könyökizület feltárása és a reductio két oldal-metszésből végeztetik. Miután azonban a könyökizület feltárással — mint azt a Navratil tanár osztályán tett sok évi tapasztalatok bizonyítják — a legjobb és a legegyszerűbb a Langenbeck-féle metszés — még a Kocher- és Ollier-félenél is jobb — ezért bemutató egy az olecranonon át vezetett hosszsmetszésből tárta fel az izületet. Először az olecranon és radius fejecset, melyek új helyzetük-

ben számos adhaesio által fixálva voltak, szabadította ki, azután fokozatos flexio mellett a felkar trochleáját, mire egyszerű, könnyű húzásra a reductio sikerült. Ezután bemutató a tokszalag hátsó felületén és a triceps-inon ejtett sebet összevarrta. Bőrvarrat; a kar derékszögbe hajlított állásban fixáltatik. Zavartalan seblefolyás; egy hét múlva a kötés felbontatik és a mozgatósi gyakorlatok megkezdhetők. Jelenleg — nem egészen egy hónappal a műtét után — betegnél 60—65 foknyi hajlítástól 160—165 fokos nyújtásig terjedő activ mozgási képesség van jelen, valamint majdnem teljes pronatio és supinatio. A gyakorlat által az eredmény még javulni fog.

Hogy a véres repositioval ily kedvező eredményt érhesek el, erre conditio sine qua non a genyedés nélkül való prima gyógyulás. A hol az ízület genyedni kezd, ott, mint ez Engelnek Bergmann klinikájáról való közleményéből kitűnik, csak ankylosisra számíthatunk és az ízületi végek elhalása, a tokszalag kinyesése tesz végtelenné a gyógyulást. A legrigorosusabb asepsissel kell tehát ily műtételnél eljárni és főleg kerülendő a seb összeturkálása és összetapogatása az ujjakkal és az idő előtt való czéltalan ránczizálása a végtagoknak, melyek az infectio lehetőségét előmozdítják. A sebben csak eszközökkel való dolgozás és nem zúzás, valamint az ízületi végek teljes kiszabadítása után enyhe módon eszközölt reductio fogják a jó eredményt biztosítani.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(VIII. rendes ülés 1901. november hó 28-dikán.)

Elnök: Navratil Imre; titkár: Zwilling Hugó.

Elnök: A napirend első pontja értelmében elrendeli a tagválasztást. Mohr Mihály és Török Béla egyhangúlag megválasztatnak az egyesület rendes tagjává.

Gégeszűkület operált esetei.

1. Atresia laryngis post typhum.

Navratil Imre: 19 éves kovácssegéd mult év május havában typhus abdom. miatt kórházban fekvő. Betegségének harmadik hetében a nyakon, a gégetájón fájdalmas daganat keletkezett, mely miatt a légzése oly nehezített lett, hogy hirtelen gégemetszést végeztek. Állapota javult, de a canult eltávolítani nem lehetett, e miatt szeptember 30-dikán vettette fel magát osztályomra.

Betekintve a gégebe, a gége két falát összekötő vastag hárttyát lehet látni, mely a hangrést elzárja. A behatolás finom sondával sem sikerül. Két ülésben endolaryngealis úton távolítottam el ezen hárttyát, úgy hogy mint látják, a hangrés nagy részben szabaddá van téve és a bal hangszalag egy része már látható. Azóta a beteg hangja tetemesen javult, a betartott canul mellett kissé légzni képes. Azt hiszem sikerülni fog ily módon a beteget meggyógyítani és a canult eltávolítani.

2. Stenosis laryngis tuberculosa.

Navratil Imre: 56 éves városligeti ör, hét év előtt chorditis ulcerosa tuberculosaival fekvő osztályomon. A légzési nehézségek miatt tracheotomia inferiort végeztünk nála. A köpetben számos tuberculos bacillus találtatott. A canult 7 hétig viselte s azután gyógyultan hagyta el az osztályt.

F. évi szeptember 30-dikán újra jelentkezett, midőn azt láttuk, hogy a bal és jobb hangszalag és kannaporecz kötött. Betegnél esti hőemelkedések vannak jelen. A fennálló légzési nehézségek fokozódtak, különösen éjjel, ezért tracheotomia végeztetett.

A mellkasi szervek megvizsgáltattak, de semmiféle eltérést nem lehetett találni, kivéve csekély hurut tüneteit, a beteg sokat köhög, de köpetet nem ürít. A tracheotomia utáni hatodik napon nagy mennyiségű vérrrel kevert genyet köhög ki, mely az egész ágyat és földet elborítja. Ez néhány óra alatt megszűnik és a beteg utána jobban érzi magát; azóta pedig folyton javult. A jobb hangszalag kezd mozogni, a hangrés tágulni és betartott canul mellett jól légzik. A jobb hangszalag jól mozog, a baloldali azonban fixált.

Fel kell vennünk, hogy a bal hangszalag bűdését az okozta, hogy megnagyobbodott peribronchialis mirigyek a recurrent nyomták. Ezek elsajtosodva elgenyedtek és valamely bronchusba áttörve idézték elő a hirtelen genyköpést és az ezzel járó csekély haemoptoét. Betegnél a decanulment-t 4 hét előtt végeztem.

Baumgarten: A bemutatott esetek másodikának magyarázatához kíván szólni. Szerinte a felvett magyarázaton kívül, olyan esetekben, a hol a szomszédos szalagot fekély rögzíti, az is lehetséges, hogy az ellenoldali hangszalagot reflexgörcs tartja kötte, a nélkül, hogy mirigy vagy tályog volna jelen. Utal a bemutatóval együtt megfigyelt hasonló esetre.

Lénárt: Nem tartja a spasmust jelen esetben valószínűnek, mert az állapot hónapokon át változatlanul tartott.

Donogány: Ez eset kapcsán felhívja a figyelmet az álhangszalagok magatartásának diagnostikai jelentőségére. Ha ugyanis a középállást posticus hűdés okozza, az álhangszalagok nem mozognak, de végzik ezen mozgást, ha ez állását a hangszalagoknak az ízületben való rögzítés okozza.

Polyák: Évek óta azt a gyakorlatot folytatja, hogy cocainozás után ujjal próbálja meg a porcok mozgathatóságát.

Baumgarten: Az adott felvilágosítás alapján valószínűnek tartja előadó magyarázatát.

Navratil: Nézete helyességét az egész körleírás bizonyítja: a láz, mely addig tartott, míg véres genyes köpés állott be, a tünetek lassan visszafejlődtek, fekély vagy másnemű elváltozás hátrahagyása nélkül.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1940/1902. sz.

Alcsernaton körorvosi csoportban Al-Felesernáton, Maksa, Dálnok, Albis, Mártonfalva, Márkosfalva, Futásfalva községekkel betegség következtében lemondás folytán megüresedett **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvosi állás javadalmazása 1536 korona fizetés, 200 korona lakpénz, 285 korona úti átalány és ezenkívül 1 korona nappali, 2 korona éjjeli látogatási díj.

Körorvos köteles községeit kéthetenként egyszer bentazni s ott a közegészségügyi teendőket végezni, a szegény betegeket ingyenesen gyógykezelni.

Pályázni kívánók az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a alapján szabályszerűen felszerelt kérvényüket eddigi gyakorlati alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelve **márczius 31-dikéig** annál inkább adják be, mert a később érkezett pályázatok tekintetbe vételét nem fogják.

Kézdi-Vásárhely, 1902. évi márczius hó 1-én.

1—1

Cseh Gyula, főszolgabíró.

90/1902. szám.

A vezetésem alatt álló **magy kir. javító-intézetnél** kormányhatósági megbízás utján betöltendő s évi 1000, azaz: egyezer korona tiszteletdíjjal egybekötött **orvosi állásra** ezennel nyilvános pályázatot hirdetek.

Az intézeti orvos kötelessége az intézetet minden nap az igazgatóval egyetértőleg megállapítandó órában (szükség esetében naponként többször is) meglátogatni s az intézet beteg növendékeit és alkalmazottait minden külön díjazás nélkül gyógyítani. Kötelessége továbbá az intézet egészségügye felett szigorúan őrködni s az intézeti igazgatóság ez ügyben hivatalosan nyilvánított kívánalmainak pontosan megfelelni.

Ezen állásra csak azon orvos urak pályázhatnak, a kik a törvényszéki orvosi vizsgát is letették.

A kellően felszerelt és szabályszerűen felbélyegzett pályázati folyamodványt a nm. magy. kir. Igazságügyi Minister Urhoz kell címezni s legkésőbb **folyó évi márczius hó 30-dikáig** az alulírt igazgatóhoz benyújtani, vagy pedig posta útján beküldeni.

Kassa, 1902. évi márczius hó 1-én.

3—1

Latzkowszky Lajos, igazgató.

Fülöp Szász Coburg Gothai herceg vasgyáránál Pohorellán a **vasgyári orvosi állás** Helpa székhelyvel (Gömör-Kis-Hont m.) betöltendő lévén, arra ezennel pályázatot nyitattik.

Pályázni kívánók felhívattak, miszerint abbéli szándékukat alulírott igazgatósággal az **1902. évi márczius hó 20-dikáig** — később érkező megkeresések figyelembe nem vétetve — közölni sziveskedjenek, mely is érdeklődőknek az állás mikénti javadalmazása s a teljesítendő kötelek tekintetében felvilágosítást nyújt.

Ezen orvosi állásnál, a mennyiben a körorvosi teendővel és házi gyógyszer-tartartás kötelezettségével van egybekötve, a tót nyelv ismerete is kötelező. A kinevezett orvos állását legkésőbb 1902. évi május hó 1-én elfoglalni köteles.

Pohorella vasgyár, 1902. február hó 27-dikén.

Fülöp Szász Coburg Gothai herceg
Ő Fensége vasgyári igazgatósága
Schröder s. k.

2—1

1086/1902. k. i. szám.

Baranya vármegye baranyavári járásához tartozó és **Magyar-Bóly** székhelyvel: Magyar-Bóly, Lapáncsa, Illocska, Német-Márok, Lőcs, Szent-István, Villány, Virágos és Herceg-Szt.-Márton községek szövetkezetéből álló közegészségi körben szervezett **körorvosi állás** megüresedvén, ezen évi 1000 korona fizetéssel, 200 korona lakbérrel és a megállapított látogatási díjak élvezetével egybekötött állásnak választás útján való betöltésére ezzel pályázatot nyitok s a választás határidejéül 1902. évi április hó 3-dik napjának d. e. 10 óráját, helyéül pedig Magyar-Bóly község tanácstermét tűzöm ki.

Ehhez képest felhívom pályázni kívánókat, hogy szabályszerűen felszerelt ez irányú kérvényüket **1902. évi április hó 1-éig bezárólag** hozzám anyival inkább nyujtsák be, mert a netán később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Dárda, 1902. évi február hó 28-dikán.

1—1

Jilly Viktor, főszolgabíró.

1768/1902. szám.

Losoncz rend. tan. város tulajdonát képező, 60 ágyra felszerelt **városi kózkórháznál** lemondás folytán üresedésbe jött **kózkórházi alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, a kik ezen évi 600 korona fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és kórházi élelmezés élvezetével egybekötött állást elnyerni óhajtnak, miszerint 1 koronás bélyeggel ellátott s a képesítést igazoló okmányokkal szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket **folyó évi márczius hó 20-dikán déli 12 óráig** hivatalomnál anyival is inkább nyujtsák be, mivel az elkészen érkezett pályázatok figyelembe nem vétetnek.

Losoncz, 1902. évi február hó 27-dikén.

1—1

Wagner Sándor, polgármester.

800/1902. sz.

A Sikló és Ottlaka községekből alakult körorvosi állásra pályázatot nyitok.

Javadalmazás:

1. 1600 korona évi fizetés;
2. évi 240 korona fuvarátalány.
3. A nappali és éjjeli látogatás után esetenként megállapított 40, illetve 80 fillér.

4. A halottkémléskor esetenként szedhető 40 fillér.
5. A hússzemle után esetenként járó vágatási díj.
A fuvarátalány fejében köteles az orvos hetenként háromszor Siklóra menni és a szegényeket mindkét községben díjtalanul gyógykezelni.
A megállapított látogatási díj változatlan marad akkor is, ha az orvos a heti látogatási napokon kívül vétetik igénybe, de olyankor őt a beteg részéről ellátandó fuvar illeti meg.

A képesítést igazoló kérvények a nyelvismeret feltüntetésével hozzáam márczius hó 30-dikáig nyújtandók be.

A választás Ottlakán márczius hó 22-dikén d. e. 11 órakor lesz megejtve.

A román nyelvet beszélők előnyben részesülnek.

E l e k, 1902. évi február 27-dikén.

1-1

Mladin Miklós, főszolgabíró.

2318/1902. szám.

Vasvármegye muraszombati járásában a körorvosnak járásorvossá történt kinevezetése folytán üresedésbe jött muraszombati körorvosi állásra pályázatot hirdetnek.

Felhívtnak a pályázni óhajtok, hogy az 1883: I. t.-cz. 9. és az 1876: XIV. t.-cz. 43. §-ában előírt képesítési és eddigi alkalmaztatásukat, esetleg a múltól teendőkben való jártasságukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket 1902. évi márczius hó 20-dikáig adják be.

A 36 kisközséggel bíró körorvosnak a megállapított látogatási díjakon kívül évi fizetése áll: a megyei pénztárból havi részletekben kiszolgáltatott 1000 korona fizetés és 600 korona úti átalányból, a trachomás betegeknek három rendelő állomáson való kezelésért évi 400 korona állami tiszteletdíjből és kilométerenként 20 fillér fuvar költségéből, továbbá a járási közkórház kilitásba helyezett másod orvos teendőinek ellátásáért évi 400 korona fizetés és így összesen évenként 2400 korona illetményből.

A választás Muraszombatban a városházánál 1902. évi márczius hó 22-diké délelőtti 9 órakor fog megtartatni és erre a községek képviselői meghívtnak.

Megválasztandó körorvos állását lehetőleg április hó 1-jén köteles elfoglalni. Muraszombat, 1902. február 18-dikán.

-3

Pórfay Pongrácz, főszolgabíró.

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
Márcz.	körorvos	Ráczkóvár	600 k.	Máthé Ödön f. szb., Sásd
12.	közs. o.	Császártöltés	1000 k. és lakás	Szilassy f. szb., K.-Kőrös
13.	közs. o.	Szentgál	1777 k.	Huszár f. szb., Veszprém
15.	közs. o.	Miava	1000 k.	Vinkler f. szb., Miava
15.	körorvos	Bilke	1000 k.	Komlósy f. szb., Bereg- llosva
15.	közkórh.	Hátm.-K.-Almás	2000 k.	
15.	alorvos	László- közkórház	1000 k. és bennlakás	Kosztis Kamill, Pécs
15.	közs. o.	Nyir-Mada	1500 k.	Péchy Béla f. szb., Nyir-Mada
30.	k. alo.	Nagykanizsa	1000 k., lak., ellát.	Városi tanács
Április	s. o.	Budapesti hábképezde	600 k.	Igazgató tanár

HIRDETÉSEK.

Vegyi, górcsővezetési és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

Zambeletti-féle oldható vasarseniát

vérszegénység, sápkórság és kachexiák kezelésére.

Cseppek, labdacskok, injectiók.

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

A t. orvos urak körének díjmentes minták végett a lerakatokhoz fordulni. Kérdőzködések a következő lerakatokhoz intézendők:

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

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

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

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

SCHLESINGER LEÓ, BUDAPEST.

Jsmét kapható a salgótarjáni

Weisenbacher-féle Cognac!

Ezen 1899-dik évben esődbe jutott máris oly kiváló híré cognac összes nagy készletét megvették Hankus Imre salgótarjáni és Cserenyák György balassagyarmati gyógyszerészek és most azt ők árúsítják. — Midőn ezen tiszta és valódi borpárlatra az igen tisztelt orvos urak különös figyelmét felhívjuk, hangsúlyozzuk azt, hogy ezen árú nem tévesztendő össze ama olcsó áron hirdetett, hideg keverés útján szeszből készült árukkal, miért is rendelésnél tisztelettel kérjük írni „Cognac. sec. Weisenbacher lag. original.

Dr. Molnár Nándor úr vegyvizsgálata: Hazai legjobb és tisztább borpárlat.

Kapható a tulajdonosoknál és gyógyszerárakban.

Budapesten főraktár:

Lux Mihály droguistánál Muzeum-körút 7.

Dr. Fries-féle magán-gyógyintézet

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

INZERSDORF Bécs mellett.

BUTOR

készpénzért v. részletfizetésre legutányosabb áron

EHRENTREU és FUCHS

testvéreknél

BUDAPEST, VI., Teréz-körút 8.

Képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^{re}EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis
Kapható minden gyógyszerárakban.

Dr. PAJOR

BUDAPEST, Szentkirályi-utca 14. szám.

Inhalatoriuma:

Vízgyógyintézete:

Reichenhalli soole, emsi, gleichenbergi forrásvíz porlasztása, fenyő-, menthol- stb. belégzés, sűrített és ritkított levegő-készülékek **asthma**, **bronchitis** és a felső légutak hurutjainál.

Teljes vízkúrák, **massage**, **villamos**, **szénsavas fürdők**, begöngyölések és izzasztó kúrák.

Nyitva egész éven át.

Telefon. — Prospektus.

DOLGOZATOK AZ EGYETEMI BŐRKÓRTANI INTÉZETBŐL.

Szerkeszti: NÉKÁM LAJOS dr. m.-tanár.

TARTALOM. *Hlatky Tivadár* dr.: Adatok a pityriasis versicolor szövettanához. — *Tóth Gyula* dr.: A blennorrhoea kezelése albarginnal. — *Póór Ferencz* dr.: A hereditær syphilisnél az arczon mutatkozó vonalalakú, sugaras régi bőrelváltozások lényege és jelensége. — *Szabóky János* dr.: A peruol mint új antiscabiosum. — *Szabóky János* dr.: Belső autointoxicatio következtében fellépett perifolliculitis esete.

Adatok a pityriasis versicolor szövettanához.

Irta: *Hlatky Tivadár* orvostanhallgató.

A IV. és V. sz. táblákkal.

A pityriasis versicolor tudvalevőleg a mikrosporon furfur okozza, melyet *Roben* irt le és *Eichstädt* nevezett el.

Mint a legtöbb bántalomnál, úgy ennél is a legkülönbébb elnevezéseket használták, már mielőtt aetiologiáját ismerték volna, így pl. egyedül *Erasmus Wilson* munkájában a következő elnevezésekkel találkozunk: lepidosis, pityriasis (*Macon Good*), erythema pityriasicum, eczema pityriasum, psoriasis furfuracea, dartre furfuracea (*Alibert*), branny tetter, dandriff.

A pityriasis versicolor elnevezést először *Willan* használta, ki azonban chloasmát, ephelist és ehhez hasonló bőrbántalmakat értett alatta.

Ezen említett elnevezésekből is látszik, hogy a szerzők a bőr felületen megbetegedésének tekintik; így *Brocq* munkájában a következőket írja: „Le microsporon furfur siège dans la couche cornée de l'épiderme, j'amaï plus profondément. Il ne détermine un lésion des poils ou des ongles, ni réaction inflammatoire. Parfois cependant la peau sous jacente s'irrite et rougit facilement. Il est donc tout à fait superficiel et inoffensif.”

Bazi mai ismereteinkkel ellentétben a bőrnek több foltos megbetegedését a mikrosporon furfurra vezeti vissza: „Pityriasis versicolor, pityriasis nigra chloasma ou macula gravidorum, les taches hépatiques, les éphélides lenticulaires etc. qui constituent pour les auteurs, autant de maladies différentes; tandis que, pour nous, elles ne sont qu'une seule et même affection parasitaire, produite par le microsporon furfur, découvert par *Eichstädt*, et qui serait mieux nommé epidermophyton.”

A legtöbb autor a parasiták közé sorozza a mikrosporon furfurt, de nem terjeszkedik ki rá. *Unna* új aerát keltett, midőn csak saprophytának declarálta; őt követi *Normann Walker*, de csak *Unna* tekintélye miatt és saját, ellenkező véleményének fentartásával.

Kétségtelen, hogy felnőtteknél az esetek immens majoritásban lényegtelen folyamat. De, hogy ez az enyhe lefolyás kivétellel is bírhat, bizonyítja egy egyetlen eset, melyet az irodalomban találtam és a melyet fontosságánál fogva a következőkben részletesen ismertetek.

1894. július 14-dikén *Fournier* osztályára egy satnya, kicsiny, öreges, kissé kora szülött csecsemőt hozott anyja. A csecsemő 6 hetes korában 2570 gm.-ot nyomott, folyton sirt, ezernyi ráncz borította arcát és egy kiütés, főleg első végtagjait, mely nagyon hasonlított hereditær syphilisre. Daczára, hogy elég jól szoptott, súlyban folyton vesztett. Életének 15-ik napján bokái körül kezdődött a kiütés, a mely csakhamar felterjedt a csipőig és nagy vörös kerek, néha gyűrűs lapokat képezett, de a lábfejen alul nem terjedt. Egy hónappal később erythemato-papulosus elemekké fejlődtek ezek, melyek közepe fehéres szürke lett, máskor lencsényi, fillérnyi, sőt koronányi karikákká alakult; az utóbbiak megint néha polycielikus rajzolatokkal egyesültek.

A kiütés sima, élénk congestiv lobos, vörös volt; de teljesen elhalványodott ujjnyomás alatt s az erythema polymorphra emlékeztetett: élénk piros külső zona és hamuszürke

belső rész volt megkülönböztethető a jelenség egy részében, mely szürkéséget egy korpázó, tapadós, mintegy smirglivel borított terület képezte.

Mint *Fournier* kiemeli, e kiütések nagyon hasonlítottak syphilisre és legfeljebb némileg túlvörösek voltak. Syphilist azonban ki kellett zárni, mert a gyermekben absolute semmi más tünet nem volt és a szülők átvizsgálása szintén negatív eredményt adott.

Fournier ekkor erythema polymorphra, később a *Sevestre* és *Jacquet* közleményében leírt syphiloid posterosive-re gondolt, a mikor véletlenül észrevette, hogy az anya mellkasán pityriasis versicolor látható. Ezeket, valamint a gyermek testén való kiütéseket *Sabouraud*-val megvizsgáltatta, a mikor minden vákkozás ellenére kitűnt, hogy a két folyamatot morphologie teljesen identikus gombok okozták, eltérés csak annyiban volt, hogy a gyermeknél rendkívüli bőségben mutatkoztak a myceliumok.

A gyermeket ekkor először emolliens, fürdető, később styraoxos kezelés alá vették, mire a kiütés rapide javult, az általános állapot restaurálódott, a senilis aspectus eltűnt.

Azok a megjegyzések, melyeket *Fournier* az esethez fűz, a következők:

1. hogy a pityriasis versicolor már a legzsengébb korban is felléphet;

2. hogy egy absolute szokatlan alakot ölthet s acut circinált, florid vörös exanthemának imponálhat, hamuszürke pulverulens szigetekkel tarkázva. Ezek a kiütések rapide terjedhetnek és a szervezet részéről reactiot provokálhatnak;

3. hogy e jelenség rendkívül hasonlít syphilishez és az ugynevezett infantilis syphiloid jelenség sorába veendő fel.

A bemutatáshoz fűzött eszmecserében *Brocq* kifejtette, hogy mint az erythrasmanál, úgy a pityriasis versicolornál is meg kellene különböztetni egy chronikus indolens és egy acut gyuladt alakot. A *Barthélemy*, *Jacquet* és *Besnier* felszólalásai valószínűvé tették, hogy ezen acut gyuladásokat külső irritatók, a bemutatott esetben valószínűleg vizelet és bélsárpangások segítik elő.

Egy másik érdekes közlés az irodalomban *Duquet* és *Héricourt*-é, kik állítólag a hám mélyebb rétegeiben is találtak gombokat, a mely gombok malaczokba és nyulakba ojtva állítólag tuberculosist idéztek elő. Ez a közlemény, mint látható, az összes többivel ellentétben áll és azóta csak *Barduzzi* által erősített meg, ki pityriasis korpát állat tracheába és peritoneumba ojtva, állítólag szintén tuberculosist idézett elő. A jelenleg elfogadott nézetek alapját a fertőző képességre nézve azon mindennapi észlelet képezi, hogy a pityriasis versicolor még együtt élő, pl. házastársak között is, csak a legritkább esetben contagiosus. *Köbner*-nek és *Hublé*-nak hosszas kísérletezésre ugyan sikerült egyes esetekben direkt fertőzést elérni s *Hublé* 9 oly esetről is referál, melynél a testi érintkezés, 2-ről, hol flanelruhák viselése útján állítólag infectio jött létre, azonban már *Gudden*-nak és *Matzenauer*-nak ilyen irányú törekvései eredménytelenek maradtak, *Kaposi* egészen tagadja fertőzés lehetőségét, *Hardy* pedig igen kevésbé valószínűnek tekintette.

A gombok elhelyezkedésére nézve pedig legtöbb autor megegyezik abban, hogy a gombok egészen felületesek; csak *Gudden* említi, hogy a folliculusok hámjában és azok nyílása körül, *Behrend* pedig a tüszőt kitöltő törmelékben látta a gombát.

A mint az előadottakból kitűnik, a pityriasis versicolor aetiologiájára vonatkozólag a vélemények nagyon szétágazók és így kívánatosnak látszott nagyszámú eset alapján vizsgálatakat végezni a vitás pontokra nézve. Jelenleg csak azzal kívánok foglalkozni, hogy minő mélyre terjednek e gombák a hámban és hogy okoznak-e abban elváltozásokat.

Ennek kiderítése céljából számos betegből excindáltam és mintegy 120 készítményt vizsgáltam meg, melyeket nagyobbra Walsch szerint festettem (methylenkék, anilin vizes methylibolya, 4% anilin, anilinchlorid, alcohol, bergamott).

A metszetekből kitűnt, hogy a gombák különös előszere-tettel ott vonulnak meg, hol a chemiai és mechanikai insultok elől védve vannak, így a ránczok és redők mélyében, a folliculusok és faggyúmirigyek szájadékaiban, a hol nemesak a stratum corneumban, de néha a granulosumban is helyet foglalnak. (Lásd IV. tábla.)

Az ilyen védett helyen azonban rendesen más gombák is, speciell bacteriumok is nagy számmal találhatók, a melyek úgy látszik a myceliumoknak a mélyre terjedését megakadályozzák.

Egyes helyeken, a hol különösen át van hatva a praeparatum myceliumokkal, a melyek a stratum granulosumot is ellepik fonalaikkal, de sporáikkal nem, a Malpighi-réteg közepén levő sejtek rosszul festődnek, halványak, erősen megduzzadnak, magjaik is halványabbak lesznek, de a nucleolusok elég jól festhetők maradnak. A mag körül levő üregek valamivel nagyobbak, a protoplasma finoman szemcsés, az egyes sejtek pedig egymástól a rendesen valamivel távolabb állanak. A corium megfelelő részén a papillák kissé lelapultak. (L. V. tábla.) Nem lehet tehát mondani, hogy e helyeken lob indult volna meg, mert a coriumban hiányzanak az ilyen irányú elváltozások. Ellenben egy intraepidermidalis, intercellularis oedema van jelen, mely az egyes sejteket széttolta és azok festődését befolyásolta.

A pikkelyképződés úgy megy végbe, hogy a stratum corneum nedvesen marad, összetapad, repedéseiben és rétegek között töménytelen spóra képződik, át meg át hatják a fonalak, a melyek egészen a Malpighi-rétegig érnek le. A stratum granulosum egészen belevonatik, felduzzad s koronként kisebb traumákkal alapjáról leszakíttatik.

A gombák tehát rendszerint csak a stratum corneumban tanyáznak. Kivételesen és főleg a ránczok mélyében a stratum granulosumot is ellephetik és ilyenkor úgy látszik, minden concomitáló ok nélkül a hám mélyebb rétegeiben körülrít oedemákat provocálnak. A veritékpolusokat a microsporon furfur szereti elkerülni és a hajtűszőkekben is csak a legfelülete-sebb elrendeződésben található.

Nékám Lajos dr. egyetemi magántanár úrnak a szíves útbaigazításokért és támogatásokért és az esetek átengedéseért fejezem ki hálás köszönetemet. A histologiai vizsgálatokat Pertik Ottó egyet. r. tanár úr szíves engedelmeivel a bőrkórtani klinika laboratóriumául szolgáló általa felajánlott helyi-segben végeztem.

Irodalom.

- Barduzzi: Bolletino dei cultori di scienze med. di siema. 1887. 2.
 Bazin: Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires. 1862. 228. oldal.
 Behrend: Monatshefte für praktische Dermatologie. XVII. 402. old.
 Besnier: Traduction Kaposi. 857 l. 1. sz. jegyzet.
 Brocq: Traitement de maladies de la peau. 647. l.
 Duquet-Héricourt: Lancet 1887. május. 8. füzet.
 Fournier-Sabouraud: Bull. de la soc. de derm. et de syph. 1894. 251. l.
 Gudden: Über durch Parasiten bedingten Hautkrankheiten. 1855. 49. oldal.
 Hublé M. Per.: Archiv für Derm. und Syphilis 1887. 596. oldal.
 Matzenauer: Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1901. 56. 163.
 Erasmus Wilson: On diseases of the skin. 1867. 174. l.
 N. Wolker: An Introduction to Dermatology. 1899.

Ábrák magyarázata:

- Str. c. = stratum corneum.
 Str. M. = stratum Malpighi.
 Str. Ml = stratum Malpighi elhalványult alig festődő, oedemás sejtekkel.
 f. = folliculus.
 c. = corium.
 gl. s. = gl. selocen.
 v. = vena.

A blennorrhoea kezelése albarginnal.

Irta: Tóth Gyula dr., intézeti gyakornok.

A blennorrhoeás betegek számának folytonos növekedése, s a blennorrhoea ellen ajánlott szerek, receptek s eljárások nagy száma a legjobban bizonyítja, hogy mily nehéz e baj terapiája, és érthetővé teszi azon lázas munkálkodást, melynek célja a blennorrhoeás bántalom ellen egy megbízható specífus szert előállítani.

Azon szertől, a melyet a blennorrhoea specificumául tekinthetünk, — a gonococcusok által a húgycsőben előidézett kórboneztani elváltozásokra támaszkodva — megköveteljük: 1. hogy a befeeszkendezésre alkalmas concentrációban gonococcus ölü legyen; 2. hogy lehetőleg mélyre imbibalódjék az élő szövetekbe, s így az epithel mélyebb rétegében s a subepithelialis kötőszövetben levő gonococcusokra is kifejthesse hatását; 3. hogy a húgycső lobos nyálkahártyáját ne izgassa.

Az első feltételnek a régebben használt szerek közül a legjobban megfelelt az argentum nitricum, a mely még 0.2% oldatban is biztosan megszünteti a gonococcus culturák fejlődését.

Hátránya azonban, hogy kivált ez acut blennorrhoeánál szinte elviselhetetlen módon izgat, s főként az, hogy a szövetnedvek chloridjai kicsapják, s így csak a nyálkahártya felületén hat bactericide.

Liebrechecht hátrányain úgy vélt segíthetni, hogy az ezüstöt fehérjével hozta vegyületbe, mikor is az ezüstöt a szövetnedvek chloridjai ki nem csapják, s így ezen szerek mélyebben imbibalódhatnak. Így született meg az ezüstfehérje vegyületek egész sora, mely szereknek azonban hátrányuk, hogy a gonococcus ölnék tartott ezüst csak kis percentuatióban van meg bennük s hogy nem lévén diffundáló képességük a szövetekbe alig imbibalódnak mélyebbre mint az argentum nitricum. Így Pezzoli kísérlete szerint az argentamin 100 μ , az argentum nitricum 66 μ , a largin 58 μ , a protargol 38 μ mélyre imbibalódott holt szövetbe (májba), ha az órák hosszáig ázott e szerek oldatában.

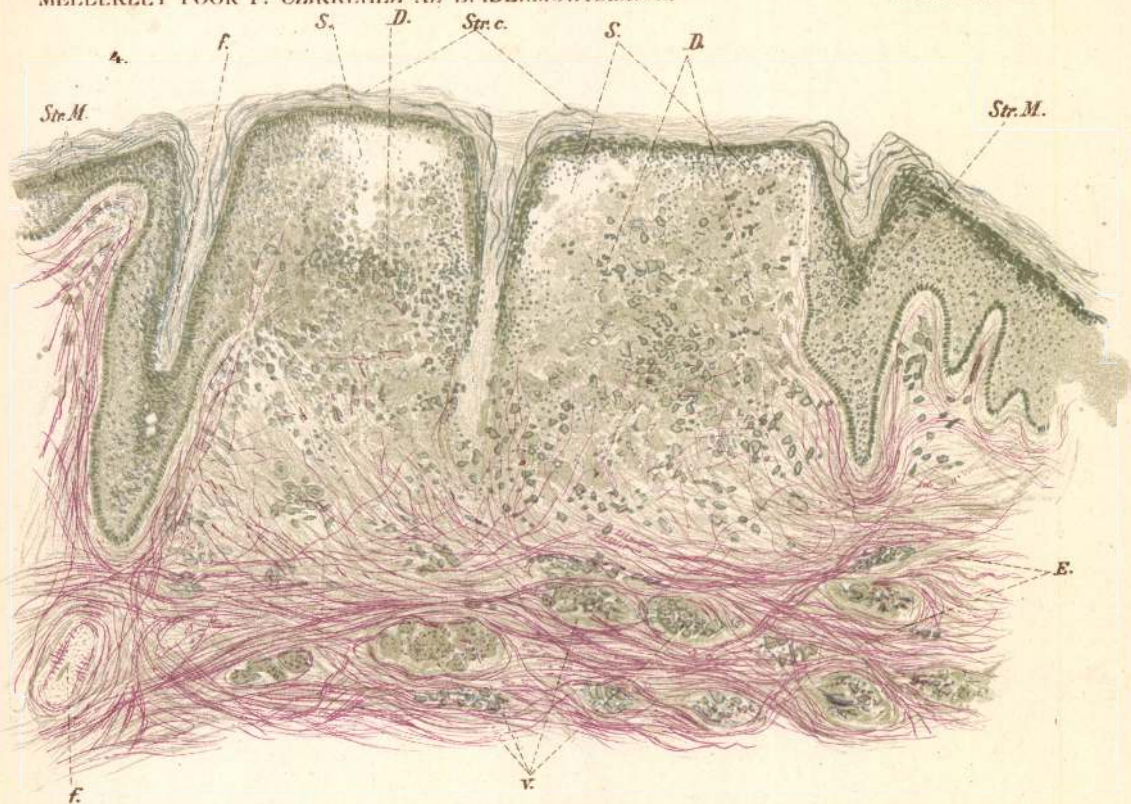
Úgy látszik, hogy ezen hátrányok többé-kevésbé elvannak kurtulva az „Albargin“-nál, mely gelatin-ezüst vegyület. E készítmény ezüsttartalma — s így feltételezhető, hogy gonococcus ölü képessége is — aránylag nagy (15%), diffundáló képességgel bír, a szövetnedvek ezüstjét ki nem csapják, mert erősen van kötve a vegyületben, s így képes a szövetekbe mélyre beszívódni.

Az albargin, melyet Meister Lucius és Brüning cég állít elő, egy fehéres sárgás por, mely vízben egész 10%-ig jól oldódik, bár ha a folyadékot idő előtt rázzuk össze, az albargin mint egy pépes anyag az edény fenekére száll le, s többé nem oldódik; levegőn rövidebb idő alatt nem változik, hetek múlva azonban megbarnul jeléül, hogy a benne levő ezüst kiválik. Higabb oldatai közönséges vízzel oldva, s fehér üvegben is hosszabb ideig elállanak a nélkül, hogy bomlást szenvedne az albargin, a töményebb arányú oldatokat azonban czélszerűbb destillált vízzel készíteni. Liebrecht kimutatta, hogy hígított sósavval, konyhasóval, natronlúggal összekeverve alig válik ki belőle ezüstcsapadék, s hogy híg konyhasóoldat, vizelet stb. hozzáadására még a kiváltott is feloldódik; ez pedig nagy előnye úgy az argentum nitricummal szemben, melyben az ezüst igen labilis, s mindjárt kiválik mint oldhatatlan AgCl, mint az ezüstfehérje vegyületekkel szemben, hol az ezüst oly szorosan van kötve, hogy alig fejthet ki valami hatást.

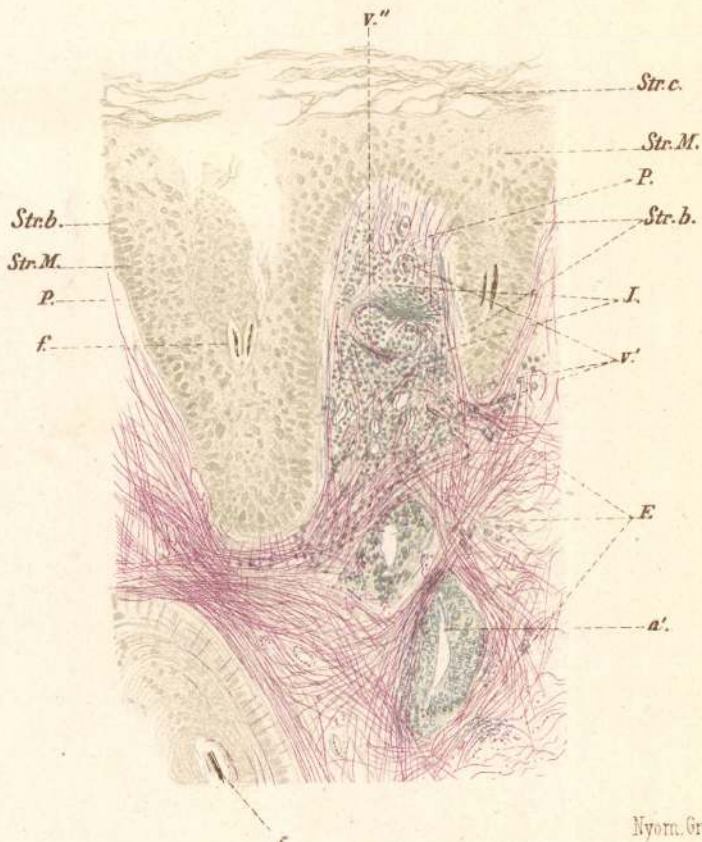
Az albarginnak itt felsorolt tulajdonságait ismerve, érdemesnek találtam e szerrel behatóbban foglalkozni s az alkalmazása után elért eredményt összegezni.

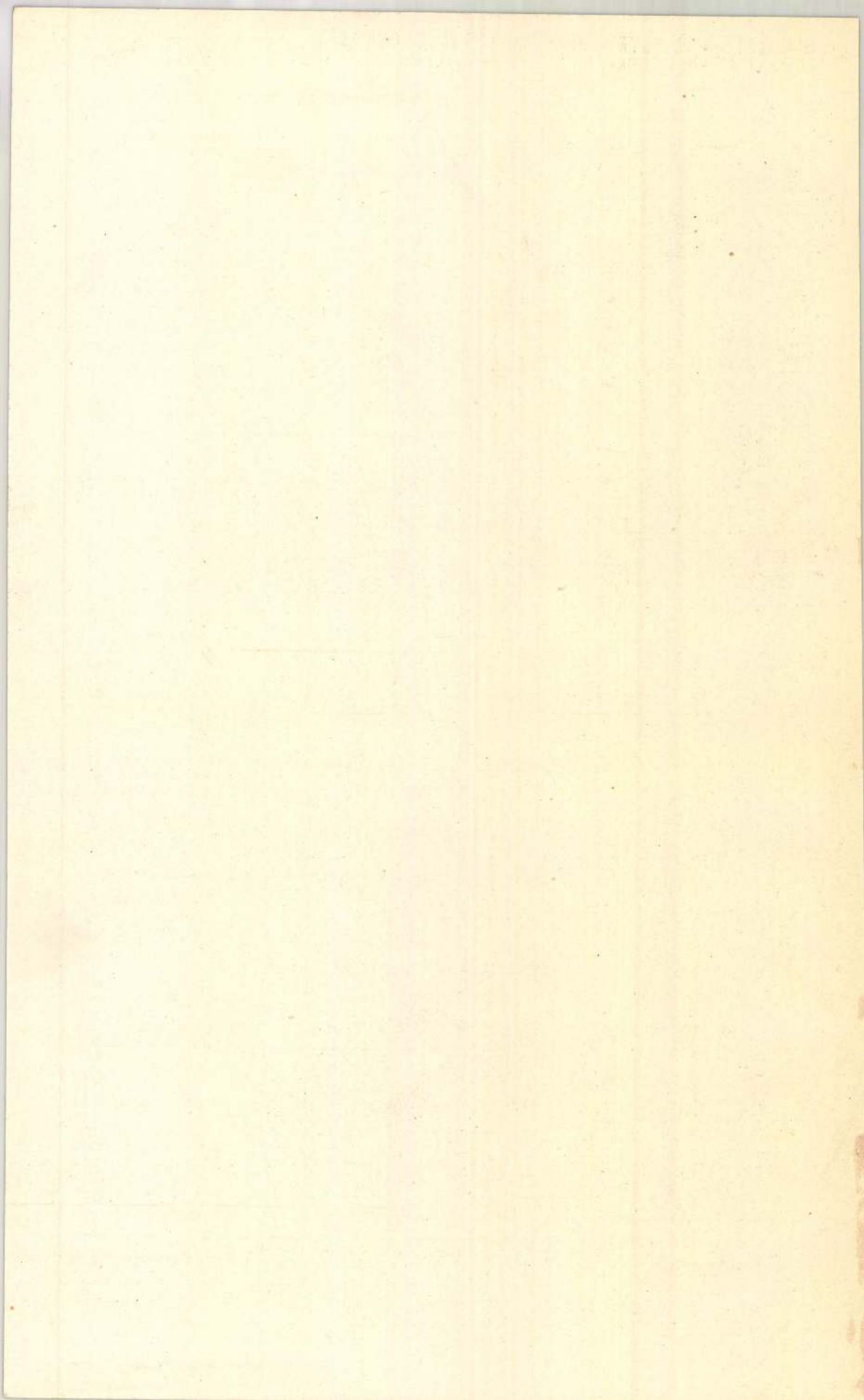
Az albargin 65 blennorrhoeában szenvedő betegnél próbáltam ki. Mindezen esetekben a betegek ágyban fektüdtek, könnyű tejes diatával táplálkoztak. Délelőtt folyamán Janet. eljárása szerinti totalis húgycsőöblítést végeztem 0.1—0.2% albargin-oldattal, míg délután a betegek maguk feeszkendeztek közönséges kankófeeszkendővel 0.2—0.5% albargin-oldatot húgycsőjükbe.





3.





Ezen eljárással, a mint azt különben bármely gyenge antiseptikus, sőt indifferens oldatnak befecskendezése után is már számosan észlelték, a húgycsőfolyás rapide gyengült, a lob és a kellemetlen subjectiv tünetek csökkentek, 7—8-szori irrigatio után a húgycsőből kipréselhető váladék fehéres sárgás lón, vagyis serosus kületem nyert, a vizelet tisztult, 12—15 befecskendezés után a váladék egy kis cseppre szorítkozott, mely csak reggel volt kiszorítható, a vizelet pedig teljesen tiszta lón, s benne csak pár filamentum úszkált.

Górcső alatt vizsgálva a váladékot s filamentumokat, azt tapasztaltam, hogy a váladék a folyamat kezdetén csaknem kizárólag genysejtekből állt, és az esetek túlnyomó részében bőven tartalmazott typusos gonococcusokat, de már 10—12-szeri kezelés után túlnyomólag hámsejtekből állt, s az esetek legnagyobb részében bennök gonococcusok ilyenkor már nem voltak kimutathatók.

Ezen stadiumban azután áttértem a Janet-féle öblítés helyett, a Diday-féle irrigatióra, melyet kezdetben 0·2% albargin oldattal végeztem. De minthogy a filamentumok 10—12-szeri irrigatoria sem tűntek el, az esetek túlnyomó számában 0·2—1% argentum nitricum befecskendezéssel tüntettem el őket.

A kezelés folyamán azt tapasztaltam, hogy míg gyakran előfordul az, hogy hátsó urethritis fennállása esetén a kalium hypermanganicum oldatokkal végzett Janet-féle irrigatiók epididymitisre vezetnek, addig ez albarginnal sohasem fordult elő, sőt több esetben az epididymitis heves tüneteinek lezajlása után albarginnal végzett Janet-féle irrigatiók nemcsak, hogy recidivára nem vezettek, hanem semmiben sem gátolták az epididymitisnek megfelelő theraphia mellett való visszafejlődését. Én ezen dolognak magyarázatát abban keresem, hogy míg a kalium hypermanganicum használatát az amúgy is lobos hátsó húgycső rész hyperaemiáját fokozza, s így idézi elő a lob ráterjedését a funiculusra s mellékherére, addig a kevésbé izgató albargin ezen szerfelett kellemetlen, a gyógykezelést nagyban hátráltató complicatiót nem provokálja.

Ezen jó oldalával szemben viszont azon hátrányát vagyok kénytelen felemlíteni, hogy ha az irrigatiókat nem végezzük teljesen exacte, nem vigyázunk arra, hogy a folyadék csak akkor jusson a hátsó húgycső részbe illetve a hólyagba, ha az előlső húgycső rész már minden genyes váladéktól megtisztítottuk, igen gyakran látunk hólyaghurutot fellépni, így én 65 eset közül 5-ször.

S míg a hólyaghurut kalium hypermanganicummos hólyagmosás, nyugalom s belső szerelés mellett pár nap alatt gyógyul, addig azt tapasztaltam, hogy az albargines hólyagmosás Chrzeltzer ellenkező állítása daczára semmi befolyással nincs rája.

Tapasztalataim rövid összefoglalása után szükségesnek tartom még az észlelt eseteket csoportosítva feltüntetni s egy pár kórtörténetet röviden összefoglalva közölni:

Hatvanöt eset közül 57 volt urethritis acuta és 8 urethritis chronica, melyek a fenti eljárás mellett mind gyógyultak.

Az urethritis acuta 57 esete közül a blennorrhoea 46 esetben csak a pars anteriorra terjedt, míg a többi 11 esetben totalis urethritis volt jelen, és pedig 5 esetben epididymitissel kombinálva.

Az urethritis chronica mind a 8 esetben totalis volt, még pedig 2 esetben acut epididymitissel, 2 esetben pedig stricturával kombinálva.

A kezelés folyama alatt naponként végzett mikroszkopiai vizsgálattal a gonococcus: kimutatni nem sikerült 15 esetben a kezelés megkezdése után 14 nappal, 15 esetben 15 nappal, 9 esetben 12 nappal, 7 esetben 16 nappal, 7 esetben 13 nappal, 4 esetben 11 nappal, 2 esetben 25 nappal, s egy-egy esetben hat, kilencz, tíz, tizenhét, tizennyolcz, illetve huszonkét nappal.

A kórtörténetekből közlöm a következő eseteket:

IV. eset. Urethritis totalis cum epididymitide lat. dextri. I. Inf. Folyás 2 hó óta. 2 napja bal heréje fáj. St. pr.: Egy csepp genyes váladék. Górcsővi eredmény számos genysejt és gonococcus. Jobb epididymis diónyi, fájdalmas. Három napig jeges borogatás. Fájdalom csökken.

14 Janet-féle irrigatio. Váladék nincs, pár filamentum. Górcső vizsgálat: sok polygonális hámsejt, nyáksejt, gonococcus nincs. Mellékhere nyomásra sem fájdalmas. Hét Diday-féle irrigatio 0·2—0·3% albarginnal. Váladék nincs, filamentumok a vizeletben, gonococcusok nincsenek. Öt Diday-féle irrigatio 0·2—0·5% argentum nitricummal. Váladék nincs, vizelet tiszta.

XI. eset. Urethritis gonnorrhoea anterior: I. Inf. Két hete folyás. St. pr. Bő genyes váladék az urethrából, vizelet zavaros. Górcsővi eredmény: sok genysejt és gonococcus. 12 Janet-féle irrigatio. Váladék egy csepp, vizeletben filamentumok. Górcsővi eredmény: sok hámsejt, egy-két genysejt, gonococcus nincs. Nyolcz Diday-féle irrigatio 0·2—1% argentum nitricummal, öt irrigatio 1—3% cuprumsulfuricummal. Váladék nincs, vizelet tiszta.

XXXII. eset. I. Inf. Három éve hol gyöngébb, hol erősebb folyás, pár hónapja vizelet gyenge sugárban jön. St. pr.: Nyomása egy genyes csepp, vizelet erősen czaftos. Górcsővi lelet: sok hám- és genysejt bennök gonococcusok. A húgycsövet a 18 Char. még passierozza 15 Janet-féle irrigatio, utána sondatágítás. Váladék nincs, vizelet erősen czaftos, 23 Char. könnyen bevezethető. Górcsővi lelet: sok hámsejt kevés geny- és nyáksejt, gonococcus nincs.

Összefoglalva tapasztalataim, oda concludálhatok, hogy ez albargin:

1. lobos húgycsőbe fecskendezve 0·1—0·5% oldatban alig számbavehetően izgat;
2. rövid idő alatt csökkenti a folyást, s eltünteti a gonococcusokat. Azért jó eredményeket látunk tőle acut és subacut blennorrhoeánál, míg a chronikus blennorrhoeánál erősebb, izgatóbb szerektől jobb sikert várhatunk.

3. Hátránya, hogy a kalium hypermanganicumnál gyengébb antisepticum.

Ezek után azt hiszem joggal sorolhatom az albargint az utóbbi években előállított legjobb ezüstfehérje vegyületek mellé, — de ez mint a többi —, messze áll attól, hogy az elfogulatlan orvos a blennorrhoea specificumának tartsa.

A hereditaer syphilisnél az arczon mutatkozó vonalak alakú, sugaras régi bőrelváltozások lényege és jelentősége.¹

Irta: Poór Ferencz dr.

Lásd a X. és XI. táblákat.

A hereditaer syphilis eltörülhetetlen stigmáinak sorozatában, melyet az újabb kutatások rendkívüli tökélyre emeltek, a legpositivabbak egyike azon elváltozás, melyet a jelen dolgozatban óhajtok tárgyalni. Ezen elváltozást a bőr nyílásai körül fellépő radialis és concentrikus rajzolat jellemzi s melynek érdekességét kölcsönöz az, hogy úgy fellépésének oka, mint szövetteni magyarázata még ismeretlen. Az előbbivel csak néhányan (Robinson, Hyde, Krisowski, Vogelewitz, Parrot, Caspary), az utóbbival tudtommal kizárólag Silex és Caspary (Delbancovall) foglalkoztak.

Esetem tüzetes megvizsgálása, többszörös excisióból nyert anyagomnak górcsői tanulmányozása alapján azonban kénytelen vagyok Silex véleményével szemben teljesen ellenkező álláspontra helyezkedni.

A beteg kórtörténete:

E. Ignác, vasúti munkás fia, 15 éves, a klinikai ambulancián jelentkezett 1901. május 11-dikén.

Anyja előadja, hogy hét graviditása közül a hat első abortus. illetőleg koraszüléssel fejeződött be a graviditas 3—8 hónapjában változólag. Állítólag a beteg egészen épen és egészségesen született, Körülbelül két hónapos korában exanthemái támadtak, melyek az egész testet ellepve az arcot sem kímélték, melyek azonban orvosi kezelésre gyorsan gyógyultak. 1½ éves korában a fiú járni és beszélni kezdett s anyja ezen időben vette észre, hogy jobb kezét nem bírja jól használni. Majd lassanként jobb csuklója s ujjai begörbültek, úgy hogy képtelenné vált azokat kiegyenesíteni. 6—7 éves korában jobb lábát maga után kezdte vonszolni s 12—13 éves korában beszélő képessége is megromlott s azóta keveset és lassan beszél. Intelligenciája csökkent. Iskolába járt, előmondás után nagy nehezen rövidebb verset is megtanult, de a betűket s számokat nem tudta egymástól megkülönböztetni s ma sem tudja. 1901. április eleje óta fül-folyása is van, de nehézhallása már megelőzőleg fennállott.

Status: A tétova arckifejezésű beteg kissé előregörnyedve, jobb vállát jobban előrelógatva áll. Jobb feléső végtagját könyökizületben

¹ Előadatott a budapesti kir. orvosegyesületben, 1901. május 11-dikén.

némileg meghajlítva, alkarját pronatióban, csuklyóját s ujjait kissé behajlítva tartja. Jobb kézfeje mérsékelt cyanosissal. Csontrendszer ép, kivéve az orrot, hol a csont behorpadása folytán típusos „nyeregorr” mutatkozik. Orrsövény megtartott. Bőrön egy mélyebb folyamatra utaló behúzódtott ovális heg a jobb VI. borda táján a mamillaris vonalban. *Feltűnő az arczbőrén a sok régi, elfehéredett, pronoszált vonalalakú, egymással sokszorosan anastomizáló s különösen a száj körül sugarasan egybefutó hegyszerű elváltozás, mely futólagos megtekintésnél azon benyomást kelti, mintha a beteg arca ráncos lenne.* Epidermidalis képletek közül a hajzat és köröm semmi elváltozást fel nem mutatnak. A fogak közül a két felső, median incisivus tengelye lefelé convergál; keresztmetszetük hengeres, szabad szélükön félholdalakú deformációt mutat (valódi *Hutchinson-typus*). Nyálkahártyák épek. Nyelv normalis, nem atrophias. Anus körül semmi tünet. A szemvizsgálatot Scholtz Kornél dr. szemklinikai tanársegéd úr volt szíves elvégezni s azt találta, hogy mindkét cornea sima, csillogó. A cornea mélyében ködszerű elmosódott határú szürkés, fehér borusság (keratitis után fennmaradt homályok). Bal szem irise 2—3 helyen a lencse elülső tokjára lenőtt. Szemfenéken semmi kóros elváltozás.

Az idegrendszer vizsgálatát Reusz Frigyes dr. úr végezte a következő eredménnyel. Jobb testfél végtagjai fejlődésükben hátramaradottak. Mozgási kör: bal facialis területén nyugalmi állásban is állandó remegés, a bal arczfél innervationál visszamarad. Jobb f. végtag passiv mozgásánál flexionál ellenállás érezhető, mely az alkar pronálása és a csuklyó extendálásánál a legnagyobb. Activ mozgások az összes izületekben kisebb-nagyobb fokban és csekélyebb erővel végezhetők. Legrosszabbul sikerül a kézfeje extendálása s az ujjak finomabb mozgásai. Nyomóerő b. 11. j. (segítséggel) 3. Jobb alsó végtagon az extensorok contracturája észlelhető. Pupillák egyenlőek, középtágak, kerekék; úgy fényre mint alkalmazkodásra jól reagálnak. Patellareflex mindkét oldalon fokozott, spastikus, jobb oldalon nagyobb. Ugyanitt Achilles-reflex és hosszantartó lábelonus. Jobb felső végtag reflexei kevésbé fokozottak.

A fülvizsgálat eredménye Török Béla dr. úr szerint: Mindkét oldalt idült középfül genyedése van s ugyancsak mindkét oldalt nagyfokú nagyothallás. Sugóbeszéd baloldalt 0.5 (13.22), jobboldalt 0.3 (12.3). Hangvilla-vizsgálat a beteg fogytékos intelligenciája miatt nem volt eszközölhető s így nem dönthető el, hogy mennyi tudandó be a hangvezető apparatusban lefolyt elváltozásoknak.

Belső szervek normalisak. Vizeletben semmi rendellenes alkotórész.

A mint a kórtörténetből kivehető, esetünkben az ideg- és csontrendszer (nyeregorr) megbetegedésén kívül a hereditaer lues stigmái közül több van jelen. Az ú. n. *Hutchinson-féle trias* két komponense — lefolyt keratitis nyomai, típusos *Hutchinson-féle fogdeformatio* kétségtelenül, míg a harmadik — labirinthzavarok — minden valószínűséggel van jelen. De főleg a megelőző irodalomban alig méltatott *arczon jelenlevő hegyszerű bőrelváltozások* azok, melyek figyelmünket nagy mérvben megérdemlik.

E vonalalakú, az egész arczon mutatkozó s a száj körül csillagalakban sugarasan egybefutó s a szájszéle is áttérjedő, egymástól széles ép részek által elválasztott és egymással sokszorosan anastomizáló fehér hegek fontosságát nyerve az által is, hogy azokat a rendelkezésünkre álló kevés számú adatok szerint eddigelé *kizárólag a hereditaer syphilissel kapcsolatban észlelték.* Az elváltozások ritka voltát jelzi, hogy a kézikönyvek legnagyobb részében említést róluk nem találunk. Kivétel *Joseph* tankönyve, mely képben is közöl egy esetet s csak kár, hogy a reproductio nem eléggé sikerült. *Hochsinger* 1889-ben futólag emlékezik meg e hegekről a nélkül, hogy azoknak a hereditaer luesre nézve jellemző voltát hangsúlyozná. A magyar irodalomban 1891-ben *Grossmann Lipót* szintén csak futólag említi, de már a congenitalis lues objectív jelei között. *Robinson* 1890-ben közli egy 11 napos korában elhalt gyermek rajzát, melyen a hereditaer syphilis több stigmáján kívül a száj és anus körül ily vonalalakú hegek voltak. *Hyde* 1893-ban már körülményesebben írja le e hegeket makroszkopice és kiemeli, hogy a hegek e megjelenését nem syphilitikus egyénknél sohasem tapasztalták. 1895-ben *Krisowski* közöl egy érdekes tanulmányt, de a mellékelt reproductio hiányossága folytán nem eléggé jellegzetes. *Krisowski* mint korai jelenséget a heredosyphilisre pathognomonikusnak jelzi. 1896-ban *Vogelewitz* közöl egy esetet s *Silex* esete ugyancsak 1896-ban a berlini orvosegyületben élénk discussio tárgyát képezte. *Caspary* 1897-ben közölt egy esetet. 1900-ban *Fingernak* a bécsi dermatol. egyesületben bemutatott betegénél találom feljegyezve, hogy a száj körül sugaras hegekkel birt egyéb dystrophia mellett. Legújabbban (1901.) *Rodier* említi heredosyphilitikus betegénél.

E linearis hegek eredetét a szerzők — *Silex* kivételével — majdnem egyértelműleg nedvező papulákra vezetik

vissza. Az ellenállási képességében hátrányosan befolyásolt bőrön a száj s néha az anus kikerülhetetlen mozgásai következtében rhagadok képződnek, melyek az izomműködés következtében mélyebbek lesznek s gyógyulás után mint vonalalakú fehér hegek maradnak vissza.

Silex tagadja e képleteknek heg voltát s azok létrejöttét inkább más tényezőnek hajlandó tulajdonítani s azért azokat „pseudoheg” (Pseudonarben) elnevezéssel illeti. Szerinte nincs teljesen kizárva, hogy valamely eczema scrophulosorum következményét képezik s azon véleményének ad kifejezést, hogy nem lehetetlen, hogy a gyermek körmeivel az eczemapörkök eltávolítása és vakarása által mélyebbreható elváltozások okozója lett s így jöttek volna létre az elváltozások.

Véleményem szerint az eczema scrophulosorumtól való származás nézetét megdönti az elváltozás symmetriás, szigorúan linearis, kommunikáló, helyenkint dichotomikusan oszló jellege, mit vakarások, eczema infiltratiók, másodlagos fertőzések folyamata létre nem hozhattak.

Silex azon alternatív állítása támogatására, hogy itt nem is hegekkel (pseudohegek), hanem „valószínűleg a bőrnek az izomösszehúzódások okozta behúzódnásával van dolgunk”,¹ anatómiai vizsgálatának eredményeivel érvel.

Histologice a papillákat épeknek, az epithelt inkább megvastagodottnak, mint vékonyodottnak, mirigyeket megtartottnak, épeknek találta s a véredényekben sem észlelt semmi eltérőt a normalistól, csak néhol az intima endotheliának többszörös rétegzettségét látta, mi az endarteriitis specifica gyanúját keltette fel benne. A coriumban apró sejtes infiltratiót ír le. A rugalmas rostok arányát az ép viszonyoktól el nem térőnek találta.

Caspary esetében, melynél egy excindált „heg benyomását nem keltő barázda” vizsgálatát *Delbanco* végezte, a histologiai lelet szerint az epithel a hegben, illetőleg „pseudoheg”-ben épen úgy volt kifejlődve, mint a környező ép szövetben. A papillaris réteg jól fejlődött papillákat mutatott; a szintén jól kifejlődött faggyúmirigyek szembeötlők, az elastikus rostok, főleg orceinfestéssel épen az elváltozás helyén szembetűnők, vastagodottak s az ép részekhez viszonyítva megszáporodottaknak mutatkoztak. Helyenkint, főleg a véredények körül, kisebbfokú gömbsejthalmazok fordultak elő.

Caspary épen a faggyúmirigyek jelenvalta alapján nem ismerheti el, hogy itt regeneratio eredményével áll szemben, mert a papillák tudvalevőleg a környező hámból újraképződhetnek ugyan, de a faggyúmirigyek s vezetékek nem. Inkább hajlandó szerepet tulajdonítani oly felületes ulceratióknak, melyek felületes voltak folytán a mirigyek és vezetékeik elpusztulását nem vonták maguk után. Az aetiologiát illetőleg *Caspary* is feltétlenül a hereditaer syphilis mellett foglal állást.

Excindált anyagon végzett histologiai vizsgálataim úgy *Silex*-ével mint *Caspary* és *Delbanco*-val homlokegyenest ellenkező eredményt adtak: A pofából excindált, alcoholban keményített és celloidinba ágyazott anyagok metszeteit különösen Unna-Tänzer, Weigert (elastikus rostok) s az Unna-féle polychrom-methylenkék-tannin és glycerinaether eljárásokkal vizsgáltam.

Histologiai leletem a következő:

A stratum corneum normalis. A stratum Malpighiban s a coriumban az elváltozás helyének megfelelőleg feltűnő a mirigyek, mirigyvezetékek s a hajtüszők hiánya, mely a metszet egyéb részein mindenütt nagy számban van jelen. A hám az elváltozás helyén tetemesen vékonyabb s basalis rétege kevésbé pigmentált mint egyébutt. A stratum Malpighi sejteinek fogazottsága mindenütt megtartott. Az elváltozásnak megfelelőleg a papillák teljesen elsimultak, a corium rendes vastagságának kétharmadára zsugorodott s a zsírszövet annyira felnyulik, hogy a szomszédos veritékmirigyek kivezető csöveinek fél magasságát is eléri. Legfeltűnőbb azonban a különbség a corium szerkezetében; míg a környezetben

¹ „Wahrscheinlich ist es, dass wir es mit einer durch den Muskelzug bedingten Einziehung der Haut zu thun haben”.

a pofa normalis bőrének megfelelőleg rendkívül sok faggyúmirigy, szőr és lanugotüsző, veritékmirigygomolyag és kivezető cső foglaltatik, melyek között keresztülkaszul futnak gracilis kollagen nyalábok s ezek között gazdag, finom elastikus rostkötegek sokszoros átmetszeteikkel mint sötét, izolált szigetek és áramok rajzolódnak, addig az elváltozott részben a corium mint összeszorított kompakt tömeg mutatkozik, melyet nem tesznek változatossá beleágyazott szervek, s melyben a kollagen annyira zsugorodott, hogy az egész corium egy durva elastikus rosttömegnek látszik lenni, melyet csak itt-ott szakítanak meg elvékonyodott zsírrétegek vagy egyes világos, durva kollagen rostok. Csak számos készítmény átvizsgálásánál kivételesen lehetett egy-egy satnya lanugotüszőt találni, mely a zsugorodás következtében szabálytalan irányba volt elfordítva. Recens lobra mutató jelenségek, extravasatumok, plasmasejt-infiltratio stb. nem mutatkoztak. Véredények körül perivascularis infiltratiót vagy az edényfalzatban luetikusnak felfogható burjánzást nem találtam.

A szövettani vizsgálat alapján tehát, hogy a makroszkopikus elváltozásoknak magyarázatát adhassuk, a hegek szövet-tanára utalunk.

Már *Sudakievics* kísérletileg bebizonyította, hogy az elastikus szövet regenerációra képes. *Passarge* már igen fiatal (6 hónapos) hegeknél az elastikus rostok újraképződését megindulni látta. Az új rostok a kötőszöveti kötegekkel parallel irányúak, de sokkal karcsúbbak voltak. *Unna* pathohistológiájában úgy látszik a nem igen fiatal hegeket véve alapul, azokra a felhámtagoltság (Oberhautfelderung) hiányát, anaemiát, a corium megvékonyodását, a normalis elasticitás vesztét s végre a szőrtüszők és veritékmirigyek többé-kevésbé intensív elpusztulását s azokkal együtt a zsírszövet kevesbedését tartja jellemzőknek.

Esetemben az elváltozások heges természete nem lehet kétséges, a mennyiben mint láttuk, a heg valamennyi postulatuma jelen van.

Külső hasonlatosság révén bizonyos analogia volna felállítható a stria atrophicákkal, melyek közönségesen mint terhességi „hegek“, mint nyomási, mechanikai atrophia (bőr-alatti tumorok, obesitas graviditas stb. következtében) ismeretesek.

A stria atrophica histológiáját *Küstner*, *Langer*, *Troisier* és *Ménétrier*, *Philippson*, *Unna*, *Krösing* stb. dolgozták ki s az elastikus rostok részleges elpusztulása mellett egyes rostoknak elszakadását és szakadt végükön dugóhúzóhoz hasonló formáját tapasztalták, míg a rostok egy nagy része a feszítés folytán a kollagen rostokkal parallel irányt vesz fel. A durvább rostok finom, alig észlelhető szálakká esnek szét. Erősen kifejeződött striáknál az elváltozás középrése a cutisban teljesen elastinmentes is lehet, a mellett, hogy a papillákban a rugalmas rostok megtartottak. Egyes rostok elacinná alakulnak át.

Véleményem szerint a stria atrophica igen közeli rokona az esetünkben fenforgó elváltozásoknak azon különbséggel, hogy míg a stria atrophicanál a bőrt egy alatta levő tumor kifeszíti, elastikus rostjait szétszakítja s a tumor eltávolodása után nem képes előbbi continuitásába restituálódni, addig a hereditær syphilisnél nem bőr-alatti tumor, hanem a bőrben létrejövő infiltratiók hozzák létre a leirt elváltozásokat.

Összegezve a véleményeket, elmondhatjuk:

A leirt vonalalakú, sugaras régi arc-hegek, minthogy hasonlóságot más bántalmak után nem tapasztaltak, egyenesen a hereditær syphilis karakteristikumának, stigmájának tekintendők és mint vizsgálatunk bizonyítja, histológiailag is kétségtelen hegeknek bizonyultak.

Diagnostikai fontossággal bírnak mint *Krisowski* is hangsúlyozza, a syphilis hereditaria tarda kizárásának szempontjából is, a mennyiben tanuskodnak arról, hogy megelőzőleg a korai gyermekkorban is megvoltak az örökölt syphilises fertőzés nyilvánulásai.

Az esetnek átengedéseért, valamint tapasztalt szíves támogatásáért *Nékám Lajos* dr. magántanár úrnak, valamint *Pertik Ottó* dr. nyilv. r. tanár úrnak, a ki a 2. sz. kórbonecz-

tani intézetben a bőrkórtani klinikának laboratoriumot engedte át, köszönetet mondok.

Irodalom:

- Berliner Mediz. Gesellschaft.* 1896. február 5-dikén tartott discussio. (Berl. klin. Wochenschrift 1896. 8. sz.)
Caspary. Ueber den Sitz der latenten Syphilis. Archiv f. Dermat. u. Syph. 1897. XLIII. k.
Fournier. La syphilis héréditaire tardive. Paris 1886.
Grossmann. A szem bújakóros bántalmak. Klin. Füzetek 1901.
Hochsinger. Die Schicksale der congen. syphil. Kinder. Wiener med. Wochenschr. 1889. 45. sz.
I. Nevins Hyde. The cutaneous cicatrices of Syphilis. Journal of cutan. and genito-urin. diseases 1893. 3. füzet.
Hutchinson. Syphilis. (Németre ford. Kollmann.) 1888. A clinical memoir on certain diseases of the Eye and ear consequent on inherited Syphilis. London 1863.
Joseph. Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten.
Krisowski. Ueber ein bisher wenig beachtetes Symptom der hered. Lues. Berl. klin. Wochenschrift. 1895. 41. sz.
Krösing. L. Passarge.
Michel. Lehrbuch der Augenheilkunde.
Parrot. Maladies des enfants. La syph. her. et le rachitisme.
Passarge és Krösing. Schwund und Regeneration des elast. Gewebes der Haut etc. Hamburg és Leipzig. 1894.
Robinson. Illustrations of diseases of the skin an syphilis. London 1890.
Rodier. Syphilis hereditaire. Dent de Hutchinson type. Journal de maladies cut. et syph. 1901. 3. sz.
Sudakievitsch. Das elast. Gewebe etc. 1882. (Passarge után idézve.)
Silex. Pathognomonische Kennzeichen der congen. Lues. Berl. klin. Wochenschr. 1896. 7. és 8. sz.
Troisier-Ménétrier. Histologie des vergetures. Archiv de med. experiment, 1889.
Unna. Histopath. der Hautkrankheiten. 1894.
Vogelewitz. Über die bleibenden Kennzeichen der hered. Syphilis. Inaug.-Diss. Königsberg. 1896.

A XI. tábla magyarázata:

- Str. c. = corneum.
 Str. M. = Malpighi.
 p. = ép papillák.
 p.1 = atrophias papillák.
 C. = Corium.
 f. = folliculus.
 E. = Elastikus rostok.
 f. su. = veritékmirigyek.

A peruol, mint új antiscabiosum.

Irta Szabóky János dr. intézeti tanársegéd.

A számos újabb gyógyszerekkel, melyeket a scabies kezelésénél ajánlanak, arra törekszenek, hogy azok olcsók, szagtalanok legyenek, a ruhát ne szennyezzék, egyszerűen kezelési módot nyújtsanak.

Egy látszólag ily tulajdonságokkal bíró szert, a peruolt melyet *Erdmann* dr. Halleban állított elő, igyekszik az „Actien-gesellschaft für Anilin-Fabrication“ forgalomba hozni. A peruol (bensolsav, bensylester) szintelen, majd teljesen szagtalan s átlátszó olajszerű folyadék, a perubalsam pótszereként szerepelhet.

*Juliusberg*¹ alkalmazta először sikerrel e szernek 25%-os ricinus olajos oldatát scabiesnél; előnyökként kiemeli, hogy e szer nem bír toxikus tulajdonságokkal, az atkát biztosan megöli, nem izgatja a bőrt, a ruhát nem szennyezi s szagtalan.

*Lassar*² teljesen úgy alkalmazta, mint *Juliusberg* (a reudes tisztasági fürdő, tiszta alsóruha s ágynemű változtatása után a beteg két nap alatt 3—4-szer alkalmazta a 25%-os peruolt; az utolsó kenés után a beteg 3—4 napra szappanos fürdőt vett), a következőképen nyilatkozik: 100 esetben 27-szer ért el teljes gyógyulást, 32-szer csak javulást látott s 41 esetben eredménytelenül alkalmazta azt. Szerinte a peruol enyhe esetekben már fent említett előnyeinek fogva czélszerűen alkalmazható, de vérmes reményeket nem szabad e szerhez fűznünk, mert akárhányszor gyógyulás híján más szerekre kell áttérni.

¹ Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Aachen vom 16. bis 22. September 1901. p. Monatshefte f. path. Dermat. B. XXXI.

² Dermatologische Zeitschrift. Band VIII. Juni 1901. Heft 3. 372.

E közlemények tudatában mi is megkezdjük kísérleteinket, de nem elégedtünk meg 25%-os ricinus olajos oldat alkalmazásával, hanem 30%-os s 50%-os oldatokat is applicáltunk. A peruolt ily alakban 25 scabies-esetnél, két különféle epizodák által előidézett bőraffekcióknál s egyszer prurigonal alkalmaztuk; 2 parasitaer eczema-esetnél 15—25%-os peruolos pastát rendeltünk.

Scabies-esetekben beteg előzőleg tisztasági fürdőt, tiszta alsó ruhát és ágyneműt kapott, a beteg ezután 10%-os, ha ezzel czélt nem értünk, 25%-os, 30%-os, majd 50%-os ricinus olajos peruol oldattal 2 nap alatt 3—4-szer 15'-ig dörzsölte be magát; hatástalanság esetén a kezelést megismételtük.

Eseteinkben bármennyig is alkalmaztuk a peruolt, az a bört nem izgatta. A következőkben összeállított tábla mutatja, hogy a 25 scabies-esetnek 89%-ában gyógyulás állott be, 20%-ában eredménytelenül alkalmaztam a peruolt.

Szám	Diagn. Scabies	Kezelés	Kezelés tart	Eredmény
1.	középsúlyos eset, kiskókú eczema	IX/3—IX/7. 10%/o (3-szor) IX/7—IX/14. 30%/o (6-szor)	11 n.	gyógyult
2.	középsúlyos eset	VIII/9—VIII/18. 30%/o (9-szer)	9 n.	gyógyult
3.	enyhe eset	VIII/11—VIII/25. 30%/o (9-szer)	14 n.	változatlan, VIII/25. 10%/o epicarín, melyre 4 nap alatt gyógy.
4.	súlyos eset, eczema	VIII/30—IX/15. 30%/o (12-szer)	16 n.	kissé javult, Wilkinson-kenőcsre 3 napra gyógyult
5.	enyhe eset	VII/20—VII/24. 10%/o (3-szor) VII/24—VII/27. 30%/o (3-szor)	7 n.	gyógyult
6.	enyhe eset	VIII/21—VIII/25. 10%/o (3-szor) VIII/25—VIII/30. 30%/o (3-szor)	9 n.	gyógyult
7.	enyhe eset	VII/18—VII/24. 10%/o (6-szor)	6 n.	gyógyult
8.	enyhe eset	VIII/29—IX/2. 10%/o (6-szor)	4 n.	gyógyult
9.	középsúlyos eset	IX/10—IX/21. 25%/o (9-szer)	11 n.	javult, Wilkinson-kenőcsre 4 napra gyógyult
10.	enyhe eset	VIII/7—VIII/14. 25%/o (6-szor)	7 n.	gyógyult
11.	középsúlyos eset, eczema	VII/25—VII/28. 10%/o (3-szor) VII/28—VIII/2. 25%/o (3-szor)	9 n.	gyógyult
12.	súlyos eset, eczema	VIII/3—VIII/14. 25%/o (9-szer)	11 n.	gyógyult
13.	enyhe eset	VIII/5—VIII/16. 25%/o (9-szer)	11 n.	gyógyult
14.	enyhe eset	IX/7—IX/16. 50%/o (9-szer)	9 n.	gyógyult
15.	enyhe eset	IX/9—IX/13. 50%/o (3-szor)	4 n.	gyógyult
16.	enyhe eset	IX/10—IX/16. 50%/o (6-szor)	6 n.	gyógyult
17.	középsúlyos eset	XI/9—IX/13. 30%/o (4-szer) IX/13—IX/18. 50%/o (5-szor)	9 n.	gyógyult
18.	középsúlyos eset	IX/9—IX/17. 50%/o (9-szer)	8 n.	gyógyulatlan, 10%/o-os epicarín kenőcs 4 napi alkalmazására gyógyult
19.	enyhe eset	VIII/27—VIII/30. 50%/o (3-szor)	3 n.	gyógyult
20.	súlyos eset	VIII/17—VIII/22. 25%/o (6-szor) VIII/22—VIII/27. 50%/o (6-szor)	10 n.	gyógyult
21.	súlyos eset, eczema	VII/22—VII/29. 10%/o (6-szor) VII/29—VIII/3. 25%/o (5-szor) VIII/3—VIII/6. 50%/o (3-szor)	15 n.	gyógyult
22.	középsúlyos eset	VII/24—VII/27. 50%/o (3-szor)	4 n.	gyógyult

Szám	Diagn. Scabies	Kezelés	Kezelés tart	Eredmény
23.	súlyos eset	VII/27—VII/31. 30%/o (6-szor) VII/31—VIII/12. 50%/o (12-szer)	16 n.	gyógyult
24.	enyhe eset	VIII/21—VIII/25. 25%/o (3-szor) VIII/25—VIII/31. 50%/o (6-szor)	9 n.	gyógyult
25.	súlyos eset, eczema	VIII/7—VIII/22. 50%/o (12-szor)	15 n.	gyógyulatlan, Wilkinson-kenőcsre 3 nap alatt gyógyult

A 10%-os ricinus olajos peruol csak az esetek 14·29%-ában a 25%-os az esetek 44%-ában, a 30%-os az esetek 25%-ában, az 50%-os oldat az esetek 83%-ában mutatott gyógyulást. Kitűnik tehát, hogy az 50%-os peruol-oldat a leghatásosabb. Tekintve azonban, hogy a kezelés tartama még az 50%-os peruolnál is legtöbb esetben kinyúlt 9—10 napra, néha pedig 15—16 napig tartott, sem az 50%-os peruol, de még kevésbé dicsekedhetnek az 50%-os peruolnál gyengébb oldatok fényes eredményével.

Különböző epizodák által előidézett bőr affekcióknál két esetben a 25%-os ricinus olajos peruol háromszori alkalmazására a viszketés csillapulása mellett a folyamat gyógyult.

Négy éves prurigos gyermeknél a 15%-os ricinus olajos oldat hatszori alkalmazása után a viszketés szűnt, a bőr tisztult. Beteg ezután többé nem jelentkezett s így ez egy eset alapján, melyet végig sem észleltem, véleményt nem mondhatok.

Parasitaer eczema két esetében a peruolt 15%-os s 25%-os taleumos kenőcs alakjában alkalmaztam. A viszketés aránylag rövid idő alatt megszűnt, de a folyamat maga e kezeléssel alig volt befolyásolható.

Eredményeim összefoglalva a következők: a peruol parasitaer eczemáknál nem ajánlható, epizodák által előidézett bőraffekcióknál 25%-os ricinus olajos oldatban jó hatású volt. A 25%-os, 30%-os ricinus olajos peruol csak gyenge, az 50%-os elég jó antiscabiosum; csak sokára bekövetkező hatása miatt azonban nem mülja felül az ennél biztosabban és gyorsabban ható egyéb szereinket. A peruolt mint antiscabiosumot csak azon előnyénél fogva ajánlanám, hogy nem izgat, szagtalan, a ruhát nem szennyezi s így kényelmesen alkalmazható az elegans praxisban.

Végül felemlitem, hogy 25%-os ricinus olajos oldat moszkitos s szunyogcsípéseknél jó szolgálatot tehet.

Nékám egyetemi magántanár úrnak az esetek átengedéseért hálás köszönetet mondok.

Bélbeli autointoxicatio következtében fellépett perifolliculitis esete.

Szabóky János dr., intézeti tanársegéd.

A VI. sz. táblával és 2 szöveg közötti rajzzal.

Ismeretes dolog, hogy Hebranak gloriosus működése következtében az a tan, hogy a bőr a szervezettől függetlenül betegedhet meg, a múlt század közepe táján annyira előtérbe nyomult, hogy a francia iskolának évtizedekig tartó küzdelmébe került a bőrbetegségek nagy részének általános pathologiai genesisét s a szervezet s a bőrbetegségek közötti szoros összefüggést kiemelni, újra felhívni a figyelmet azokra a bőrmegbetegedésekre, melyeket a bőr más szervek vagy a szervezet előzetes megbetegedése következtében kénytelen elviselni:

Ma a bőrbetegségeket 3 nagy csoportra oszthatjuk:

1. a bőrnek független;
2. a bőrre más szervekről áttérjedő;
3. más szerv primaer baja miatt a bőrfunkció alterálása által létrejöttkre.

Ez utóbbiak közé tartoznak, pl. az ideges, a circulatoris zavarok, a cahexiák s különösen az intoxicatiók által okozottak:

Az intoxicatiók között megint, különösen az autointoxicatiók érdemelnek első sorban figyelmet (*Bouchard, Senator*) gyakoriságuk, a kórkép változatossága, a folyamat kiindulásának különbözősége stb. miatt.

A míg azonban az autointoxicatióknál többnyire csak a volatilis erythemák, oedemák, urticariák csoportjába tartozó jelenségeket szoktuk észlelni, a lefolyt hónapokban alkalmam nyílt egy olyan gastrointestinalis eredetű autointoxicatio esetet megfigyelni, melynél a létrejött pars minoris resistentia a bőrnek csak egy kicsiny részére szorítkozott, ott azonban mély destructiora vezetett.

Esetem a következő:

F. W. erősen lesoványodott és legyengült 52 éves férfibeteg már 1899 óta chronikus gyomor- és bélhurutban szenved; ez idő alatt már több ízben keresett kórházban gyógyulást.

Legutóbb Jordán főorvos osztályán feküdt, hol eleinte diabetesre vették fel a diagnosist, mert a *Trommer*-féle próba positiv reactiot adott. Tovább vizsgálva a beteget, kitűnik, hogy a *Böttger*-féle próba, erjedési próba, phenylhydrasin s nitropropiol próbák, a melyeket *Pékár Mihály* dr. nagy gonddal végzett,

Beteg csak hashajtóra székelt. A vizelet napi mennyisége 600 cm³, fajsúlya 1031, színe sötétsárga, kémhatása gyengén alkalikus; a kissé szaporodott phosphatoktól zavaros, fehérjeecukor nem mutatható ki. Az aether-kénsavak mennyisége a rendes tartalomnak körülbelül ötszöröse; reducáló anyagokra nézve a *Trommer*-próba egyedül positiv.

A bőrön, az alsó végtagokon, főleg azok feszítő oldalán lencsétől egész 20 fillérnyi nagyságú (úgy látszik, egyrészt a folliculusokból kiinduló, másrészt a folliculusok körül jelentkező) a bőr niveauján kevéssé, majd jobban felülemelkedő, itt-ott 3—4 mm. magasságú, pirosas szürkés színű, helyenként abscedáló, nagyrészt varral, pörkkel fedett eruptiók láthatók. Főleg a nagy pörkös masszával fedett kiütéseknek alapja szürkés livid színű, némileg hasonlítanak öreg egyéneknek jelentkező verruca seborrhoeákhoz. A fejen, hason, háton s felkarok feszítő oldalán elhelyezett kiütések legfeljebb lencsényiek (folliculusokból vagy azok környezetéből indulnak ki), itt-ott abscedálnak, csak helyenkint pörkkel fedettek, pirosas színűek, a bőr niveauján csak gyengén kiemelkedők. Az anus és penis körül elhelyezett efflorescentiák nagyobbak, az alsó végtagokon jelentkezőkhöz hasonlóak, pirosas színűek, pörk és varos felrakódások nem láthatók. A leírt kiütések időnként erősen viszketnek.

A bal cizombon a térd felett bab mekkoraságú, az alszáron

Ép folliculusok Ferde, kitágított, át nem szaladt folliculus Szétesett folliculus erős lobbal körülötte Kitágult, átszaladt, infiltrált környékű folliculusok



Erősen infiltrált alapon ülő, csoportosított, kiemelkedő perifoliculitis és folliculitis csoport a czomb köréből.

ecukor hiányát mutatták s így a *Trommer*-féle eredményt valamely más reducáló anyagra kellett vonatkoztatni.

Betegnek ez idő közben bőrelváltozásai támadtak, melyek miatt 1901. márczius 29-dikén Nékám e. m.-tanár osztályára tetetett át. Beteg ekkor gyomorbaját jellemző, már 1899 óta fennálló étvágytalanságról, időnkinti gyomortáji fájdalmakról, székrekedésről, hányási ingerekről, hányásról, fejfájásokról, lesoványodásáról, gyengüléséről s újabban jelentkező mellkasi nyílásairól panaszkodott. 1901. február hó óta eleinte az alsó, majd felső végtagjain, majd törzsén, végül alfelén léptek fel kiütések, melyek lassan nagyobbodtak s időnkint viszkettek.

A szervezet átvizsgálásánál látjuk, hogy az erősen lesoványodott beteg nyelve lepedékes, bevont. Közérzetét és anamnesisben felemlített panaszok zavarják. A jobb tüdő alsó hátsó lebenye felett kissé gyengült a légzés.

A gyomor felett kopogtatási eltérést nem találtunk, tapintásra sem fájdalmasságot nem tapasztaltunk, sem resistentiát nem éreztünk. Próbareggeli után kivett váladékban sem szabad sósav, sem tejsav nem volt kimutatható; a gyomorváladék a veres lakmust minimalisan kékre festi, a kéknek színét nem változtatja meg. A gyomorváladékban sok az emésztetlen rész, sarcina.

kis mogorónyi bőrdarabot exscindáltam szövettani vizsgálat céljából.

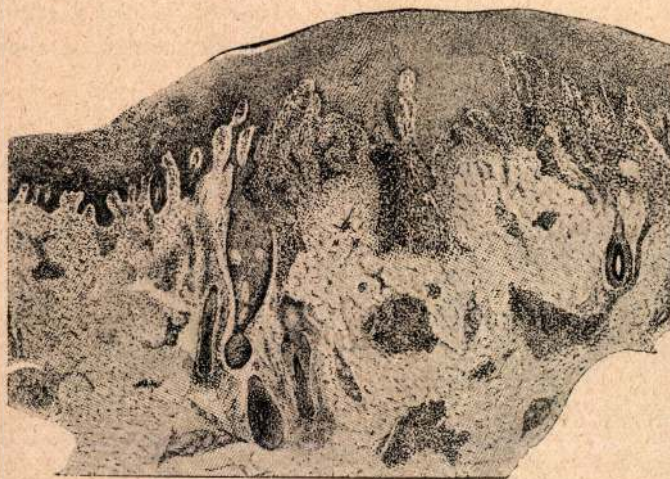
Therapia: a beteget jól tápláljuk (tej, hús, tojás, bor stb.), roboráljuk (orexin, amarak, china vasbor stb.) s székét rendezzük (purgó s keserű vízzel). Gyakran fürösztjük, sétáltatjuk friss levegőn. A bőrkiütéseket 10% bórkenőccsel kezeltük.

Betegnél április végén, midőn a mellkasi nyílások fokozódtak s a mellett lázak is léptek fel, a melyek 38.5-nél magasabbak nem voltak, Jordán főorvos exsudatum pleuriticum lateris dextrit constatait, mely a bimbóvonalban az 5-dik bordáig, a hónaljvonalban a 6-dik bordáig s hátul a scapularis vonalban a 6-dik bordáig terjedt fel. A próbapunctio által 1 cm³ tiszta sárga savó volt kiszivható.

A próbapunctio óta az exsudatum lassankinti felszívódása s a beteg folytonos roborálása mellett a gyomorpanaszok is feltűnően javulnak; az újonnan kivett gyomorváladék majd teljesen megfelel a normalisnak; a vizeleti abnormitások eltűntek, aetherkénsavak normalis mennyiségűek, a reducáló anyag nem lépi túl a rendes határt; a bőrkiütések helyenkinti pigmentatiók s livid színeződés hátrahagyásával visszafejlődtek, úgy hogy június közepén a beteg gyógyultan távozott.

Az exscindált anyag göröcsövi lelete a következő: Maga az epidermis sehol sincs áttörve, a papillák inkább meghosszabbodottak; a hám legalább is rendes vastagságú, az elszarusodás normalisan megy végbe, a stratum corneum csaknem normalis vastagságú; a hajtűszők egy része sötét, környékük is egészen normalisak, lumen alig látható, bevándorolt sejtek hiányoznak; az őket környező véredények normalisak. A folliculusok nagyobb része azonban igen tetemes elváltozásokat mutat, úgy szintén nagy destructiókat szenvedett az ilyenek környékén levő bőr, mely infiltrált, sejtekkel ad maximum megtelt, szövetében helyenkint teljesen tönkrement s a papillák s corium egyes helyeit egészen elfoglalja. Az egészen ép s a súlyosan elváltozott bőrrészletesikok egy-egy metszeten is annyira váltakoznak, hogy teljesen alakatlan, tönkrement abscessuszerű részletekben is igen gyakran találni egészen épen maradt folliculusokat.

A Malphigi-réteg bevándorolt sejtekkel alig van még áthatva; a sejtek Kromayer-féle rostozódása azonban csak nagyon kevésbé vehető ki, maga a sejt közti oedema csak kiesinyfokú.



Kép a bántalom korábbi stadiumából.

A folyamat kiindulása úgy látszik hyperaemiával kezdődik, melynek következtében kisebb oedema és csakhamar sejtes infiltratio áll elő; ilyen helyeken a szövetben polychrom-methylenkék festésnél a rostos collagenszövet vagy egyáltalán nem látszik vagy gyengén vöröses színű, ellenben kitűnően szembeötlők lesznek a csillagos, egymástól távolabbra jutott kötőszöveti sejtek, melyek protoplasmájában szintén néha halvány rózsaszínű árnyalatokat lehet látni.

Az infiltratio legnagyobb részét polynuclearis phagocyták képezik, melyek néha oly óriási tömegben vannak jelen, hogy a vékonyabb metszeten és különösen a véredények szomszédságában egész átlátszatlan tömeget képeznek; roppant mennyiségben találni azonkívül egymagvú igen sötétén festődő lymphocytákhoz minden tekintetben hasonló sejteket, melyek azonban néha annyira egy-egy collagenrost helyében sűrűn egymás mellett fekszenek, hogy valószínűleg a Stricker-féle rost elsejtésedéssel van dolgunk, a mikor ugyanis a genyedésnek induló szövetben detritus és nekrosis képződése helyett a

rostos szövet orsóalakú magja feloszlik, azután feloszlatja maga után a protoplasmát s végre egész sor lymphocytára hasonlító sejté válik. E mellett azonban egyéb helyeken nagy mennyiségben lehetett kiesiny, a polynuclearis sejtek magjaihoz hasonló, sokszor protoplasmával sem környezett igen sötétén festődő szemcséket találni. Az ilyen szemcsék néha nagy tömegben sejtekbe vétetnek fel és ezek a sejtek azután benyomulnak a hamba s a felületre hatolnak azon keresztül.

A coriumban mindenütt nagyon nagy vascularisatio mutatkozott, részben a csillagos sejtekből, részben az orsóalakú sejtekből tömördek nyulvány indult ki; néha hosszú rudak alakjában számos egymás mellett haladt, egészen egy capillaris edényhez hasonlítva, a nélkül azonban, hogy még lumenük és bennük lett volna.

Tömött sejteket aránylag igen ritkán lehet csak látni, plasmasejtek jelenléte pedig egészen kivételes s csak nagy ritkán volt constatálható. Óriássejtek egészen hiányoznak s a szétesésnek nem góczszerű, nem egy pontból kiinduló, hanem a corium számos pontját egyszerre ért spontan, steril, coriumra szorító jellege volt.

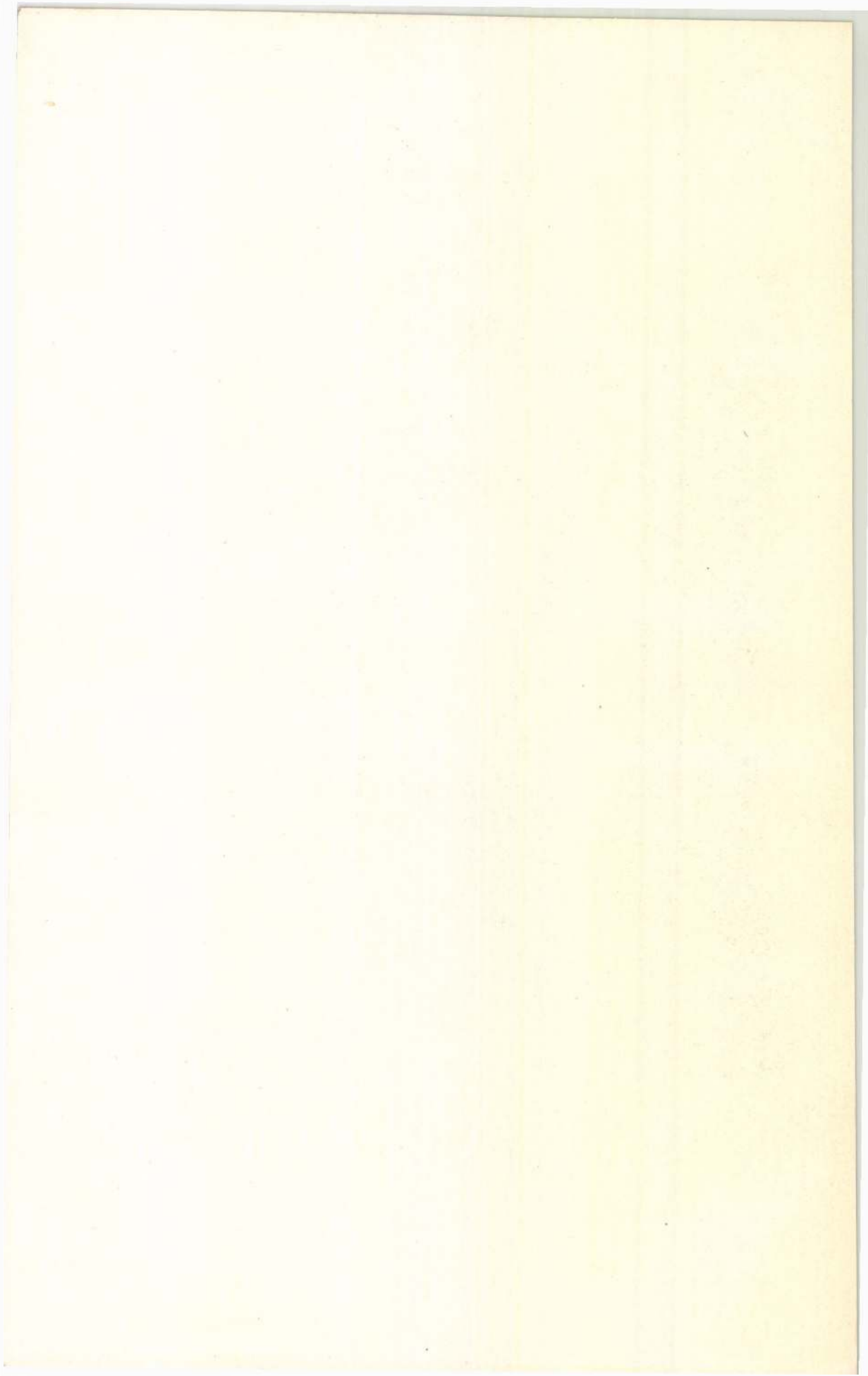
A mikor a szétesés már igen nagy fokot ért el s a sejtes infiltratio a környékbeli erősreactio lobos udvar és a subcutan oedema következtében az intracutan nyomás nagy mértéket öltött, az elfolyósodott genyes massák áttörték néhány folliculus falát s kiürültek azon. Az ilyen folliculusok vékony csövek maradtak s hámjuk is a ronsolt területek kivételével, melyek mindig alul voltak túlnyomó részben, épek maradtak. Kétségtelen azonban, hogy ezen primaer perifolliculitiseken kívül valódi folliculitisek is jelen voltak, mert nem ritkán lehetett gőmbalakúra tágitott, igen ronsolt falzatú áttört vagy át nem tört folliculus zsákokat látni, melyeknek néha falzatában is egész genyjáratok képződtek, környékükön pedig erős vascularisatio, reactiv lob daczára genyes szétesés nem mutatkozott. Az ilyen folliculusok üreibe néha messze benyúlt összeszáradt pörk a bőr felületén levő néhány mikroccoccus vagy bacillus zoogloeával látható. A subcutan szövetben mindenütt igen tág vér- és nyirkedények voltak láthatók, különösen infiltrált volt a veritékmirigyek környéke, a nélkül azonban, hogy elfolyósodásra, genyedésre került volna itt a dolog.

Esetünkben tehát a bőr különösen az alsó végtagokon, egyes pontokon súlyos destructiókat szenvedett, míg a mellette levő egyéb területek épak maradtak. A destructio a szövetnek genyes szétfolyásából állott, mely úgy a folliculusokból, mint különösen magából a coriumból minden bacteriumbehatás nélkül spontan indult ki. A közvetlen okot ekkor a hyperaemia, a sejtes kivándorlás képezte. Valószínűleg azonban a végső ok a hosszú ideig fennálló bélből eredő autointoxicatio volt s az ez által létrejött beidegzési gyengülésben keresendő.

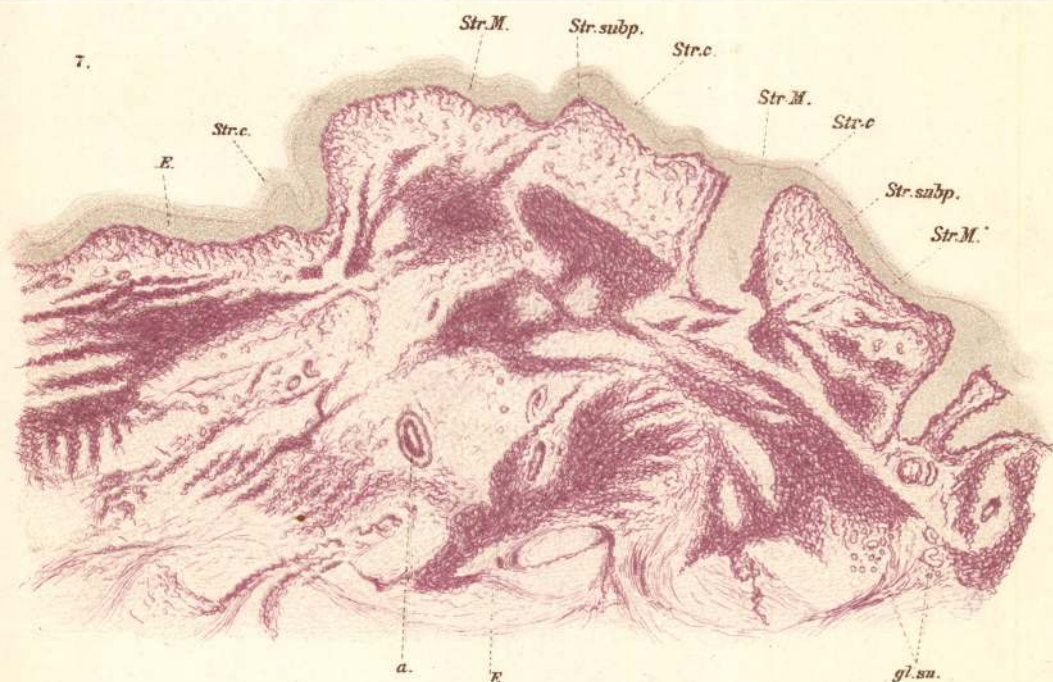
Hogy a betegnél nem a közönségesebb felfekvések vagy diffus erythemák, úgynevezett cachectikusok dermatitisei, acnei jöttek létre, ez részben abból magyarázható, hogy az egyén mozgott, bőrét igen tisztán tartotta s így annak egyes, különösen lefokozott resistenciájú pontjai nem képződtek, másrészt, hogy az autointoxicatio ellen a bélregulálásával, diatával stb. sok alkalommal eredményesen lehetett küzdeni.

Végül az eset átengedéseért s a szövettani vizsgálatoknál nyújtott szíves útbaigazításokért igen tisztelt főnökömnek Nékám Lajos dr. egyet. magántanárnak mondok köszönetet.

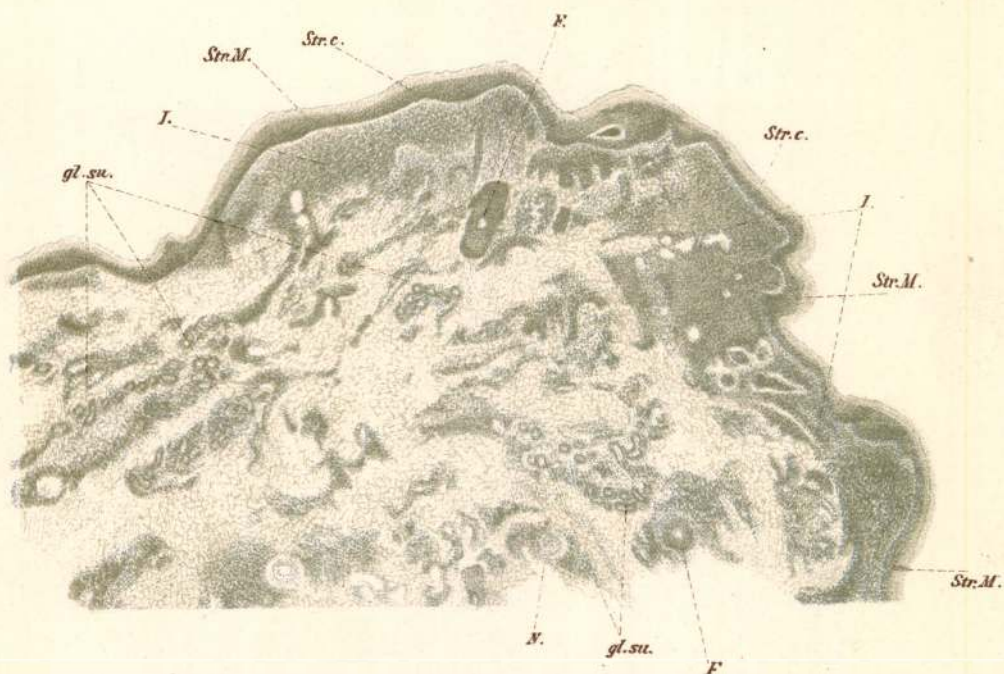


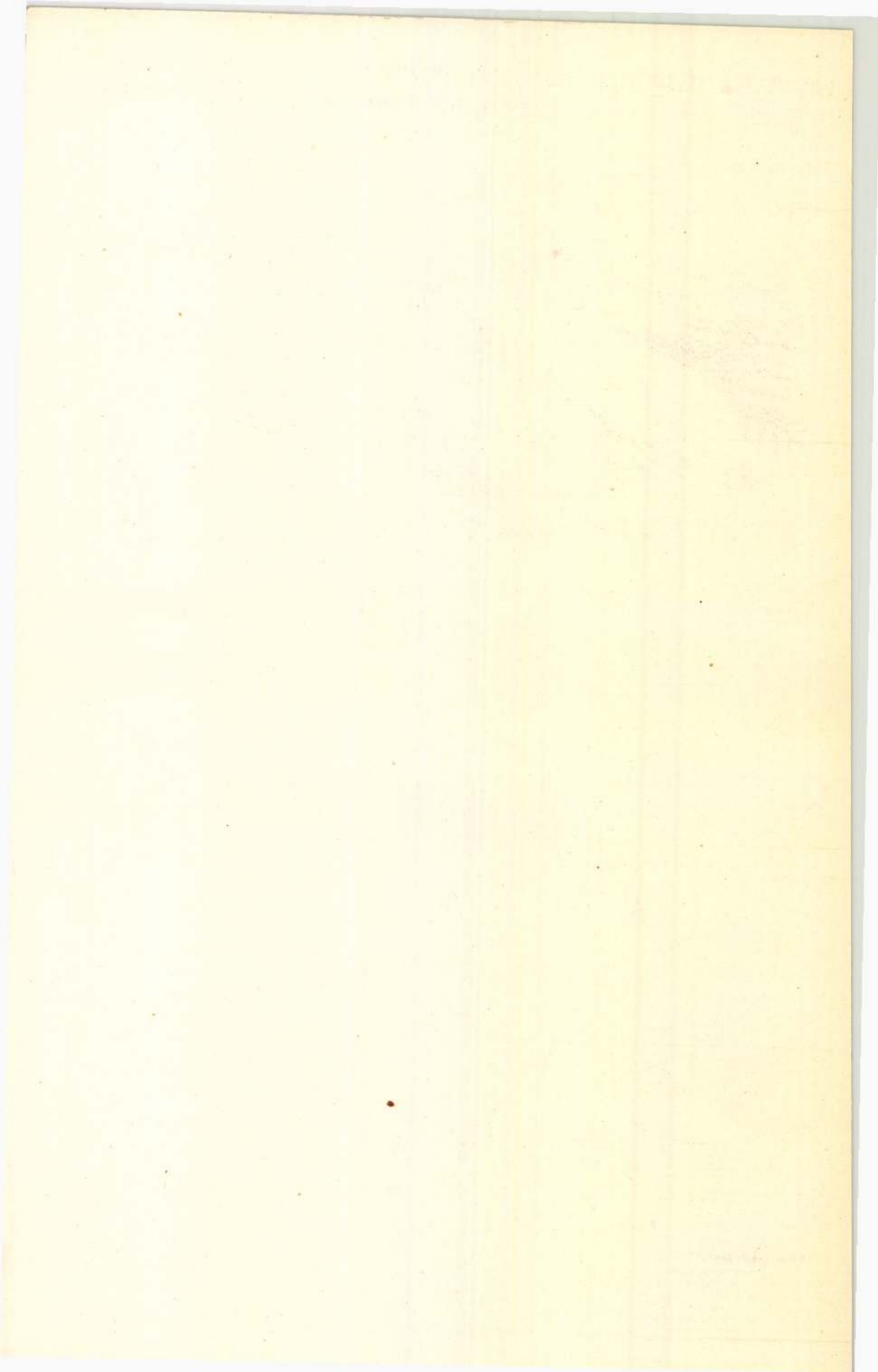


7.

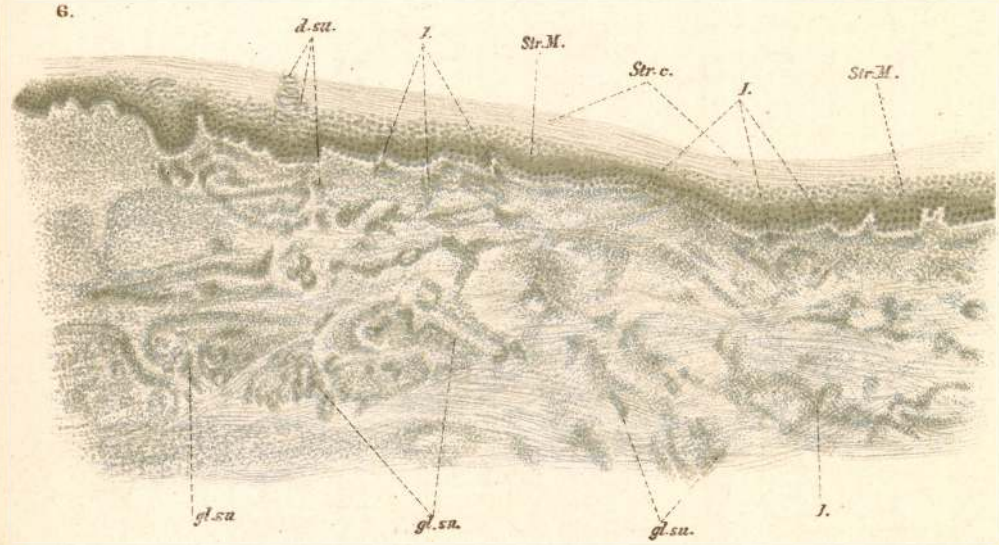


8.

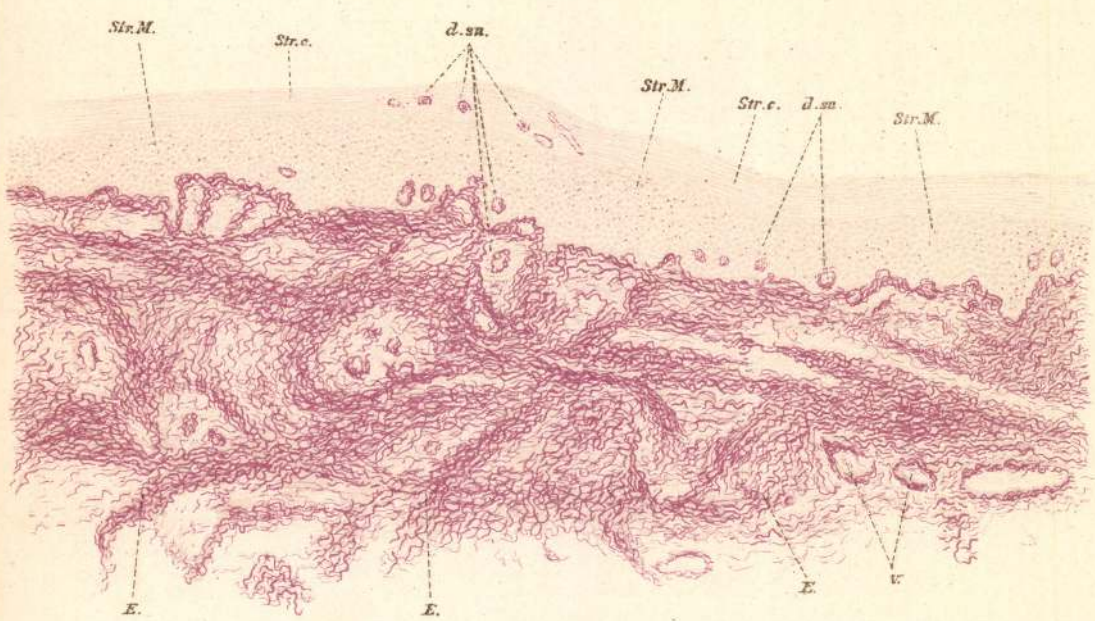


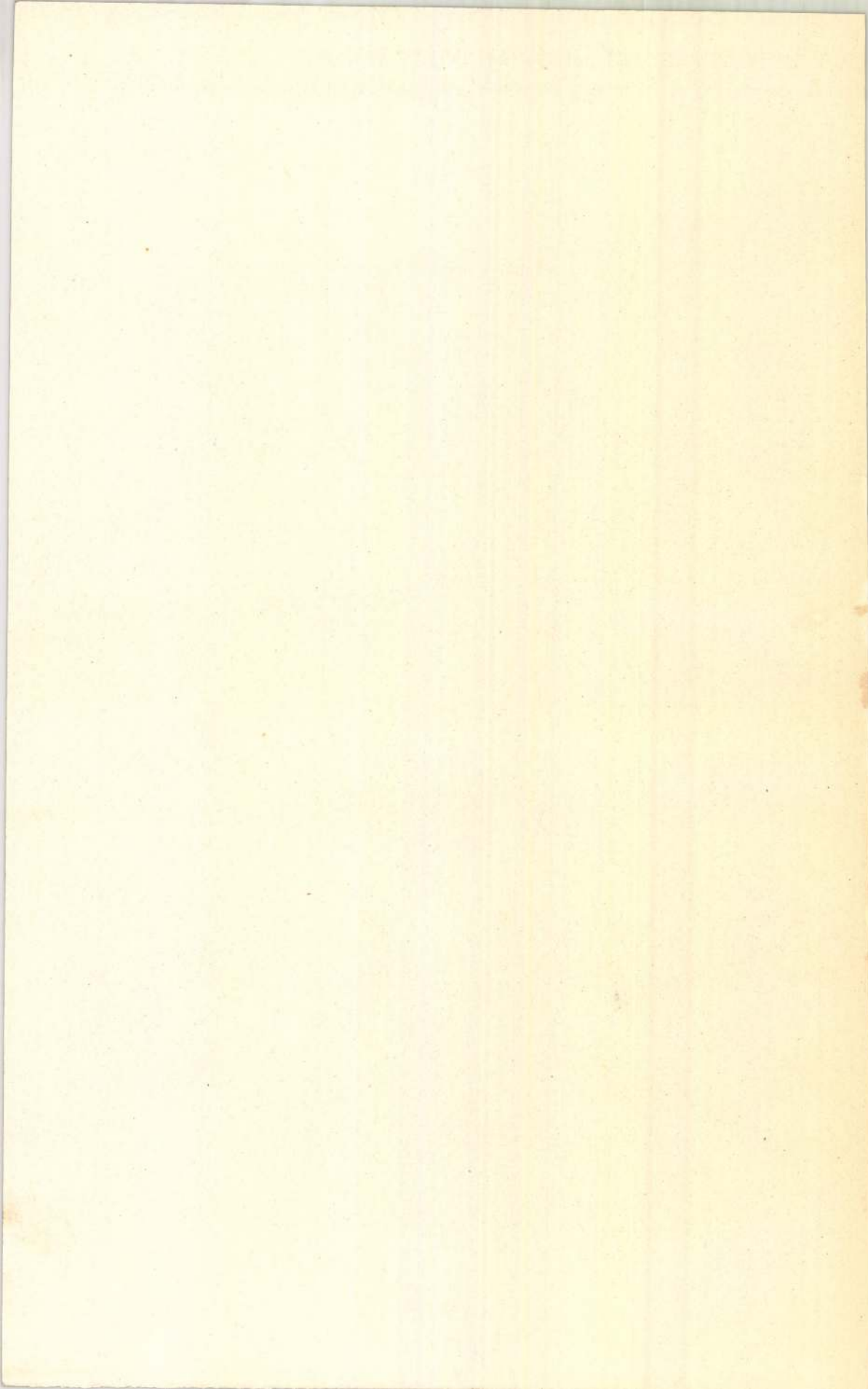


6.



3.





ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Klug Nándor: Az enzymekről. 183. lap.

Ónodi A.: A gége központi beidegzésének tan. 185. lap.

Korányi Sándor: Közlemény a szt. István-kórház VI. orvosi osztályáról. Az auscultációs percussioról. 186. lap.

Csillag Jakab: Közlemény a székes fővárosi szt. István-kórház bőrbeteg és buja-kóros osztályáról. (Főorvos: Róna Sámuel tanár.) Az eczema-kérdéshez. 188. lap.

Tarcsa. Kuthy Dezső: Az Erzsébet királyné-sanatórium ismertetése. 190. lap.

Orvosi oktatásügy. Szabályrendelet az egy évi kötelező kórházi gyakorlat tárgyában. 191. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Chudovszky Móricz: A esontörések és ficamodások kör- és gyógytanának haladása. 191. lap — Könyvismertetés. Hermann Rohleder: Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen. (Raskai.) 192. lap. — E. Metschnikoff: L'immunité dans les maladies infectieuses. 192. lap. — Lapszemle. Belgyógyászat. Lassar O.: A fagyás. (—nt.) — E. Bloch: Adatok a haematológiához. (Kövesi.) — Sebészet. Van Hassel: Az ízületi traumák kezelése. (Milkó Vilmos.) — Blecher: Vérpangás ízületi

merevségnél. (Milkó Vilmos.) — Guleke: Mamma-carcinoma-statistika. (Pólya Jenő.) — Venerás bántalmak. Fournier: Extragenitalis chanere. (Szabóky.) — Jordan: Jodolen. (Sellei.) — Fournier: A syphilis leküzdésére alakult egyesület. (Sellei.) — Fülgyógyászat. Schäfer: A hangok intracranialis továbbítása fültől fülhöz. (Ifj. Klug Nándor.) — Hensen: Az accomodációs mozgásokról az emberi hallószervben. (Ifj. Klug Nándor.) — Kisebb közlemények az orvosi gyakorlatra. — Szor: Traumatol. — Comby: Hangrészgöres. — Folyóiratok átnézete. 193—194. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A budapesti orvosi kör országos segély-egylete. — Országos közegészségi tanács. — Felszólalások a parlamentben a közegészségügy érdekében. — Új nyilvánossági jellegű osztrák kórház. — Gyógyfürdői jellegű adományozása. — K. Sebestyén Endre. — A napi ápolásdíjaknak 1902-re megállapított tételei. — Ismétlődő cursus-ok orvosok számára Poroszországban. — Hollaender Hugó. — Kérelem. — Högyes tanár Pasteur-intézete. — Kézmárszky tanár szülészeti poliklinikája. — A zempléni vármegyei orvosi gyógyszerész-segélyző-egyesület. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — A szabadkai önkéntes tűzoltó-egylet mentő- és fertőtlenítő osztálya. — A budapesti általános poliklinika. — Megjelent. — Elhunyt. — A természetes sósfürdők. — Herczel dr. — Röntgen-laboratórium. — Bauer Samu dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 195—196. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. 197. lap. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. 200. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az enzymekről.

Klug Nándor tanártól.¹

Tisztelt Orvosegyesület!

Egyesületünk múlt évi záró közgyűlésén az elnöki megnyitó mint a kör- és gyógybúvárlat terén újabb időben felmerült kiváló fontosságú két tényt, mely hivatva van nagy és széles utakat nyitni az orvostudománynak, az organotherapiát és az ultraviolet sugárak diagnostikus és therapeutikus jelentőségét emelte ki méltán. Azonban úgy vélem, ezek közé sorakozik még mint amazoknál nem kevésbé elsőrendű, az *enzyme* szerepe is a szervezetben. Az enzyme hatásának és más tulajdonságainak tanulmányozása az utolsó 10 év alatt a legjelesebbek sorából számos bűvart foglalkoztatott. Jelentőségüket szervezetünk háztartásában a bűvárlatok nagy horderejűnek ismerték fel, még az organotherapia nem egy esetében is — minden arra vall — épen az enzymeké a főszerep. Azok ma már nemesak az ipart, a chemiát érdeklik, igen lényeges részük jut a physiologiában és az orvosi tudományokban is. Ez okból nem vélek háládatlan munkát végezni akkor, midőn a tisztelt egyesület előtt az enzyme csodálatra méltó hatása kiválóan azon részének fejtegetésére vállalkozom, mely a physiologiában szerepel s így bennünket is közlel érdekel.

Általában *erjesztőknek* — fermentumoknak — azokat a testeket mondják, melyek befolyása alatt összetett szerves anyagok egyszerűbb testekre szétesnek. A legismertebb ilyen erjesztő hatás az, midőn szőlőcukorból alkohol és szén-sav lesz: $C_6H_{12}O_6 = 2$

$C_2H_5OH + 2 CO_2$. Számosak azok az erjesztők, melyek behatása alatt polysaccharidek disaccharidekké s monosaccharidekké válnak, fehérjékből peptonok, majd amidosavak, zsirokból zsírsavak és glicerín képződnek. Erjesztőfolyamat a tej és vér megalvadásának is az oka. Hogy miben áll az erjesztőhatás, e tekintetben sok a theoria és vizsgálat, de végleges megállapodáshoz mind máig nem jutott a tudomány. *Liebig* szerint az erjesztő test a vele érintkező megfelelő más testre ruhazza át saját állapotát, az intramolecularis rezgést, melyet alkatrészei egyensúlypontjuk körül végeznek. Az erjesztést a rothadástól *Liebig* annyiban különböztette el, a mennyiben feltette, hogy a rothadó test a bomlást, melyben van, maga terjeszti tovább, míg az erjesztést nem az erjesztésben levő test, hanem külön anyag, az erjesztő tartja fenn. Az erjesztő által átruházott rezgés megzavarja az erjesztésre alkalmas anyag moleculáinak egyensúlyát és az szétesik a nélkül, hogy az erjesztő maga változást szenvedne (Nägeli²). Ezzel szemben *Pasteur*, kiválóan az élesztővel tett tanulmányai révén, arra a következtetésre jutott, hogy az erjesztés intramolecularis lélegzés. Látni való, hogy itt is, mint a physiologiában gyakran, physikai és physiologico-chemiai theoriák állanak egymással szemben. Több kisebb változással e theoriák körül forog ma is a discussio.

Egyes esetekre *Pasteur* theoriája tényleg directe bebizonyítható. Azonban tekintettel arra, hogy erjesztők függetlenül a sejttől is tudnak erjedést fentartani, az intramolecularis lélegzés az erjesztés egyedüli okának nem mondható. Azért ma az erjesztőket legtöbbször oly testeknek tartják, melyek labilis atomcsoportban szétesést tartanak fenn; e hatás igen hasonlít az anorganikus testek között fennálló hasonló széteséshez. Régen ismert példája az ilyen szétesésnek az, mely szerint a bizonyos egyensúlypont

¹ Előadta a budapesti kir. orvosegyesület 1902. február 8-dikán tartott rendes tudományos ülésén.

² *Oppenheimer C.* Die Fermente und ihre Wirkung. Leipzig, 1900.

² *Green Windisch.* Die Enzyme. Berlin, 1901.

körül lengő hydrogen hyperoxyd moleculái, ha arany, platina, ezüst, szén, vagy más anyaggal érintkeznek, midőn azok finoman el vannak osztva, akkor vízre és oxygenre esnek szét. Itt, úgy mint az erjesztőhatásnál, az egyik test — a platina stb. — semmi változást sem szenved, csak a másik anyag hasadt egyszerűbb testekre. Az ilyen folyamatot katalysisnak, az illető változást okozó testet magát katalysatornak nevezik; az erjesztők tehát ilyen katalysatorok volnának *Nägeli* és mások theoriája szerint.

Úgy ezek, valamint a felmerült egyéb elméletek, a folyamat lényegéről felvilágosítást nem adnak. Tény az, hogy az erjesztők összetett testeket egyszerűbbekre bontanak fel a nélkül, hogy maguk észrevehető változást szenvednének, hogy hatásuk sok tekintetben a híg savak, lugok, túlhevített vízgőz hatásához hasonlít és hogy az erjesztés igen sok esetben hydrolysises folyamat, azaz olyan, a mely mellett a hasonló test a víz elemeit felveszi alkatrészei közé.

Az erjesztők, mint chemiai testek, hovatartozása nincsen még eddigelé tisztázva, sőt vannak, a kik szerint az erjesztők nem is külön testek. Ezek szerint az erjesztés csak az energia nyilvánulásának bizonyos alakja, mint a milyen alakja az energia nyilvánulásának pl. a delejesség. Így *Arthur*¹ szerint az erjesztők annyira nem önálló testek, mint akár a villamosság, delejesség, a fény vagy a meleg; mint ezek, az erjesztés is az energiának bizonyos formája. Azonban az erjesztés bizonyos határozott testek olyan tulajdonsága, mely által azok egymástól és minden más testtől is lényegesen eltérnek.

A trypsinről mondják, hogy határozottan fehérjenemű test, tényleg a fehérjék szénreactioit adja; azonban egyik-másik tulajdonságára nézve eltér a fehérjétől s ezek között nevezetesen abban is, hogy épen a fehérjét hasítja, egyszerűbb vegyületekké felbontja. De ha így áll a dolog, akkor a trypsin a fehérjétől lényegesen eltérő testnek is kell mondanunk s tesszük azt több joggal, mint a mennyi joggal pl. a szőlőcukrot és gyümölcscukrot, két vegyi összetételében teljesen megegyező testet, mint külön-külön anyagot különböztetjük meg. Minden erjesztő azonban nem is adja a fehérjék szénreactioit, így már a pepsin sem, melylyel semmi fehérjekémlés sem sikerül. A chemiai testeket jellemző tulajdonságaik által szokták megkülönböztetni egymástól, az erjesztők e jellemző tulajdonsága épen az, hogy erjesztést tartanak fenn, s e képességüket más testre nem ruházzák át, mint pl. világító test a fényt, ellenben elvesztik jellemző tulajdonságukat oly behatások alatt, melyek az erjesztőt magát megváltoztatják.

Úgy látszik, az első megfigyelt erjedés az élesztő által okozott alkoholos erjedés volt és mert ez gázfejléssel jár, miáltal a víz forralásakor látható gázfejlődéshez hasonlít, azért nevezték el ezt a folyamatot erjedésnek. Egy másik, régen megfigyelt erjedés az ecetképződés alkoholból. Ezek és hasonló mibenlétét rég idő óta kutatják; világosságot e folyamatokba *Pasteur*² remek vizsgálatai hoztak, midőn kimutatták, hogy az erjesztés mikroorganizmusok életjelensége, bizonyos élő sejtek protoplasmája anyagforgalmának eredménye. Így az alkoholos erjedést, az alkohol- és szénsavképződést cukorból, az élesztő sejtjei (*saccharomyces*) tartják fenn. A mint a növényi sejtekben szénhidratok, zsírok, fehérjék, alkaloidok stb. képződnek, épen úgy lesz az élesztőben alkohol és szénsav. A tej megsavanyodását, azt, hogy tejcukorból tejsav lesz, számos hasadó gomba okozza; ilyenkor a tejcukor ($C_6H_{12}O_6$) egyszerűen két molecula tejsavra hasad ($2 C_3H_6O_3$).

E kétféle mikroorganizmusok, az élesztő- és tejsavképző bakteriumok közreműködésével lesz a tejből a *kumys* és a *kefir*. A lótejben mintegy 5·5% tejcukor foglaltatik, ebből marad a kumysban mintegy 1·3%, a többi cukor helyét 1·6% alkohol és 1% tejsav és széndioxid foglalja el. A tehéntejből készülő kefir élesztő és más bakteriumok, köztük tejsavas erjesztést fentartók befolyása alatt képződik. A kefirben mintegy 1% alkoholt s valamivel több tejsavat lehet találni. A rizskeményítőből készülő *arrakot* is mikrobák és gombák befolyása alatt állítják elő.

Alkohol képződésére az élesztőnél magasabb növényi szervezetek is alkalmasaknak bizonyultak akkor, midőn kellő mennyiségű oxygent nem kaptak. Így sikerült gyümölcsökből, levelekből, magvakból, burgonyából alkoholt nyerni, ha azokat zárt, oxygenmentes edényben tartották, míg ugyanazokban a levegő befolyása alatt alkohol nem képződik. *Pasteur* szerint az erjesztés tényleg az oxygenhiány következménye; a cukor azért esik úgy szét, hogy alkohol képződik belőle, mivel a sejt a lélegzésre szükséges oxygent előállítani törekszik. Az alkoholos erjedést glicerin és borostyánkősav fejlődése is kíséri, ezek képződése pedig oxygen felszabadításával jár. Élesztő befolyása alatt azonban az erjedés szabad oxygen jelenlétében is élénken foly. Míg tehát az élesztő anyagforgalma alkohol képződésével jár, addig a gyümölcsöké s a többi rendszeren nem jár azzal, sejtjeik csak énelvonás esetén fejlesztenek alkoholt.

E felsorolt példákhoz hasonló számtalan példa van, melyek mind megerősíteni látszanak *Pasteur*-nek azt a következtetését, hogy az erjesztés az élő sejt életjelensége.

A vizsgálatok folyamán azonban kitűnt az is, hogy bizonyos növényi és állati sejtek oly anyagokat termelnek, melyek bizonyos összetett szerves anyagokban ama mikroorganizmusok és növényi sejtek által létesítetthez hasonló változást okoznak. Így sikerült csirázó árpából vízzel olyan anyagot kivonni, mely főtt keményítőpépet cukorra változtathat át. A vízkivonatot átszűrve, a tiszta szüredékből alkoholesapadékot állítottak elő, mely szárítva s újból vízben feloldva, ugyanazt a hatást gyakorolta a főtt keményítőre, mint az eredeti vízkivonat. Ez anyagot, a *diastaset*, csirázó búza, rizs, zab és más magvakban is találták, valamint kimutatták jelenlétét még levelekben, gumókban, és nyilván minden élő növényi sejtől előállítható.

Az élő növényben a diastase egyfelől keményítőoldóképesége által a szénhidratok vándorlását, másfelől a csirázó magvakban a bennök foglalt keményítőszemcsék korrodálása s szétbontása által a növény fejlődését teszi lehetségessé. A diastase nem mikroorganizmus, hanem chemiai test, melyhez hasonló hatású mind több és több anyagot ismertek fel idővel, még az állati szervezetben is.

A kétféle észlelet tehát odavezetett, hogy megkülönböztettek úgynevezett *szervült* és *nem szervült* erjesztőket. *Kühne* az utóbbiakat *enzyme*-nek nevezte el. A szervült erjesztők tehát élősejtek s az erjesztés ezeknek egyik életjelensége; a nem szervült erjesztők sejtekben képződött, vízben oldható s elválasztott, vagy víz által a sejtől kivonható chemiai anyagok, melyek vízbéli oldata egészen függetlenül a sejtől okozhat erjedést.

Mindenképen tehát sejt az erjesztés fentartója vagy közvetlenül az által, hogy benne, mint a sejt anyagforgalmának egy életjelensége foly le az erjesztés, vagy közvetve az által, hogy a sejt enzimnemű testet termel, mely függetlenül a sejtől erjesztést tart fenn.

Azonban közelebbről megtekintve a dolgot, a különbség a kétféle erjesztő között nem lényeges. Egyik esetben is, a másikban is a sejt tartja fenn az erjesztést; csak hogy ez az egyik esetben a sejtben, a másikban a sejten kívül foly le, de mindkét esetben a sejt által termelt erjesztőanyag befolyása alatt. Sőt sikerült már egyes esetekben a rendszeren a sejtben foglalt s el nem választott erjesztőt is a sejtől izolálni. Így nevezetesen az alkoholerjesztőt is az ezen erjedést különben fentartó bomlásokból állították elő, a mi által directe be van bizonyítva, hogy a sejtek által fentartott erjesztés lényegében a sejtek által készített enzimnek a hatása. *Buchner* az enzimet élesztőből úgy nyerte, hogy a megmosott élesztőt, jó kisajtolás után, megfelelő súlyú mosott homok közé keverte és mozsárban addig morzsolta össze, míg a legtöbb sejt össze nem lett zúzva. A tézstaszerű összeállású tömeghez vizet adott és zacskóban egészen 500 légköri nyomásnak tette ki. A lesajtolt folyadékot tiszta kovaporral keverte és itatópapíron átszűrve, gyengén opaleskáló folyadékot nyert, mely nádecukor oldathoz adva, az élesztőnek megfelelő erjesztést tart fenn. *Buchner*¹ az így izolált erjesztőt *zymase*-nak nevezte el.

¹ *Arthur* M. Nature des enzymes. Paris, 1896.

² *Duclaux*. Traité de microbiologie. Paris, 1899—1900. 1—3. kötet.

¹ *Buchner*. Berichte d. deutsch. chem. Gesellschaft. 30. k. 117. 1110. l. 1897. és 31. k. 568. l. 1898.

Ez a zymase a cukrot, épen úgy mint az élesztő, alkoholra és szénsavra bontja.

Oldata akkor is erjesztőleg hat a cukorra, midőn az chloroformvízben oldva van. A chloroformvíz tudniillik, épen úgy mint a desinfiensek általában, mint a salicylsav, thymol, toluol, formaldehyd, fluor-natrium, carbol, 1⁰/₁₀₀ Hg Cl és mások, gátolja a mikro-organismuskoknak, tehát az élesztőnek is erjesztő hatását, holott a szabadon oldott enzimekre semmi befolyással nincsen.

A zymase 35–40 C⁰-on kiválik oldatából és elbomlik, a mint általában oldva, rövid néhány nap alatt elveszti hatóképességét. Érdekes, hogy *Buchner* tapasztalatai szerint nem minden élesztő tartalmaz zymaset és ott is, a hol van, mennyisége igen különböző. Legtöbb zymaset tartalmaz az olyan élesztő, mely erős fejlődésben, tehát az erjedés tetőfokán van. Elválasztása e szerint nem egyforma, csak időközönként történik, akkor tudniillik, midőn az élesztő legélénkebben szaporodik és nő. Ekkor hasonlít az élesztő az állati szervezetnek enzimeket elválasztó mirigysejtjei működéséhez.

(Folytatása következik.)

A gége központi beidegzésének tana.

Irta: *Ónodi A.* egyetemi tanár.

*Krause*¹ vizsgálatainak köszönhetjük idevonatkozó első szabatos ismereteinket. Ezeket megelőzték *Ferier*² és *Duret*³ észleletei. *Ferier* kutyánál a 3. és 4. agytekervény mellső egyesülési helyének izgatására a száj és nyelv mozgásait, továbbá hangadást észlelt. *Duret* kutyánál a harmadik homloktekervény eltávolítására az ugatás képességének elveszését tapasztalta. *Krause* állapította meg kutyánál a gége kéregközpontját a gyrus praefrontalis nevű agytekervényben. Ezen központ izgatására a gégeizmok összehúzódását, a hangrés záródását látta. *Semon* és *Horsley*⁴ is constatálták ezen központot. Egyoldali izgatás kétoldali hatással jár. Egyoldali kiirtásnak nincsen következménye, ép úgy egyoldali féltke kiirtásnak sem. A kéregközpontok rostjai a corona radiata és a capsula interna területében vehetők fel, ugyanitt egyoldali izgatás kétoldali hatással felel. Felveszik egy reflectorikus hangrésttágító tonus létezését, mely a hangrést tartósan nyitva tartja, míg a mellkas rhythmikus mozgásait végzi. *Moll*⁵ a *Krause*-féle központot és az egyoldali izgatás bilateralis hatását szintén megerősíti. *François Frank*⁶ tagadja ezen központnak a gégeire való befolyását. *Masini*⁷ a központot megerősíti, de azt találta, hogy az egyik központ gyenge izgatására az ellenoldali hangszalag közeledése következett be. *Semon*⁸ újabb vizsgálatai folyamán ez észleletről meggyőződni nem tudott. *Masini*⁹ újabb vizsgálati alapján állítja, hogy a kéregközpontok más mozgató központokkal is összefüggnek és a kéregközpont sértése csak részleges hűdést okoz. *Goltz*¹⁰ három kutyánál teljesen kiirtotta mind a két agyféltekét és az állatokat életben tartotta, de a hangképzés elváltozást nem mutatott.

Vizsgálataink¹¹ a *Krause*-féle központot és bilateralis hatását szintén megerősítették, de *Masini* észleletéről, a keresztezett hatásról meggyőződni nem tudtunk. Az egyik vagy mindkét kéregközpont kiirtása a hangképzésben és a hangszalagok mozgásaiban semmi változást sem von maga után.

*Brockaert*¹² és *Klemperer*¹³ a kéregközpontokat megerősítik, de *Masini* értelmében a keresztezett hatást nem észlelték. *Brockaert* azt tapasztalta, hogy a kéregközpontok kiirtása után az ugatás csak néhány hétre szűnik meg. *Aronsohn*¹⁴ is hasonló eredményt

ért el, a hangképzés 13. napon újra beállt. *Klemperer* a kéregközpontok kiirtása vagy bennük előidézett tályog- és gümöképződés után a hangképzésben semmi elváltozást sem észlelt. *Katzenstein*¹ az egyoldali kiirtásnál nem látott változást, a kétoldali kiirtást a kutya egy ideig megérzi, a hangképzés rövid időre elmarad. *Krause* régebben a kiirtás után a hang részleges vagy teljes elvesztését, újabban hangtalanságot észlelt.

Kísérleti sorozatunkban a mindkétoldali corona radiata lett megsértve illetőleg a nagy agyduczoktól elmettsze, de a hangképzésben és a hangszalagok mozgásaiban változás nem állott be. Hasonló eredménnyel járt a látótelep területének elpusztítása. A négy ikerteleplek az agytörzstől való átmettszése után a hangszalagok ép úgy kitérték és közeledtek, mint a műtét előtt, a hangképzés megmaradt. Hasonló eredményt értünk el, ha az átmettszés a mellső és hátsó ikertelep között történt és az állatban csupán hátulsó ikertelep, a nyúltvelő és az agyacs maradtak összefüggésben.

A nyúltvelőnek teljes átmettszésekor a vagus magvak területe felett a hangképzés megszűnt, a hangszalagok többé közeledni nem képesek és csupán mélyebb belégzésekre térnek kifelé. A kísérleti készítményeken a legnagyobb távolság a mellső ikerdombokat a hátsóktól elválasztó haránt barázda és negyedik aggyomrocs felső felében végzett harántmettszések között 12 mm. Ezen terület még egy központot foglal magában, melynek épségben tartása a hangképzést lehetővé teszi, midőn felette az agyvelőből minden el van mettsze; ezen terület megsértésével illetőleg kiküszöbölésével megszűnik a hangképzés, csupán a hangrésnek mélyebb belégzéskor beálló nagyobb tágulása következhetik be. *Klemperer*² egy kísérlet alapján az általam megjelölt hangképző terület ellen foglalt állást. Erre vonatkozólag kimutattam,³ hogy ezen egy kísérlet bizonyító erővel nem bírhat, miután *Klemperer* beismerése szerint az általam megjelölt területnek csupán egy részét érinti. Épen így kifogás alá esnek *Grabower*⁴ kísérletei is, melyek a negyedik aggyomrocs haránt bemetszéséből állottak. Ezen kísérletek alapján a nyúltvelői hangképző területet hátrább helyezi, a hátsó ikerteleptől 14–16 mm.-nyire, melynek átmettszésére a hangképzés megszűnt és csupán a hangszalagoknak távolodó mozgása maradt meg mélyebb belégzéskor.

Ezen terület megfelel a szürke szárny (ala cinerea) mellső és középső harmada közötti határnak. Ezen kísérletek azon igazolt kifogás alá esnek, hogy *Grabower* csupán bemetszéseket tett, holott az én összes vizsgálati eredményeim mindig a nyúltvelő teljes átmettszésére vonatkoznak. Azon kísérletek, melyek a magasabban fekvő központokat ki nem zárják, következtetésre igényt nem tarthatnak.

*Bechterew*⁵ eredményeimet megerősíti. Újabban⁶ pedig a következőkben nyilatkozik: „Meine eigenen Versuche führten zu Ergebnissen, welche mit denen von *Ónodi* in Ganzen übereinstimmen und ich schöpfe aus solcher Uebereinstimmung der Ergebnisse zweier in voller Unabhängigkeit von einander ausgeführten Untersuchungen einen Hinweis darauf, dass die Resultate derselben zuverlässig sein müssen“.

*Ivanow*⁷ újabban észlelte, hogy a látótelep oldalsó részének és a hátsó ikerteleplek izgatása ugyanazon hatással jár, mint a kéregközpontok izgatása. Egyoldali kiirtás után 40 nap elteltével kutyánál a másodlagos elfajulás jeleit látta, melyek a capsula interna, az oldalsó thalamusmag, substantia nigra, a medialis hurok és pyramis pályán át a nyúltvelő vagusmagváig követhetők voltak.

A subeerebralis hangképző központokra vonatkozó élettani kísérleteink eredményeit emberi perforált újszülöttek és emberi torzszülöttekre vonatkozó vizsgálatainkkal egészítettük ki. *Favre*⁸ esetében, perforált és hangot adó újszülöttnél hiányzik a szabatos bonczani vizsgálat. Egy általunk vizsgált hangot adó perforált újszülöttnél az agyvelő a mellső ikerteleplek magasságában a nyúlt-

¹ Archiv f. Anat. u. Physiol. 1884.

² Fonctions etc. 1876.

³ Compt. rend. de la Soc. de Biol. 1877.

⁴ Deutsche med. Woch. 1890.

⁵ Brit. med. Journ. 1890.

⁶ Leç. sur la fonct. motr. du cev. Paris. 1887.

⁷ Archiv italiani di laryng. 1888.

⁸ Die Entw. d. Lehre von den mot. Kehlkopflähm. etc. 1893.

⁹ Bollettino delle mal. dell orecchio etc.

¹⁰ Pflüger's Archiv 1892.

¹¹ Math. és Term. Közlemények 1894, Értesítő 1897.

¹² Revue de laryngol. 1895.

¹³ Archiv f. Laryng. 1895.

¹⁴ Deutsche med. Woch. 1888.

¹ Archiv f. Laryng. 1900.

² i. m.

³ Archiv f. Laryngol. 1895.

⁴ Archiv f. Laryngol. 1897.

⁵ Neurol. Centralbl. 1895.

⁶ Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. 1900.

⁷ Neurol. Centralbl. 1899.

⁸ Virchow's Archiv 1895.

velőtől el van választva, a hátsó ikertelepek és a Varol-híd teljesen épek. Egy másik hangot adó perforált újszülöttnél az agyvelő teljesen el lett választva a nyúltvelőtől azon a helyen, a hol az agykoesányok az agyvelővel összefüggnek.

Arnold¹ hemicephal torzszülöttje 3 napig élt és hangot adott. A vizsgálat mutatta, hogy az agyacs durványai megvannak és a négy ikertelepet egy lemez alkotja, az agy tömlős üregekből áll. Egy általunk észlelt anencephalon 61 óráig élt és hangot adott. A gerinczagy jól van kifejlődve, a nyúltvelő és Varol-híd kifejlődött, az agyacs helyén egy transparens lemez van jelen, különben mindenütt egy vöröses koesonyszerű szövet. A met-szeteken láthatók a hypoglossus, vagus és glossopharyngeus magvai és gyökérstajai, továbbá az acusticus és facialis magvai és gyökérstajai. Az abducens, trigeminus és oculomotorius magvai találhatók. Az ikertesteknek, látótelepnek megfelelő durványok, az agy helyzetének megfelelő két gliaszövetből álló hólyag-szerű képlet. Észleltünk egy haemato-meningoencephalocoele torzszülöttet, a hol az agyacs teljesen hiányzott, és hangképzés volt. Darvas² esetében egy anencephalon 3 napig élt, de hangot nem adott, a nyúltvelő azon területig meg volt, a hol a 9. és 10. agyidegpár közösen kilép. Kehrer³ perforált újszülöttje hangot nem adott. A műtét folytán az agyacsból foszlányok maradtak a Varol-hiddal, maga a nyúltvelő épségben maradt meg. Kehrer egy ollóval a calamus scriptorius közepén átmetszette a nyúltvelőt, a légzés tovább fennállott, egy mélyebb metszésre megszűnt.

Az első metszés azon vonal alatt ment, a hol a lobor és az olajka a hidhoz érnek. A vagusmagvak felett vezetett metszés-nél a légzés fennállt.

A mondottak után saját eredményeink a következők: 1. a hangképző kéregközpontok szétroncsolása a hangképzésre nincsen befolyással, 2. a nagy agyduzok, látótelep, csikolt test, lencse-mag elpusztítása a hangképzésre nincsen hatással, 3. az egész agyvelő teljes elválasztása a mellső ikertestek magasságában a hangképzést nem zavarja, 4. az agyacs sérülései a hangképzésre nincsenek befolyással, 5. a nyúltvelőnek a vagus terület felett teljes átmetszése a hangképzést megszünteti és csupán a légzés marad fenn. Ezen kísérleti eredmények alapján állapítottam meg a subcerebralis hangképző központ területét, mely a negyedik agygyomrocsnak a hátsó ikertelepektől 12 mm.-nyire a vagus-terület felé eső részét foglalja el. Ezen subcerebralis hangképző-terület épségben hagyása az agyvelő teljes hiánya mellett lehetővé teszi a hangképzést, míg kiküszöbölése, a vagusterület felett való teljes átmetszéssel, megszünteti a hangképzést és csupán a légzés marad fenn. A hangot adó perforált újszülöttnél és a hangot adó hemicephal és anencephal torzszülötteknél az agyvelő hiánya mellett állott fenn a hangképzés, mert sértetlen maradt a subcerebralis hangképző központ területe. Ezen esetek megfelelően azon állatkísérleteinknek, midőn a mellső ikertelepek magasságában választottuk el teljesen az agyvelőt a nyúltvelőtől. A csupán légző és hangot adni nem tudó perforált újszülöttnél és anencephal torzszülöttnél az agyvelő hiánya mellett nem volt hangképzés, mert a subcerebralis hangképző központ területe is hiányzott. Ezen esetek megfelelnek azon állatkísérleteinknek, midőn az agyvelőt a vagusterület felett, tehát a subcerebralis hangképző terület alatt választottuk el teljesen a nyúltvelőtől. Végre láttuk, hogy az állatkísérleteknél az agyacs sérülései nem zavarják a hangképzést, ezen ténynek felelnek meg azon felsorolt perforált új-és torzszülöttek esetei, melyeknél vagy megsérült az agyacs vagy teljesen hiányzott.

Röviden emlékezzünk még meg a klinikai észleletekről, melyek azonban élettani ismereteinkkel összhangzásba nem hozhatók és kórtani törvények ez idő szerint meg sem állapíthatók. Csak azon esetekről szólunk, melyekben a klinikai észleletet a gégetükré-szeti lelet és a kórboneztani vizsgálat kiegészíti. Rossbach⁴ esetei-ben a jobb sziget elváltozásával jár a bal hangszalag hűdése. Rebillard⁵ esetében a bal 3. homloktekervény és a jobb 2. homlok-

tekervény elváltozása mellett a jobb hangszalagot találjuk hűdve. Garel¹ esetében a bal hangszalag van hűdve és elváltozás van a jobb 3. homloktekervényben és a bal agyféltekén. Garel és Dor² esetében a bal hangszalag hűdött és elváltozás a jobboldali lencse-magban és a belsőtök külső részén van. Münzer³ esetében mind-két hangszalag hűdött, de kiterjedtebb elváltozások vannak a jobb felső homloktekervényen és bal oldalt a központi tekervé-nyek összefolyási helyén, a jobb lencsemagban és a bal csikolt testben, továbbá a híd felső részében. Eisenlohr⁴ esetében végre mindkét hangszalag mutat hűdést, a látótelepek és a belső tokok hátsó részeinek, továbbá a jobb homlokleány mellső részének és a bal belsőtök mellső szárának elváltozásával. Pitt⁵ esetében a lencsemagvak és belső tokok hátsó részeinek elváltozása mellett a hangszalagok épek. A felsorolt esetekből embernél a hangképző központ székhelyét megállapítani nem lehet. Az agyfélteke elvál-tozásával együtt fellépett hangszalaghűdéseket egyszerűen fel kell jegyeznünk, a nélkül, hogy belőlük kórtani tételeket állíthat-nánk fel.

A mi a hangszalagok kitérő azaz légzési mozgásainak kéreg-központját illeti, Semon és Horsley macskánál a gyrus compositus anterior tekervényben jelölték meg azt. Ezen terület izgatása a hangrés tágulását eredményezte.

Russell⁶ kutyánál a fissura prorea-nak a hangrészt szűkítő központtól elől és alul fekvő részében válthatta ki izgatásra a hangrés tágulását. A hangrészsűkítő központ zavaró hatását azáltal küszöbölte ki, hogy az alsó gégeideg elkülönített hangrészt-sűkítő kötegét átmetszette. Katzenstein⁷ az alsó ideg végágait a czél szerint metszette át és a következő eredményeket érte el. Ha a hangrészsűkítő izmok idegágait átmetszette és azután iz-gatta a Krause-féle központot, akkor a hangszalagok a legszél-sőbb belégző és a hulla-állásnak megfelelő középpálság távolod-tak. Ezt a helyzetet a gyűrűpajzsizmok működése okozta, mely mihelyt a felső gégeidegek átmetszésével kiküszöböltetett, a kéreg-központ izgatása a hangszalag legszél-sőbb távolodását eredmé-nyezte. Mindkét alsó gégeideg átmetszésére a központ izgatására a hangszalagok feszülése áll be, mely a felső gégeideg átmetszé-sére többé nem váltható ki. Macskánál a gyrus compositus anterior izgatására a hangszalagok távolodása következik be. A tágító izom kiirtásával vagy idegének átmetszésével a kéregközpont izgatására a hangszalagok közeledése áll be. Macskánál a hang-réstágítók nagyobb mérvben lesznek befolyásolva, mint a hang-réstszűkítők és feszítők a kéregközpont által, a kutyánál ez épen megfordítva áll.

Közlemény a szt. István-kórház VI. orvosi osztá-lyáról.

Az auscultatiós percussioról.

Korányi Sándor dr.-tól.

(Folytatás.)

A szív transsonantiás vizsgálatának előnyei a közönséges kopogtatással szemben jelentékenyek. Az absolut szívtempulat nem egyéb, mint az incisura cardiaca területének a szegycsont által nem fedett darabja, a melyet alul egyszerű constructio útján nyert vonallal egészítünk ki. Ha már az absolut szívtempulat is fontos lehet a szív állapotának megítélésére, még megbízhatóbb az incisura cardiacának az a pontos képe, a melyet az auscultatiós percussio nyújt, különösen az által, hogy a szívnek a mellkas-fallal érintkező darabját a jobb tüdő medialis szélének meghatá-rozása útján híven határolja körül. A szív nagy tempulatának és resistentiájának területe gyakorlott vizsgáló kezében a minden-napi szükségleteket kielégíti. Ezzel szemben azonban a trans-sonantiás projectio mégis kétségtelenül haladást jelent. Ez az egyedüli módszer a szív alsó határának objectív kijelölésére és

¹ Ziegler Beiträge zur Pathologie 11. k.

² Onodi i. m.

³ Zeitschrift f. Biologie 1894.

⁴ Deutsches Arch. f. klin. Medic. 1890.

⁵ Lermoyez: Bullet. de la Soc. franç. d'otol. etc. 1897.

¹ Annal. de mal. de l'oreille etc. 1886.

² Ugyanott 1890.

³ Prager med. Woch. 1890.

⁴ Zeitschrift f. Nerven. 1891.

⁵ Intern. Centralbl. f. Laryng. X., XI. k.

⁶ Proc. Royal Soc. 1895.

⁷ Archiv f. Laryngol. 1900.

együttal az a módszer, a mely az anatómiai valóságnak leginkább megfelelő projectiot szolgáltat. A hűség azonban az orvos szempontjából nem legfontosabb tulajdonsága a különböző módokon nyerhető szívprojectiooknak. Reánk nézve nem az fontos, hogy a szív átmérőit pontosan ismerjük, hanem az, hogy olyan módszerek birtokában legyünk, a melyek ezen átmérők kóros változásait élesen jelzik. Ebből a szempontból az auscultatiós percussio felette áll a közönségesnek, a mint arról könnyű meggyőződni. A hangváltozás a projectio határán sokkal élesebb az auscultatiós percussionál, mint a közönséges kopogtatásnál vagy a palpálásnál. A változás hirtelenségének, mint a módszer kétségtelen előnyének constataciója után kisebb fontosságú kérdés az, vajjon a transsonantiás projectio teljesen hű képét adja-e a fenforgó anatómiai viszonyoknak. Daczára az eddig közölt néhány olyan bonczolási tapasztalatnak, a melyek azt látszanak bizonyítani, hogy e kérdésre igennel lehet felelni, azon a nézetben vagyok, hogy a szív projectiojának anatómiai hűsége távol áll attól, a mely a tüdő projectiojának vizsgálatánál érhető el. A szívcsúcs körül a tapintás meggyőző ugyan róla, hogy ezen a tájon a projectio anatómiailag hű. Hasonlóképen ezt mutatja a hangváltozás élessége igen gyenge kopogtatásnál és kis stethoskop-távolságnál, mikor a szív alsó határát kopogtatjuk. Mikor azonban a felső és a jobboldali határ felé kopogtatunk, a kopogtató ujjat csak igen kis terület határain belül követhetjük a stethoskop-pal, mert ennek az incisura cardiaca határain belül kell maradnia. Ebből az okból fel- és jobb felé kopogtatva a határ közelében, a távolság gyengíti a hangot és gyengíti annak csengését. Hogy jó hangot kapjunk, erősebben kell kopogtatni. Ekkor azonban a csontok rezgésvezetését kevésbé tudjuk kizárni és ezenkívül eredményünk attól is fog függni, hogy milyen erősen kopogtatunk. Hiszen erős hang rezgései messze terjednek és megeshetik, hogy a szívre terjednek akkor is még, ha a projectio határát kissé átléptük. Az eredmény tehát némileg bizonytalan, de határozottan állíthatom, hogy az ezen bizonytalanságból eredő ama terület, a melynek a szív projectiojához tartozásága nem áll kétségen felül, jóval kisebb mint az, a mely kétes marad a közönséges vagy a palpáló kopogtatásnál.

A máj projectiojának meghatározásánál a stethoskopot a jobb tüdő alsó széle alá helyezzük. Lefelé gyengén kopogtatva a jobb mellkasfél körül megkapjuk az alsó határ hű helyzetét. Az alsó határ hűsége jól ellenőrizhető megnagyobodott tapintható májnál. Az tökéletes, a mint arról Buch is meggyőződött. Felfelé a májprojectio elhatárolásánál ugyanazon nehézségekkel küzdünk, mint mikor a szív jobb határát keressük. Daczára ennek, elég nagy biztossággal megtaláljuk a projectio felső határát, a mely a máj domborulata legmagasabb pontjának megfelelőleg, a jobb bimbó körül jól kivehető lélegzési mozgásokat végez. A máj auscultatiós percussiojának legnagyobb előnye az a tiszta kép, a melyet a bal lebeny alakjáról és méreteiről ad, valamint az, hogy eredményeit a hasi szervek dobos hangjának áthangzása nem befolyásolja. Az egész májprojectio alakja a következő. Felső határa hátul körülbelül a nyolczadik hátesigolya magasságában kezdődik a gerincoszlopnál. Oldalfelé eleinte kis, később nagyobb emelkedéssel halad, mellfelé kanyarodva metszi a jobb bimbót, vagy valamivel felette fut el. Innét lejtősen halad balfelé, belépve a szívprojectio területébe, a melyet, mielőtt a szívcsúcsot elérné, domború ívalakban lefelé hajolva, hogy el mint a bal lebeny határa. Azután áthajlik az alsó határba, a mely az epigastriumot ferdén metszve, karéyalakú bevágásával jelzi a két májlebeny találkozási helyét. Az alsó határ, a jobb bordaívet elérve, körülbelül ennek lefutását követi.

A gyomor alakja és nagysága felől az auscultatiós percussio adja a leghívebb képet. Vizsgálatánál a stethoskop a májhatár alá helyezendő az epigastriumba. Gyenge közvetlen kopogtatással igen élesen meghatározhatjuk a gyomor alsó határát, a mely kisebb-nagyobb távolságban található a gyomor teltsége szerint a köldök felett. Az alsó határt a bal bordaívig követhetjük, a stethoskopot ennek közelében helyezzük el és gyengén kopogtatunk ujjon ujjal, kikeresve a fundus körvonalát. Ez szép kanyarulattal emelkedik a középső hónaljvonal közelében felfelé, azután mellfelé hajolva, egy ujjnyival marad a bimbó magassága alatt, ezt a magasságot a mellső hónaljvonal és a bimbó közt érve el. Azután meredeken

le és jobb felé tart, metszve mint *curvatura minor* a máj és a szív határait és a sternumon körülbelül annak alsó végénél vonulva át. Azután a máj projectiojában újra felemelkedik, a jobb parasternalis vonalban körülbelül a 6. bordaközéig, a hol a gyomor alsó határának a jobb bordaív alá nyomuló darabjával azt két ujjnyi majdnem egyenes vonal köti össze.

A lépét vizsgálva, a stethoskopot abba a szögletbe helyezzük, a melyet a tüdő alsó határa a gyomor határával képez. A lép projectiojának felső fele a tüdőébe, mellső harmada a gyomoréba nyúlik bele.

Általában azok, a kik az auscultatiós percussioval eredményesen foglalkoztak, jónak találták a *colon* elhatárolására. Ez nekem néha igen jól, máskor azonban csak bizonytalanul, vagy nem is sikerült és kivételét mindenestre az auscultatiós percussio legnehezebb feladatának tartom.

Összefoglalva az auscultatiós percussiora vonatkozó tapasztalataimat, a mennyiben azok az egészséges emberre vonatkoznak, állíthatom, hogy ez a *topographiai percussio legtekélyesebb módszere*. A közönséges kopogtatást felülmulja abban, hogy a tüdő medialis határainak lefutását pontosan jelzi, hogy a szív alsó határát, a máj bal lebenyét, a gyomor egész projectioját híven adja vissza, kevésbé hű, de a közönséges kopogtatásnál még mindig hívebb képet nyújt arról, hol fekszik a szív jobb határa és a máj domborulata, ez pedig a gyomorfundus állásával együtt felvilágosít a diaphragma állásáról.

Az eddigiekben nagyjában arra szorítkoztam, hogy mások, különösen pedig Buch tapasztalatait erősítem meg. Ezek mostanig csak az ép viszonyok tanulmányozására terjedtek ki. A következőkben nagy anyagon végzett azon vizsgálataim eredményeit vázolom, a melyek *kóros viszonyokra* vonatkoznak.

Mindenki egyetért abban, hogy az auscultatiós percussio csakis a topographiás vizsgálatra való. A kopogtatási hang *minőségének* finom változásai a légvezetés útján a közönséges kopogtatásnál sokkal jobban jutnak érvényre. Említettem, hogy légtelen tüdő felett az auscultált percussió hang sokkal csengőbb, mint az ép tüdő felett. Ehhez hozzá tehetem, hogy emphysemás tüdő auscultált kopogtatási hangja kevésbé csengő, mint az ép tüdőé. Ezekre a sajátságokra azonban a diagnostica nem szorul, mert az első esetben a tompulat, az utóbbiban a tüdőhatárok állása a kóros állapotnak érzékenyebb jelzői.

Fontossággal bírhat azonban következő tapasztalatom. *Carcinoma ventriculi*-nál a stethoskop ugyanazon állása mellett az auscultált kopogtatási hang lényegesen tompább és kevésbé csengő, ha a carcinomás, mint ha az ép részlet felett kopogtatunk. Lőmegezés infiltrational pedig megtörténhetik, hogy az ép és a carcinomás rész egészen különálló transsonáló területekké válnak szét. Az ép rész határait csakis a fölé elhelyezett stethoskoppal kapjuk meg, míg a carcinomás rész határainak vizsgálatánál a stethoskopot a carcinoma fölé kell helyezni. Mellesleg jegyzem meg, hogy ez a tapasztalat hiúnak bizonyítja Reichmann azon reményét, hogy daganatok hovatarozása felől az auscultatiós percussiotól várhatunk felvilágosítást azon az alapon, hogy a daganat azzal a szervvel transsonál, a melyből kiindult. Miután a gyomorcarcinoma a gyomortól különálló transsonáló területet képezhet, ebben az irányban az új módszertől mitsem várhatunk, de várhatunk attól mást.

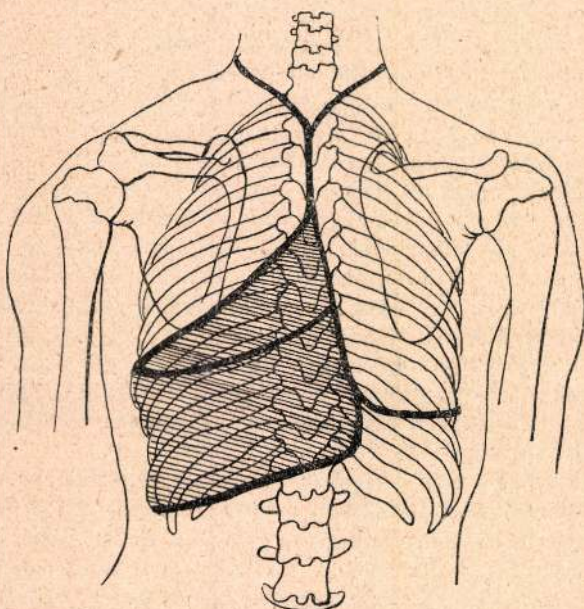
Ha ugyanis összehasonlítjuk azt a területet, a mely a tapintás útján mint a carcinomához tartozó ismerhető fel, azzal a mely a percussió hang auscultálásánál a gyomor ép részétől különböző hangot ad, úgy, legalább eddig ilyen szempontból megvizsgált három esetben, azt találtam, hogy az utóbbi terület jóval nagyobb az előbbinél. Ez remélhetővé teszi, hogy a percussió hang auscultatiójában olyan eszközzel fogunk rendelkezni, a mely acarcinomásan elváltozott gyomorrészletet nagyobb, tehát a valósághoz közelebb álló területen teszi felismerhetővé, mint a tapintás. Ha már ez is kétségtelen nyereség volna, még fontosabbnak látszik az, hogy az auscultált kopogtatási hang módosulásából talán a daganat oly helyre történt kiterjedését ismerhetjük fel, a mely a tapintásnak egyáltalában hozzáférhetetlen. Ilyen esetem egy volt, a hol a carcinoma kiterjedését a pylorustáj máj alatti részére az auscultatiós percussio eredménye sejtetővé tette. Nem rendelkezem elég tapasztalattal arra, hogy azt, a mit a gyomorcarcinoma vizs-

gálatának eredményéről itt elmondottam, mint biztos igazságot állíthassam oda. A dolog fontossága azonban arra indított, hogy a leírt körülményekre már most felhívjam a figyelmet.

Ha az auscultatiós percussio esetleg a gyomorcarcinoma területének megbecsülésénél bizonyos fontosságra tenne is szert a hang kvalitásának megfigyelése alapján, még akkor is állana általánosságban az, hogy ez a módszer csak mint a topographiás percussio tökéletesebb alakja számíthat általánosabb elismerésre. Ebben az irányban szerzett tapasztalataimat a következőkben közlöm.

A *tüdő betegségeinél* a transsonantiás percussionak diagnostikai jelentősége csakis a tüdőhatárok pontosabb kijelölése szempontjából van.

Emphysemánál az alsó határok állása a közönséges kopogtatás útján is kellő pontossággal határozható meg. Az auscultatiós percussio azonban előnnyel bír e felett a medialis határok felkeresésénél. Aránylag kis emphysemánál már azt találjuk, hogy a medialis tüdőszélek mindjárt a jugulum alatt érintkezésbe kerülnek egymással. Az incisura cardiaca minden irányban szűkül. A szív fedetlen részének kisebbedésében nemcsak a bal tüdő szélének benyomulása szerepel, hanem a jobb tüdő medialis széle át lép a középvonalat, sőt néha a szegycsont bal szélét is és érintkezésbe juthat a bal tüdőnek medialis határával, mélyen a nor-



2. ábra.

malis incisura cardiaca területében. Ilyenkor a szívnek fedetlen darabja aránylag hosszú alapú, alacsony háromszög alakját mutatja, a melynek felső csúcsa a sternumtól kissé balra található. Nagy emphysemánál ez a háromszög is eltűnik és a tüdőszélek a sternum alatt mindenütt, le annak alsó végéig érintkeznek egymással.

A tüdő zsugorodásánál megint a medialis szél megállapításánál van fontossága az auscultatiós percussionak. A csúcsok zsugorodása más módszerekkel ép oly jól, talán még jobban felismerhető, mint az auscultatiós percussioval. A sternum alatti viszonyok vizsgálatára azonban ez az egyedül használható módszer. A zsugorodott tüdő belső széle távolodik a középvonaltól. Néha, különösen kétoldali tuberculosissnál, ez mind a két oldalon bekövetkezik. Ekkor a transsonantiás projectiok határait ujnyi tér választja el egymástól a sternumon. Ha a zsugorodás féldoldali, mint pl. exsudatum pleuriticeum felszívódása után, akkor a zsugorodó tüdő belső széle közeledik az azonoldali szegyszélhez, míg a másik tüdő medialis széle átlépve a középvonalat, utána megy, jelezve a medialis szél térkitöltő, kompenzáló tágulását. A zsugorodó szélek ezen helyzetváltozáson kívül alakjukat is változtatják: kiegyenesednek. A tüdőcsúcs legmagasabb pontjától nagyobb fokú zsugorodásnál majdnem egyenes vonal alakjában halad a tüdőszél az angulus Ludovici közepe felé. A zsugorodott jobb tüdő medialis és alsó szélét egymástól elválasztó szöglet tompul, lekerekedik. A bal tüdő lingulája

eltűnik, végre a bal tüdő határa nagy zsugorodásnál úgy fut le, hogy a harmadik bordapercz belső végének tájától majdnem egyenesen irányul ki- és lefelé a mellő hónaljvonalig, a hol nagy sugarú görbülettel hajlik át a magasan álló alsó határba (2. ábra).

Ezek a viszonyok részletek felismerésére hasznosak lehetnek, de a gyakorlatban számot tevő módon alig viszik a tüdőbetegségek diagnosticáját előre. Ebből a szempontból az auscultatiós percussio legfontosabb eredménye a pleuraexsudatum és a légtelen tüdő közti megkülönböztető körjelzés lényeges megkönnyítése. Elismerem, hogy a gyakorlott orvos ezzel többnyire tisztába jön eddigi eljárásaink alkalmazásával is. De kívül ne történt volna meg, hogy napokig kételkedve vizsgált egy tompulatot, különösen, ha pneumonia és kezdődő exsudatum egymás melletti felismerése forgott szóban. Ezt a kétséget, a mint azt számos esetben szerzett tapasztalatom alapján állíthatom, az auscultatiós percussio sokszor azonnal eloszlatja.

(Folytatása következik.)

Közlemény a székes fővárosi szt. István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. (Főorvos: Róna Sámuel tanár.)

Az eczema-kérdéshez.

Csillag Jakab dr.-tól.

(Folytatás.)

Ezen felfogás szerint tehát nem directe az eczema mint ilyen váltatné ki az elsődleges eczema és inger által, hanem az elsődleges eczema oka és a kísérő viszketés váltana ki a köztakaró egy másik távolosó helyén viszketést. De van-e arra valami bizonyítékunk, hogy tényleg kiválthat-e a köztakaró valamely pontján levő viszketés egy másik viszketést egy távolosó, az elsőtől ép, nem viszkető terület által elválasztott ponton.

A *Török* által felhozott példát, a scabiest nem tartom ennek bizonyítására alkalmasnak, mert a scabiesnél a rühátka a köztakaró számos helyén tartózkodik, éjjel a köztakaró felületén mozog és így, ha nem is borítja el az összfelületet, de az egyes atkák által okozott viszketés kisugározhatik a közvetlen szomszédos területekre, melyek egymással érintkezve elfoglalhatják a köztakaró egész felületét.

Kísérleteim közben tapasztaltam ugyan két esetben, hogy nemcsak a kísérlet helyén lépett fel a viszketés, hanem az egész kísérleti karon (l. a kísérleti eseteket), de ezt nem foghatom fel az első viszketés által kiváltott viszketésnek, hanem csak per continuitatem való tovaterjedésnek, talán az inger felszívódása által előidézve — megjegyezvén még azt, hogy ezen két esetben a 2—3 napig fennállott viszketésnek nem volt a karon eczema a következménye — vagy ha igen, akkor ez csak legfeljebb a bántalmazott ideg területére vonatkozhatik a *közvetlen szomszédságban*. Megengedve azonban mégis az ily viszketés létezését, különösnek látszik az, hogy csupán ezen kiváltott viszketés pl. az arcban egy óriási diffus oedem és hyperaemiás ezemát provokáljon néhány óra alatt a nélkül, hogy a vakarásnak a legkisebb nyomát is látnók e helyen, továbbá, hogy pl. az arnica okozta kézelváltozásnál szinte szabályszerűen jönnek létre a távolabbi helyeken és első sorban az arcban hyperaemiák és óriási oedemák, míg a scabieseknél, a scabies-eczemánál ez alig látható, dacára annak, hogy utóbbi esetben az egész köztakaró véredényeinek és idegeinek fokozott izgékonyasága bizonyára jelen van. És hogyan volna magyarázható fenti felfogás alapján az alábbi eset, melynél kifejezett viszketés nem volt jelen, csak égető érzés és a beteg nem vakaródott, csak enyhén simogatta arcát.

Az eset a következő:

Özv. K. M.-né, 53 éves mosónő. 1901. szeptember 3-dikán egy embernek roszsége folytán zúzódásokat szenvedett arcát arnicás vízzel mosogatta és borogatta, a mire a mosónő kezén és arcán bőrelváltozások léptek fel, melyek szeptember 6-dikán (szeptember 4-dikén az orbánczosok osztályára vétetett fel a beteg, onnan tétetett át 6-dikán a bőrbeteg-osztályra), midőn a beteget az osztályon először láttam, a következő állapotot tűn-

tették fel: A bal kéz ujjai között, mindkét alkaron, a bal könyök-árokban fillérnyi egész tallérnyi, elmosódó határú, szabálytalan alakú, hyperaemiás, mérsékelt oedemás, mákszemnyi egész kölesnyi göcsökkel és hólyagesákkal fedett területek láthatók. A homlok, egész arc, fülek, nyak, tarkó bőre mellül az emlőig, hátul a váll magasságáig elmosódó határokkal diffuse halvány-, egész scarlávörös, szemhéjak bőre pöffedt, arc bőre duzzadt, az egész terület mákszemnyi göcsökkel fedett, az áll környékén a bőr gombostűfej-kendermagnyi, víztiszta, vékonyfalú hólyagesákkal és vékony beszáradt sárgás varral fedett. Emlők alatt, czombvágányokban intertrigo. Köztakaró többi részén elváltozás nincs.

Az eset így egy heveny artificialis eczema tipikus körképe, azaz: az inger közvetlen behatása helyein, a kézen és alkaron fellépett primaer eczema, reflectorikus úton pedig fellépett az arcnak és környékének elváltozása, illetőleg egy viszketés, melyet vakarás folytán követett az eczema.

Ha azonban az anamnestikus részletekbe is belemegyünk, akkor kiderül az — már a mennyire hitelt adhatunk a beteg kijelentéseinek —, hogy szeptember 3—4-dike közötti éjjel szemeiben, majd arcbőréen mérsékelt égetést érzett, *viszketést egyáltalában nem* és nem is vakaródzott, reggelre már meg volt dagadva és vörös volt arca, csak 5-dikén a kórházban létekor vette a kezén levő kiütéseket észre, igen kisfokú viszketéssel *egyidőben*. Ily módon tehát, a mit reflectorikus úton létrejött eczémának gondolhattunk első pillanatban, az lépett fel először és pedig ott, a hol látszólag nem érte a bőrt az inger közvetlenül, míg azon területeken, melyeket az inger biztosan, közvetlenül ért, csak később léptek fel elváltozások, a viszketésnek pedig ez esetben csak igen alárendelt jelentősége van, mert a beteg egyáltalán nem vakaródzott.

A reflextheoria alapján, legyen a reflex eredménye akár angio-neurotikus vagy trophikus zavar, akár viszketés, ezen eset így semmiképpen sem magyarázható, daczára annak, hogy az elváltozások fenti sorrendben is felléphettek. Felléphettek pedig azért, mert az arcnak és környékének elváltozása sokkal kiterjedtebb, sokkal intenzívebb és előrehaladottabb stadiumú, mint a felső végtagoké, felléphettek továbbá azért, mert a beteg az arnicát egy mosdótál vízben hígította, minden borogatásváltásnál a mosdótál fölé hajolt és így az elillanó arnicaalkatrészek érintkezésbe jöttek az arcnak és környékének bőrével azon határig, a míg a ruházat nem fedte és a meddig a kiütés terjedt, eltekintve attól, hogy a beteg arnicás kezeivel is manipulálhatott; miután pedig az arc bőre sokkal érzékenyebb volt, mint a folytonos mosásban megedződött végtagoké, így módon meg van magyarázva az is, hogy miért léphetett fel az arcon a kiütés előbb és intenzívebbül, mint a végtagokon, fölöslegessé válik egyúttal annak a felvétele, hogy egy távoleső hely bántalmazottsága által kiváltott izgalom vagy viszketés legyen az oka az ilyen eczémának, főleg a midőn pl. ez esetben viszketés nem is volt jelen.

Különböen egy későbbi dolgozatában (1899) már Török¹⁰ is csak a következőket mondja: „A kezeknek eczémás artificialis dermatitise átugorhat az arcra, az ivarszervek tájára, átterjedhet az egész testfelületre. Ime a klinikus észlelet, a melyet meg kell magyaráznunk. És többféle magyarázat lehetséges. Ha valamely illó anyag idézte elő az artificialis dermatitist, akkor lehetséges, hogy az eljutott a bőr egyéb helyeire és közvetlenül ártott azoknak. Ha nem illó, akkor az is lehetséges, hogy a beteg kezével vitte a kártékony anyagot az autoinoculatio helyére“. Ezzel Török is, azt hiszem, ma már ezen utóbbi magyarázatot tartja helyesnek, melyet az én kísérleteim is megerősítenek.*

* A teljesség okáért ide iktatom még Thibierge véleményét¹² is, mely szintén a reflex-theoria ellen szól:

„Ezen secundaer (az elsődleges megtámadott helytől távol fellépő) laesiok pathológiája complex és változó.

Némelyek oka véletlen és a foglalkozáson kívüli contactus az ártalmas anyagokkal: így átvitele vízeléskor a monyra és scrotumra, átvitele bármely más, bármely okból viszkető testrésze a vakarás alkalmával (pl. egy parasita jelenlétében) stb., véletlen átvitele álm közben olyan munkásoknál, a kik nem eléggé ügyelnek a tisztaságra stb.

Máskor ezen secundaer góczok oka nem a foglalkozáskor használt ártalmas anyagok átvitele, hanem az elsődleges laesio secretioja productumába bezárt infectious anyagok szétszóródása („mais la dissémination des produits de secretion de la lésion première et des

A mi a *neurotikus eczémának* a reflextheoria mellé érvül való odaállítását illeti oly alakban, hogy ezen eczémák az idegrendszer zavarainak (fogzás, fanosodás, terhesség, climax stb. folyamán) direct okozatai, tehát mintegy centralis eredetű neurotikus eczémák volnának, a mi azt volna hivatva bizonyítani, hogy centralis izgalom is képes a köztakarón eczémát létesíteni minden más ok nélkül, nincsen semmiképpen sem bizonyítva. Már Plumbe¹³ (1825) a gyermekeknél a fogzás idejében észlelhető strophulust, az eczémának egyik régebben így nevezett alakját a kötszerek, ruhák izgatásának, a bőr hiányos ápolásának tulajdonította és nem idegbefolyásnak. És bizonyára a fanosodás, terhesség stb. idejében fellépő eczémák egy része szintén csak véletlen társulásnak tudható be, míg a másik része is csak közvetett összefüggésben lehet az említett neurotikus állapotokkal olyformán, hogy ezen állapotokkal a szervezetnek bizonyos változásai járnak együtt és így a köztakaróé is és pedig ez utóbbi egyes esetekben talán úgy, hogy éppen eczema iránti dispositioiban is nyilvánul, melyet egy alkalmi oknak csak ki kell váltani. Hogy ily dispositioja a köztakarónak az eczema iránt létezik, hogy ezen dispositio változó, azt a klinikai észlelések mutatják, hogy azonban ezen dispositio lényege mi — ideges, anatómiai, physiologiai elváltozáson alapul-e —, az iránt még ez idő szerint homályban vagyunk.

Ezen a reflextheoria ellen eddig felsorolt okok indítottak minket arra, hogy azt el ne fogadjuk, hanem az ugyanazon egyénnél rövid egymásutánban a köztakaró különböző helyein fellépő ugyanazon characterű eczémák létrejövetelét úgy magyarázzuk, hogy minden egyes helyen, hol az eczema fellépett, ugyanazon inger hatott directe a köztakaróra, részben észrevehető módon, részben észrevétlenül véletlen átvitel vagy a levegőbe jutott részeeskéi útján.

Hogy ez utóbbi magyarázat a helyes, azt a következők teljesen be fogják bizonyítani.

Tartsunk szem előtt csak oly egyéneket, kiknek bőre idiosyncrasiával viseltetik egy bizonyos szerrel szemben és tartsuk szem előtt ugyanezen szert és pedig 1. akkor, midőn a szerrel a beteg maga laikus módjára manipulál, 2. akkor, ha begyakorlott kéz kísérlet céljából bántik vele; nézzük, mik lesznek a következmények az első, mik a második esetben.

Vegyük pl. a *tinctura arnicae* és azon egyéneket, kiknek bőre ezen szerrel szemben nagyon reactibilis.

Az első kérdésre megfelelnek azon esetek, melyeket egy közleményben¹⁴ az 1901. évben publikáltam az „Orv. Lapja“-ban. E közleményben 15 esetről van szó, melyekben a beteg különböző (vágott, zúzott és horzsolt) sérüléseire *arnica-tincturát* alkalmazott leöblítés, mosás, kötés stb. alakjában.

Ezen 15 eset közül *háromban a sérülés csak az arczot érte* és az arnica alkalmazása után is *csak az arczon lépett fel reactio*.

Tíz esetben az egyik vagy másik kéz ujjait, vagy a kezét vagy kart érte a sérülés, melyre az arnica alkalmaztatott. A reactio egy esetben csak az alkalmazás helyének környékén a karon, három esetben mindkét kézen, illetőleg karon és arczon és ennek függelékén: orron, fülkagylón, szemhéjakon, három esetben ugyancsak e helyeken, továbbá a nyakon, mell felső részén, tarkón, illetve a hát felső részén, végül három esetben az utóbbiakéval azonos helyeken, továbbá két férfinál a hímvesszőn, herezacskón, egy nőnél a czombok belfelületén és ugyancsak e három közül egynél az alszáron, egynél a farpofán, egynél a kötőzködés táján és a hason lépett fel.

(Folytatása következik.)

agents infectieuses qu'ils renferment“). Analogok ezek azon secundaer góczokkal, melyek autoinoculatio útján származhatnak az összes infectiosus vagy inficiált dermatosisoknál; a pathogeniának ezen módja a pyodermatitis typusú dermatosisok tulajdona, ide értve némely olyat is, melyek az eczematiform eruptiok sorába tartoznak.

Sokkal könnyebben létesülnek, ha az elsődleges eruptio viszkető és ha valamely más belső vagy külső ok provokál ugyanazon időben viszketést a test egy más részén.“

E magyarázat első részét, mint láttuk, teljesen fedik a mi tapasztalataink, második részének bírálatába azonban még ez idő szerint nem bocsátkozhatom.

T Á R C Z A.

Az Erzsébet királyné-sanatorium ismertetése.

— Építkezés és berendezés. —

(Folytatás.)

A déli homlokzaton földszint a vízkúra utáni séta helye, a terrazzo-padozatú oszlopcsarnok vonul végig, melyre a betegek a földszint északi korridorjáról egy középső átjárón száraz lábbal jutnak; ez oszlopcsarnokot Zala és Strobl adományai, egy király- és királyné-szobor díszítik, közepén pedig egy boltíves bejárat van, mely a betegek által nem használtatik, mert azok a nyugati kapun közlekednek az intézetbe. Az első és második emelet déli frontján az előfelé nyitott *fekvőfolyosók* futnak végig, a nélkül, hogy a mögöttük eső szobákat sötétítenék, a mit nem sok sanatorium mondhatna el *emeleti* fekvőkorridorjáról. A mi ablak a déli főépülethomlokzaton látható, annak túlnyomó része betegek helyiségeihez tartozik. Az első és második emeleten az összes déli ablakok betegszobákba vetnek világosságot, földszinten is a homlokzat keleti fele beteglakásból nyíló ablakokat mutat, nyugati felének ablakai a társalgókat világítják, s csak a rizalitokon van nyugat felől a rendelőhelyiség három ablaka, kelet felől pedig a vizgyógyintézeté. A nyugati előugró rész három emeletessé van kiegészítve ezen harmadik emeleti csonka tractusban van az ápolónők lakosztálya és néhány cselédszoba. A földszint alatti kisebb ablakok a főépület pinczéibe nyílnak.



A vízkúra utáni séta helye (délnek nyitott tornác a főépület földszintjén).

A kettős korridorrendszer pontos megtartása mellett az északi közlekedőfolyosó ablakai is nagyrészt szabadon nyílnak a szomszédos erdőre (a legtöbb külföldi intézetben az északi folyosó már az épület hosszanti vízszintes tengelyébe jut, mert északi oldalát is elépítik mindenféle adnex-helyiséggel, úgy hogy a betegszoba ajtaján át nem szabad levegő szűrődik be, hanem pl. cselédlakások atmoszférája) s nálunk csak egy közepűt északnak kiszögellő építmény szegődik az északi korridorhoz, melyben a closetek, közös mosdó és a tisztasági fürdők vannak elhelyezve.

De kezdjük a fő-, a nyugati bejáratnál. A déli terrasseról a nyugati kapun lép be a beteg. A kapu előtt sártisztító vason távolítja el kerti cipőjének talpáról a durvább szennyet, a vas alatt pléhtálcza fogja fel azt, hogy könnyen elhordható legyen. A kicsiny, minden dísz nélkül való vestibule-ből, mely az ebédlő előtt fekvő folyosóra és magába az ebédlőbe is közlekedést enged, vezet fel néhány kényelmes lépcsőfok (a lépcsők általában 13-5 cm. magasak, 38 cm. mélyek és 2 1/2 m. szélesek) a kissé emelt földszint északi korridorjára. Ennek legelején van a két *czipőváltó-helyiség*, külön a férfiaknak, külön a nőknek. Bennök rekeszes vasállvány a fal mentén, a rekeszekben kihúzható pléhtálczák, ezeken vannak a betegek tartalék-czipői: mikor a beteg az épületben van, a kerti czipők, mikor a parkban sétál, a házi czipők láthatók ott a beteg ágyszámával ellátott kettős rekesz megfelelő pléhtálczáján. Poros vagy sáros czipővel a főépület belsejébe bemennie senkinek nem szabad.

A látogatók számára e czipőváltókban naponta kétszer nedvesített lábtörölő ruha van felfeszítve a helyiség asbestpadlójára. A földszinti korridor legelején van északon a *felvételi iroda*, délen a *rendelő-helyiség*, mellette egy kis fogorvosi szoba. Ezek a déli homlokzat sok verőfényét élvezik s így a természetes desinfectio előnyében is részesülnek. A korridoron tovább haladva, délnak a külön férfi- és női *társalgók*, majd 3, egyenként 6 ágyas beteg-hálószoba következik. *Hálószobák* ezek, mert a beteg rendes körülmények között a nappal egész folyamán nem használja őket. Csak az intercurrenter ágynyugalomra

utalt (vérző vagy lázas) beteg van nappal is a szobájában, természetesen nyitott csapó-ablakok vagy egészen tárt ablak mellett. A korridor keleti végén az ápoló szobája, mellette egy kis hideg-konyhával, nyílik, végül pedig a vizgyógyintézet vetkőzhelyiségébe jutunk.

E mellett van az eddig tudtommal az összes tüdőbeteg-sanatoriumokéi között legtekélyesebben berendezett *vízgyógyintézet*, egy itthon készült kifogástalan dusskatedrával, gőzdussal, felfürdő- és ülőfürdőkádakkal, a melegített gyomortáji borításokhoz szükséges készüléttel, lepedő-előmelegítővel stb. Szomszédjában még egy kis terrazzós szobácska, a borbélyból nevelt fürdős működési tere, a kis intézeti borbélyműhely. A földszint déli frontján futó, már említett oszlopos tornácra az északi korridorról kis átjáró vezet, melylyel szemben az északnak kiszögellő részben vannak a vízöblítésű, felesapó, vulkanizált kaucuk ülőkényű *closetek*, a *személyzet fürdője* és a földszinten elhelyezhető 18 beteg közös *mosdója*, valamint e betegek *tisztasági fürdőszobája* és az elektromos *személyfelvonó*. A closet előterében van a *köpeteltakarítás* helye. Üveglapok a fal mentén, rajtuk vörös számok, az illető tractusban lakó betegek ágyszámai. Reggel a beteg az előbbi napon használt *köppüvegjét* s a lefolyt éjjel használt *köpcseszékjét* ide hozza s ráteszi a számjára, a megelőző délutánon desinfectiált, teljesen tisztá, második *köppüvegjét* pedig magához veszi. Ő maga többé a köpet eltakarításával nem foglalkozik, a mivel a sok szennyezés, a mi számos külföldi intézetben látható, elkerülhető. Erre kitanított háziszolga végzi a köpet desinfectióját olyaténképp, hogy az üveglapok tőszomszédságában lévő gőzdesinfectiorba a használt *köppödényeket* érintetlenül belerakja s rájuk zárva a desinfector ajtaját, 100° C. hőmérsékű gőzben 1—1 1/2 óráig benne hagyja. Mire a desinfector lehül s a *köppödények* kiöntéséhez (egy kéznél levő fayence-kiöntőbe, mely felett hideg-meleg vizet adó csap áll) a szolgál hozzáfog s a *köpetgyűjtő* eszközöket kiöblíti, már teljesen steril anyaggal dolgozik s a csatornába is csak ilyent juttat. Nézetem szerint ennél az oderbergi sanatoriumból importált s nálunk tökéletesített eljárásnál, melyet a nagy német sanatoriumok nem tartottak érdemesnek utánozni, ha ugyan tudnak róla, megbízhatóbb módja a köpet-eltakarításnak nincs, de nem is kell.

Az intézetben használt zseb-köppödény a Dettweiler-féle, a hálószelekrényen lévő köpcsesze az általam szerkesztett egyszerű modell. (Olyan helyiségekben, a hol a betegnek le kell vetkőznie, tehát zsebköppüvegje nem lehet kéznél, levehető s szintén desinfectiálható vaslapokon derékmagasságban elhelyezett *fix köpcseszék* vannak, pl. rendelő, vizgyógyintézet, fürdő).

A betegek *mosdója* egy terrazzóval burkolt közös terem, felső tejüvegablak-világítással, köröskörül annyi fayence-mosdó-medeneze áll benne, a hány beteg az illető tractusban lakik. Minden betegnek külön mosdója van, ismét az ágy számával ellátva, fölülte meleg és hideg csap és üveglap, mely utóbbin állanak a fogtisztító, szájjápoló szerszámok, szappanja, férfiaknak a bajuszkötői stb. A mosdóknak a vízleocsátó készüléke ismét olyan német import, egy kisebb, félreesőn fekvő száraz sanatoriumból, melyet a nagy német intézetekből érkező látogatók nálunk fognak becsülni tanulni. Olyan berendezés ez, mely biztossággal lehetővé teszi, hogy a beteg a mosdó használt vizét leboocsáthassa kezének új szennyezése nélkül. A legújabb külföldi intézetekben sem láttam utána, magyar iparosaink ellenben egy kis jegyzőkönyvi rajzom után fényesen megkészítették. A mosdók bejáratához sublimattal nedvesített lábtörölőrongy van téve, hogy a terrazzo-padlóra mégis kifeccsenő mosdóvíz-részecskék esetleges fertőző anyaga az épületbe mosdás után szerte ne vitessék. Egyszerű kis intézkedés, melyet mégis sehol nem látni külföldön.

Az összes helyiségekben *legömbölytettek* a falak szögletei, sőt mi több, az intézetben a lépcsőfokok is úgy vannak faragva a karszti márványból, hogy sem oldalvást, sem elül ne legyen szögletű falra rajtuk. A falak úgy a korridorban, mint a főépület valamennyi helyiségében 1-80 m. magasságig *email-festéssel* ellátottak. Az email színe fehér a világos chamois falhoz, köztük a határt halvány lila csík jelzi. Az ajtók, ablakkeretek kellemes világoszöldek. Kerültük ekként a komor színeket mindenütt. A padló a „Magyar Asbestpadló és Burkolatgyár Társaság” hézagmentes, egy darabból álló úgynevezett *asbestpadló-bortléka*, mely mosható, nem hideg, nem csúszós s a falakra a szobák szélein felgömbölyíthető. Nálunk így a szobák padozata is homorú vájulatlan utközik a falhoz, míg egy sok pénzbe került intézetben odakünn padlóléczet is láthat az ember. A korridorok asbestpadlója a helyiségekbe külsőből nélkül fut át. A betegek hálószobáinak világítása 2 nagy és egy kisebb ablak segítségével történik. A világító felszín területe 6-25 m² egy-egy ily 6 ágyas hálóhelyiségben, melyben egy ágyra 6-20 m² padlófelszín és 31-2 m³ fűtőtartalom esik 5 m. szobamagasság mellett. A 2 nagy ablak egyike kettős *csapó-ablak* van ellátva Berkes-féle szabadalmú nyitókészülékkel, fölibük pedig, a padlótól 4 meter magasságban egy *harmadik kisebb, ugyancsak csapó-ablak* van helyezve, a téli szellőzésre; utóbbi csak a mi intézetünkben van, egészen eredeti gondolat s mivel szokatlan *magasról* vezet be a téli éjszaka levegőjét a hálószobába, a betegek nem ömlik rá kellemetlenül ható légzuhatagként a ventilatio levegője. A szemközti falon azonfelül még 0-11 m² nyílással ellátott *kürtőszellők* is vannak alkalmazva. A fűtés alacsony nyomású gőzfűtés, a rendesnél csaknem kétszeres nagyobb felszínű, a fal mellett szabadon elhelyezett (ezüstszínű bronzozott) fűtőtestekkel. Azzal, hogy a rendes sablon ellenére a fűtőtest nem az ablak alatt van, hanem a szemközti lévő falra erősített, sok meleget értékesítünk a beteg számára, kinek ágya a szellőzés és fűtés között foglal helyet, míg az annyi helyen

látható ablak alatti fűtőtestek melege a ventiláló csapó- avagy nagy ablakon át egyenesen kirohan a szobából a beteg érintése nélkül. A mesterséges világítást magunk készítette elektromosság adja. A hálószobákban csak a (lábtól linoleum-betétű) vaságyak állanak, mellettük egy szék és a hálószekrény (vasból, üveglappal), az ágy előtt mosható lábszőnyeg. A betegek ruhaszekrényei az északi korridoron vannak elhelyezve. A szekrények magas lábakon állanak s rézsutosan előfelé eső fedelűek, hogy tisztíthatóságuk kifogástalan legyen.

Kuthy Dezső dr., egyet. m.-tanár, igazgató főorvos.
(Folytatása következik.)

Orvosi oktatásügy.

Szabályrendelet az egy évi kötelező kórházi gyakorlat tárgyában.
(Kiadatott a vallás- és közoktatásügyi m. kir. minister 1902. évi 11-843. sz. alatt kelt rendeletével.)

Az egyetemi orvostudományi karoknál tartandó doktori szigorlatokra vonatkozólag Ő császári és apostoli királyi Felségének Bécsben, 1901. évi január hó 14-dikén kelt legfelsőbb elhatározásával jóváhagyott szabályzat 1. §-a értelmében Magyarországon az orvosdoktori oklevélnek és az egyetemes orvosgyakorlat jogának elnyerése a doktori felavatáson felül még valamely arra feljogosított köz- vagy nyilvánossági jelleggel felruházott kórházban, illetőleg valamely cs. és kir. közös hadseregbeli vagy m. kir. honvéd egészségügyi intézetben eltöltött egy évi kötelező orvosi gyakorlat kimutatásához lévén kötve, ezen kötelező egy évi kórházi gyakorlat kitöltési módjára nézve a következőket rendelem:

1. §. Az egy évi kötelező kórházi gyakorlat csak azokban a köz- vagy nyilvánossági jelleggel felruházott polgári kórházakban tölthető ki, a mely kórházak a belügyminister úrral egyetértőleg kibocsátandó körrendeletben mindenkor három év tartamára arra fel fognak jogosítani.

2. §. A szóban forgó egy évi kötelező kórházi gyakorlat eltöltésére irányuló feljogosítás csak azon köz- vagy nyilvánossági jelleggel felruházott polgári kórházaknak adható meg, a melyeken törvényszerű minősítéssel bíró szakemberek, osztályos vagy rendelő főorvosok vezetése alatt álló külön kórházi osztályok vannak, (Belgyógyászati, sebészeti, szemészeti, szülészeti, bőr- és bűjarkórtani, gyermekgyógyászati és elmekórtani osztályok.)

Megjegyzendő, miszerint egyáltalában nem szükséges, hogy az egy évi kötelező kórházi gyakorlat kitöltésére feljogosítandó kórházakban ezen kórházi osztályok valamennyien képviselve legyenek.

Magától értetődik azonban, hogy az ilyen kórházakban az egy évi kötelező kórházi gyakorlatnak csak egy részét lehet kitölteni és pedig azt, a melynek megfelelő kórházi osztálylyal (belgyógyászati stb.) az illető kórházak rendelkeznek.

3. §. Az egy évi kötelező kórházi gyakorlatból négy hónap belgyógyászati, két hónap sebészeti és ugyancsak két hónap szülészeti osztályon töltenél el.

A fennmaradó négy hónapnak mely kórházi osztályokon való eltöltése az illetőknek szabad választására hagyatik.

A belgyógyászati négy hónapból egy hónap heveny fertőző vagy gyermekosztályon is eltölthető.

4. §. A szülészeti két hónapi gyakorlat nemcsak köz- vagy nyilvánossági joggal felruházott kórházak szülészeti osztályain, hanem a m. kir. bábaképezdében is eltölthető.

Hasonlóképen az orvosjelöltek tetszésére hagyott négy hónapi gyakorlat teljesen vagy részben valamelyik állami nyilvános elmegyógyintézetnél is eltölthető.

5. §. Egyetemi klinikákon, a mennyiben azok tartalék ú. n. közosztályokkal nem bírnak, a kötelező egy évi kórházi gyakorlat el nem tölthető. Miért is az egyetemi klinikákon gyakornokokul csak az egy évi kötelező kórházi gyakorlatot már kitöltött, oklevelet nyert orvosdoktorok alkalmazhatók.

6. §. A mi az egy évi kötelező kórházi gyakorlat kitöltésére feljogosított egyes kórházak vagy gyógyintézetek (bábaképezdek, elmegyógyintézetek) részéről felvehető orvosdoktorok számát illeti, zsinórmentéskül szolgál, hogy minden egyes gyakorlatot teljesítő orvosra 25 fekvő-beteg számítandó. Azaz valamely arra feljogosított kórházban (gyógyintézetben) annyi fiatal orvos gyakorolhat, a hányszor 25 ágy van az illető kórházban (gyógyintézetben).

7. §. Az egy évi kötelező kórházi gyakorlatra jelentkezők felavatásuk után az orvoskari dékántól szolgálati könyvecskét kapnak, a melylyel azon kórház igazgatójánál, a hol a kórházi gyakorlatukat megkezdni vagy folytatni szándékoznak, nemkülönbön azon kórházi főorvosoknál, a kiknek osztályát látogatni óhajtják, jelentkeznek.

Az egy évi kötelező kórházi gyakorlatot megkezdni, illetőleg folytatni, mindig csak a hónap elsején vagy 16-dikán lehet.

8. §. Az egy évi kötelező kórházi gyakorlat tanúsítására rendelt szolgálati könyvecske a lezárókönyvek alakjára fényképpel ellátva készítendő és az év tizenkét hónapjának megfelelőleg a kórházi igazgató és főorvos által havonként aláírandó rovatokkal látandó el.

9. §. A kórházi főorvosok és a kórházi igazgató a szolgálati könyvecskében minden hó végén vagy közepén aláírásukkal igazolják, hogy a könyvecske tulajdonosa kórházi gyakorlatát kifogástalanul teljesíti.

A ki gyakorlatát más kórházban kívánja folytatni, ezt a távozást megelőzőleg 14 nappal a kórház igazgatójának bejelenteni tartozik,

megjelölve egyúttal azon kórházat vagy gyógyintézetet, a hol gyakorlatát folytatni óhajtja.

A kórházból való távozás annak megjelölése mellett, hogy az a szabályszerű bejelentés után történik, a szolgálati könyvecskében az igazgató által feljegyeztetik.

10. §. Ha valamely orvosjelölt az egy évi kötelező kórházi gyakorlat teljesítésében mulasztást követ el, a kórházi főorvos és igazgató, előre teljesített figyelmeztetés után az aláírás tanúsítását megtagadhatják, mely esetben az illető azon időt, a melyre nézve a kórházi főorvos és igazgató a tanúsítást megtagadják, pótolni tartozik.

A tanúsítás megtagadása ellen a vallás- és közoktatásügyi ministerhez felebbezni lehet, ki a felebbezésben foglaltakra nézve a kórház igazgatóját és főorvosát meghallgatja.

11. §. Az egy évi kötelező kórházi gyakorlat eltöltésére jelentkezők a kórházi szolgálatot illetőleg a főorvosnak és az igazgatónak vannak alárendelve.

A kórház alapszabályaiban és házirendjében a bejáró orvosgyakornokokra vonatkozólag foglaltakat megtartani kötelesek.

12. §. A ki az egy évi kötelező kórházi gyakorlat kifogástalan kitöltését szolgálati könyvecskéjével igazolja, annak az orvoskari dékán által az alábbi záradékkal ellátandó orvosdoktori oklevél kiszolgáltatatik.

Az oklevél kiszolgáltatása a szolgálati könyvecskében is feljegyeztetik.

13. §. Azok részére, kik a kötelező egy évi kórházi gyakorlatot kifogástalanul kitöltötték, az oklevél a hátlapjára reávezetendő következő záradékkal ellátva szolgáltatatik ki: „Ezen oklevél tulajdonosa az előírt egy évi kötelező kórházi gyakorlatot kifogástalanul kitöltvén, részére az egyetemes orvosi gyakorlatra feljogosító orvosdoktori oklevél kiszolgáltatatik.”

Kelet. Orvoskari dékán aláírása és a dékáni hivatal pecsétje.

14. §. Azok részére, kik egy éves katonai szolgálatuknak második felét mint segédorvoshelyettesek a kötelező egy évi kórházi gyakorlat kitöltése előtt kívánják leszolgálni, az orvoskari dékán hivatalos bizonyítványt állít ki arról, hogy orvosdoktorokká felavattattak és részükre az orvosdoktori oklevél kiállított, annak kiszolgáltatása azonban az orvosdoktori szigorlati szabályzat értelmében csak az egy évi kötelező kórházi gyakorlat kitöltésének igazolása után fog megtörténni.

A cs. és kir. közös hadseregbeli vagy m. kir. honvéd egészségügyi intézetekben eltöltött idő a szigorlati szabályzat 1. §-a értelmében az egy évi kötelező kórházi gyakorlatba beszámíttatik.

15. §. Az egy évi kötelező kórházi gyakorlatnak az arra feljogosított kórházakban miként való eltöltését a m. kir. belügyi és a vallás- és közoktatásügyi ministerek orvosi szakelőadók útján a szükséghez képest ellenőrzik.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A csonttörések és a ficamodások kór- és gyógytanának haladása.

Közlő: Chudovszky Móricz dr. műtő, volt sebklinikai tanársegéd.

(Folytatás.)

72. *Mysch*: Ossific. musc. brach. ext. als eine Complic. der hinteren Luxation im Ellbogengelenk. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 54. k. — 73. *Luksch*: Zur Arthromie bei veralteten Luxationen des Ellbogengelenkes. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 57. k. — 74. *Honzák*: Zur Wahl der operativ. Methode bei veralteten Luxationen des Ellbogengelenkes. Sbornik klinicky. 3. k. — 75. *Tiplady*: A case of compound disloc. of the wrist. Brit. med. journ. 1900. — 76. *Thöle*: Zur Casuistik seltener Luxationen und Fracturen. D. Zeitschr. f. Chir. 58. k. — 77. *Scheldon*: Dorsal dislocation of the trapezoid. Amerik. journ. of the medic. scienc. 1901. — 78. *Stoffel*: Luxation des Os scaphoideum und des Os lunatum. Arch. f. klin. Chir. 63. k. — 79. *Berger*: Luxation de l'os semilunaire. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1900. — 80. *Bähr*: Lux. intercarpalis. Centralbl. f. Chir. 1901. — 81. *Lorenz*: Bemerkungen zur Ther. der angeb. Hüftverrenkung etc. Berlin. klin. W. 1897. — 82. *Wolff*: Über die unblutige Einrenkung der angeborenen Hüftgelenkverrenkungen. Berl. klin. W. 1899. — 83. *Haffa*: Die moderne Behandlung der angeb. Hüftgelenkverrenkungen. Arch. f. klin. Chir. 59. k. — 84. *Lange*: Zur Behandlung der angeb. Hüftverrenkung. Berl. klin. W. 1899. — 85. *Drehmann*: Zur Aetiologie der cong. Hüftgelenkluxation etc. Cbl. f. Chir. 1900. — 86. *Petersen*: Beitrag zur unblutig. Behandl. der cong. Hüftverrenk. D. Zeitschr. f. Chir. 29. k. — 87. *Senger*: Ueber die operative Behandl. der angeb. Hüftgelenkluxation etc. Virch. Arch. 154. k. — 88. *Whittmann*: Further observation of the hip. Med. news. 1899. — 89. *Dueroquet*: Quelques remarques de mon procédé de la luxation congénitale. Progr. méd. 1899. — 90. *Nové-Josseland*: Relation de l'autopsie d'une luxation de la hanche opérée suivant la méthode de Lorenz. Rev. mens. des malad. de l'enfance. 1901.

A könyvkizület ficamodásaira vonatkozó közlemények mind azzal foglalkoznak, hogy az üdült ficamodások esetében micsoda eredményre járt a véres műtét beavatkozása. Természetesen csak az eredményről számolnak be, a siker hiánya nem kerül szóba, pedig a ki nek alkalma van észlelnie az 1—2 jó eredmény mellett a többi sok rossz következményt, az nem fog lelkesedni a műtétért. *Mysch*⁷² egy igen bonyolult hátsó könyvkizületi ficamodás esetét közli, a midőn a belső karizom részlegesen elesontosodott s csak annak levésével sikerült eredményhez jutnia. *Luksch*⁷³ három üdült könyvkizülemódás esetében véres műtétet vett igénybe. Az igen hosszú metszést előnyösnek tartja, a melyen keresztül a beigazítás könnyebben végezhető. E czélra a metszés helyéül a könyökcsúcsot használja fel. *Dollinger* az 1901. nyári félév

lefolyása alatt egy ízben minden szövödmény nélküli könyökficamodást igazít helyre véres műtét útján, másik esetben a hollóorrnyúlvány törése társult hozzá. Az orsócsont fejecskének ficamodása esetében az orsócsont fejecskét csontkolnia kellett, hogy eredményt elérhessen. *Honzák*⁷⁴ 26 könyökizületi ficamodás esetében véres műtétet végzett, még pedig 17 esetben Hütter szerint, 9 esetben a könyökcsúcs időleges csontkolásával kapcsolta össze a műtétet. Eredményei az ő bevallása szerint csak tíz esetben jók.

A kéz ficamodásának esetét *Tiplady*⁷⁵ közli, a midőn a kéz a tenyér irányában ficamodik. A ficamodás nyílt volt, a gyógyulás elsődleges. *Thöle*⁷⁶ hasonlóan a kéz ficamodásának egy esetét közli, a midőn azonban csak a kéztő orsói izületi része ficamodik. A beigazítás igen könnyen sikerül. Sokkal érdekesebbek azok a közlemények, a melyekben Röntgen-képek kapcsán írják le, hogy egyes kéztőcsontok hogyan változtatják helyüket a külső behatás következtében. *Schede*⁷⁷ esetében a kéz középet érő közvetlen erőművi behatás következtében kificamodik a kis sokszögű csont, a mit Röntgen-képen jól látni. *Staffel*⁷⁸ egy esetben a holdascsont ficamodását észlelte, egy másik esetben az alkarcsontok töréséhez a sajkaesont ficamodása társult. *Berger*⁷⁹ a holdascsont ficamodása esetében véres műtét útján eltávolította a kificamodott csontcskát. *Bähr*⁸⁰ oly kéztői ficamodás esetét közli, a midőn a kéztőcsontok első és második sora közötti izület ficamodik. Tillmanns állítása szerint csak nyolcz ilyen esetet közöltek mostanáig.

A csipőizületi ficamodásokra vonatkozó irodalomban igen élénk vita tárgyat képezi a veleszületett ficamodások kör- és gyógytanának a fejlődése. Ugy mint a többi izületi ficamodás esetében, ezeknél is a Röntgen-fénykép megbecsülhetetlen szolgálatokat tesz. A kórisme felállításánál szemünk elé állítja a kóros állást, a czombfej fejlettségét, az izvápa helyzetét, annak hiányait; azonkívül a két utóbbi viszonyoknak helyes megítélése kapcsán irányítja a műtét beavatkozást. Ha még hozzá stereoskopikus felvételeket készítünk, akkor igazán meglepő a kép. A szt. János-kórház Röntgen-laboratóriumában alkalmunk nyílt arra, hogy azokról Röntgen-felvételeket készíthessünk. Az eseteket Horváth dr. kezelte s eredményeiről úgy a kir. orvosegyesületben, a közpórházi orvostársulat ülésén, mint a bártfai vándorgyűlésen beszámolt. A külföldi sebészek tapasztalatai e téren sok száz esetre vonatkoznak. Így *Lorenz*⁸¹ már 300 esetenél többet műtött, a melyeknek kapcsán következő nézetének ad kifejezést: a veleszületett csipőizületi ficamodást tíz éves korig be lehet igazítani, azon túl csak a véres műtét javalt, a nélkül, hogy az izvápát ki kellene fúrni. Ha a fiatalabb egyéneknek a többszöri beigazítási kísérlet nem sikerül, akkor e korban is véres műtét útján igazítja be a ficamodást, a nélkül azonban, hogy az izvápát kimélyítene vagy megfúrja. Ha a végtag nagyon megrövidült, úgy szükségesnek tartja azt, hogy megelőzőleg nyújtókészüléket alkalmazzon, ha még így sem sikerül a műtét, akkor inmet-szésekkel segít. Az első állásra nézve, a melyben a beigazított végtagot rögzíteni kell, igen fontosnak tartja azt, hogy a végtagot távolított és kifelé forgatott helyzetben rögzítsük. Ebben a helyzetben marad 4—5 hónapig, egyes ritka esetekben 9 hónapig is, de az utolsó három hónap alatt a beteggel fűzős tokot hordat. A beigazítással kapcsolatban veszedelmes balesetek érték, így egy esetben az érfal nyomatása következtében elűzköcsödött a czomb, 360 esete közül 10 esetben a czombnyak eltört, két esetben a medence törte, öt esetben a czombideg megbénult, a mi azonban nyom nélkül elmúlt, bódítás közben három beteg meghalt. A kétoldali ficamodások közül négy esetben az egyik oldalit nem sikerült beigazítani, úgy hogy véres műtétet kellett fognia. *Wolff*⁸² 89 egyénen 125 csipőizületi ficamodást kezelte, még pedig 36 egyoldali s 53 kétoldali esetet. Ezek közül 104 izületi ficamodást vértelen módon igazított be, 77-ben az első próbára sikerült, 20-nál többszöri próba után, így három esetben csak három hó múlva sikerült a beigazítás. A beigazított 97 eset közül részben a kötés levétele előtt, részben annak lefejtése alkalmával 46 esetben újra kificamodik, a melyek közül 22-öt újra beigazítanak. Két beigazítás alkalmával a czombideg megbénul, két esetben a czombizület vérömlése elgenyedt. *Hoffa*⁸³ összegezi a *Lorenz*, *Schede* s *Mikulicz* eredményeit. Az ő eredményei jók. A végtagot befelé forgatott állásban rögzíti. *Lange*⁸⁴ a Hoffa-féle eljárás tartja helyesnek, a végtagot túlfeszített és forgatott állásban rögzíti, mint a mely állás után levéve a kötest, a ficamodás nem újult meg. *Drehmann*⁸⁵ 104 eset kapcsán a Mikulicz-féle készüléket ajánlja, a melyről azonban azt mondja, hogy ha rosszul kezelik benne a beteg, a ficamodás megújul. 43 esetben a *Pacci-Lorenz*-féle vértelen beigazítási módszert használta, 25 esetben véres műtétet vett igénybe. A fejecs az első módon helyreigazított esetek közül 19 esetben marad meg csak az izvápában s ő ezzel az eredménnyel is megelégszik. Azt hiszem a sebészek nem osztják nézetét, mert a fejecs nincs az izvápában, az eredmény jobb lehet, mint a mikor kedvezőtlenebb helyen volt, de semmi esetre sem egyenlő azzal az eredménnyel, a midőn a fejecset a rendes anatómiai helyére igazítottuk. Különböző többektől hallottunk ily önámító nézeteket. *Petersen*⁸⁶ leírja azt a kétirányba húzó rámas készüléket, a melyet *Schede* használ a csipőizületi ficamodások helyreigazítására. 102 eset közül 43 esetet igen jó eredménnyel kezeltek, 13 esetben a czombcsont újra ficamodott, 30 esetben, a melyet ő transpositionnak nevez — ez az a bizonyos önámítás —, massage-zsal kezeltek a betegeiket. A túlerélyes beavatkozás mellett tör lándzsát *Senger*⁸⁷, a ki oly esetben, a midőn a véres műtét útján nem sikerül a ficamodást beigazítani, 1. a czombfej, illetőleg a czombnyak csontkolását ajánlja; 2. továbbá ajánlja a tokszalag hátsó részletének az eltávolítását, esetleg szükség esetében a csontthártya letolását abból a célból, hogy a czombfej számára hely legyen a csipőcsonton: 3. ha a

csontthártyát letolta, akkor izvápát is kell fúrni a csipőcsonton; 4. tok- és csontthártyalebenyt készít, a melyet felhajt, s a melynek alsó felszínéhez a czomb fejé támaszkodik, míg a lebenyt a visszamaradt tokszalaghoz varrja. Ő abból az okból a véres műtét beavatkozásá híve, mivel igen sok esetben durványos az izvápa. Azon esetekben, a midőn a fejletlen s ferde czombnyak miatt a ficamodás ismétlődik, a tempor alatti csontátvésésnek a barátja. *Ducroquet*⁸⁸ a beigazítás után ismétlődő ficamodások elkerülése céljából azt ajánlja, hogy a távolított csipőizületben behajlított és kifelé forgatott végtagon a kötest a trochanter táján vályuszerűleg be kell mélyesíteni. *Nové-Josserand*⁸⁹ a veleszületett ficamodás esetében beigazított és használt czombizület kórboneztani leletét közli, a melynek birtokába véletlenül jutott. A környi izomzatban hegeket lelt; a beigazított czomb fejecse kissé jobban állott ki, mint az ép oldali czombfejecs. A kóros oldali tok- és oldalszagok gyengébben fejlettek voltak mint az ép oldalon. A görgetegszálag a kóros oldalon egészen hiányzott. A fejecs 1—2 mm.-rel nagyobb átmérőjű a kóros, mint az ép oldalon, rajta a fejecs árka csak jelezve volt. A kóros oldali izvápa karimája 4 mm.-rel alacsonyabb, a porozos széle csak felül és hátul fejlődött ki és itt is 1 mm.-rel alacsonyabb.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Hermann Rohleder: Vorlesungen über Sexualtrieb und Sexualleben des Menschen. Berlin, Fischer's med. Buchhandlung. 1901.

A nemi élet irodalma az utóbbi néhány évben nagy lendületet vett. E tény csak részben örvendős. Kétségtelen, hogy igazán jó és komoly munkák e téren is hiányt pótolnak. A gyakorló orvoshoz, mint házi orvoshoz, sokszor fordulnak a nemi élet számos diszert és igen gyakran szövevényes kérdéseiben tanácsért. E bizalomnak csak úgy és akkor felelhet meg, ha e témát érintő minden kérdésben tudományosanabb gondolkodik, élettani ismereteinél fogva szélesebb látókörből ítél és hivatásának komolyságánál fogva erkölcsileg is tisztultabban érez, mint azok, kik e kérdéseket hozzája intézik.

E szempontok kell, hogy mérvadók legyenek e tárgyú könyvek megírásánál is. Nem szabad tehát a tárgy túlságos és felesleges kiaknázásával, a tényleges szükséglet határait túllépve, az illetéktelen kíváncsiságot felkelteni és így minden tudományos külsőség mellett alacsony, esetleg pervers ösztönöknek kedvezni.

Ezen tekintetek szem előtt tartásával megírt könyvek hasznos szolgálatot tehetnek az orvosoknak. De csakis azoknak. Régi szállóige azonban, hogy „habent sua fata libelli“. A szerzők mindannyian szentül fogadkoznak, hogy orvosoknak, csakis orvosoknak írják, és könyveik mégis a nagyközönség kezei közé jutnak. És ez nem kerülhető el. A könyvkereskedő nem követelhet személyazonosságot vevőtől. E könyvek pedig nem orvosokhoz kerülve, igen nagy kárt okozhatnak. És ez ezen könyveknek, legyenek a szerzőnek szándékai bármily tiszteltetreméltók és őszintén tudományosak, igen nagy hátránya. E könyvek kiadást kiadás után érnek; vajjon hány kitérő, sőt alapvető munkáról mondható ez? A fogyasztók nem orvosok, vagy csak kis részben azok.

Tartunk tőle, hogy az előttünk fekvő könyv is sok kiadást ér majd. Mert a fejtegetett tárgy elég ügyesen van összefoglalva és a kérdés minden oldalról tudományosan, ha nem is eredetien, megvilágítva, a nyelvezet túl egyszerű, mondhatnám népszerű. A nem éppen sűrűn alkalmazott latin kifejezések és körülírások a nem orvos olvasóknak sem fognak sok gondot okozni. (Lehetnek ezen olvasók véletlenül gymnaszták is.) Ez pedig sok hátránnyal jár. Szerzőnek álláspontja, a nemi excessusok, onania, valamint az abstinencia következményeinek kiszínezése különben is neurastheniás betegeknek vagy irányítható képzelőtehetséggel bíró fiatal embereknek mindenféle nosophobiákhoz vezethet. Reméljük, hogy e könyvnek nem ez lesz sorsa; a tárgy vonzó, rövidsége mellett is kimerítő előadása az orvosnak majdnem minden kérdésre gyorsan és könnyen ad feleletet, a melyet nagyobb művekből vagy monographiákból csak nehezen szerezhetne meg. Ezért ajánlható.

Ráskai dr.

É. Metschnikoff: L'immunité dans les maladies infectieuses. Paris, Masson et comp. 1901.

Maholnap húsz éve lesz, hogy Metschnikoff először utalt a mesodarmális eredésű amoebooid-sejtek, az úgynevezett phagocyta szerepére a szervezetnek a fertőzések elleni védekezésében, valamint a fertőző betegségekkel szemben való immunitásban. Azóta szakadatlanul a legnagyobb szorgalommal folytatta ezirányú vizsgálatait s most testes, 600 lapra terjedő kötet alakjában foglalta össze az immunitásra vonatkozó nézeteit, a mit tenni már csak azért is szükségesnek tartott, mert tapasztalatai szerint még az ezen téren munkálkodó búvárok között is akad egy-két olyan, egyébként tekintélyes bűvár, a ki Metschnikoff nézeteit, illetve az ezek alapját képező vizsgálatokat nem ismeri kellőképp, s így egy része a phagocyta-elmélet ellenében felhozott érveknek a hiányos ismeretből ered.

A rendkívül érdekes munka tárgyalásának menete nagyjából ugyanaz, mint a melyet szerzőnek a Weyl-féle higiéniai gyűjtőmunka számára az immunitásról írt, 1897-ben megjelent cikkéből ismerünk, t. i. először a mikroorganizmusok elleni természetes immunitásról, azután a mikroorganizmusok elleni mesterséges immunitásról szól, majd a toxikok elleni természetes és mesterséges immunitást veszi sorra és végül a természetes úton szerzett immunitást (immunitás fertőző betegségek

átállása után és az immunitás öröklése) fejtegeti. Ezeket a részeket azonban megelőzi néhány fejezet, a melyekben az egysejtű organismusoknál és a többsejtű növényeknél észlelhető immunitási tünetekkel foglalkozik, valamint általános foglalatját adja az állatvilágban található immunitásnak, nemkülönben ismerteti egyrészt az alakos elemeknek, másrészt az albuminoid folyadékoknak resorptióját. A munkát befejező három nagyon értékes fejezet egyike a már eddig is kiterjedtebben használt praeventív vaccinatiókkal foglalkozik, másika az immunitás tanának fejlődéstörténetét adja s végül a harmadik az egész munka tartalmát röviden összefoglalja.

Nagyon természetes, hogy a munka, mely az előadás világossága és az áttekinthetőség szempontjából semmi kívánni valót nem hagy, sőt e tekintetben mintaképül szolgálhatna, a fősúlyt a phagocytá-tan ismeretére fekteti, mint a melynek — még pedig ismereteinek jelen állása szerint joggal — legnagyobb fontosságát tulajdonít az immunitás tünetmennyének magyarázásában. E mellett azonban az idők folyamán felmerült többi elmélettel is behatóan foglalkozik, még pedig határozottan kellő tárgyilagossággal, úgy hogy a munka, mely az újabb orvosi irodalomban kétségtelenül a legelső helyek egyikét érdemli, az immunitásról szóló tan mai állása hí tükrének mondható, s bizonyára hasznos szolgáltatokat fog tenni azoknak, kik az immunitásra vonatkozó ismeretek továbbfejlesztésében maguk is részt óhajtanak venni; de élvezetes órákat fog szerezni azoknak is, a kik távolabb állván az önálló búvárkodás mezejétől, csak általános orvosi ismereteik bővítése céljából veszik majd kezükbe a munkát.

Uj könyvek. *Joseph:* Lehrbuch der Hautkrankheiten. 4. Auflage. Leipzig, G. Thieme. — *Meissner:* Mikroskopische Technik in der ärztlichen Sprechstunde. 2. Auflage. Leipzig, G. Thieme. — *Roth:* Klinische Terminologie. 6. Auflage. Leipzig, G. Thieme. — *Schultze-Naumburg:* Die Kultur des weiblichen Körpers als Grundlage der Frauenkleidung. Leipzig, E. Diederichs. — *Sticker:* Die Entwicklung der ärztlichen Kunst in der Behandlung der hitzigen Lungenentzündungen. Wien, A. Hölder. — *Hansemann:* Die mikroskopische Diagnose der bösartigen Geschwülste. 2. Auflage. Berlin, A. Hirschwald. — *Marx:* Die experimentelle Diagnostik, Serumtherapie und Prophylaxe der Infektionskrankheiten. Berlin, A. Hirschwald. — *Martens:* Die Verletzungen und Verengerungen der Harnröhre und ihre Behandlung. Berlin, A. Hirschwald. — *Perrin:* Les polynevrites. Paris, J. B. Baillière. — *Mathieu:* Les ponctions rachidiennes accidentelles et les complications des plaies pénétrantes du rachis par armes blanches sans lésions de la moelle. Paris, Masson et comp. — *Bertin-Sans:* L'habitation: procédés de recherche et de contrôle. Paris, Baillière et fils. — *A. M. Galbraith:* The four epochs of woman's life: a study in hygiene. London, W. B. Saunders.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

A fagyásról ír *Lassar O.* Nem mindig excessiv hideg szükséges ahhoz, hogy fagyási reactiót idézzon elő, azért laikusok, sőt gyakran orvosok is nem a hidegnek tulajdonítják e reactiókat. A hideg akkor lép fel mint káros hatány, ha a physiologikus ellenállási coefficient legyőzi, arra pedig befolyása van a hőfoknak, a behatás gyorsaságának, módjának stb. Ezért már őszi hőváltozások is hozhatnak létre ily reactiót. A reactio először is edényhűtésben nyilvánul, persistáló vena ectasiák jönnek létre, leggyakrabban az orron és arczokon. A reactiók gyógyítására és mint prophylacticumot naponkénti hideg leöntéseket és fürdőket ajánl. Az egyes testrészeknek állandó vörössége ellen egy mód van: a kóros edénytagulatoknak eltömődése és zsugorítása. Erre a célra hámozó pasztát ajánl: Rp. Naphtholi β 10-0; Sulfur. sublim. 40-0; Vaselinei flav. americ., Saponis viridis puri aa 25-0. M. f. pasta. Ha a folyamat kifejezettebb, akkor csak a szurkálási mód segíthet. E célra eszközt készített, melynek segítségével a bőrfelszín sok száz finom pont alakjában felhorzsolja. Ez által a kis edénytagulatokban thrombosisok jönnek létre, s ezek zsugorodása után a vörösség eltűnik. Az acut fagyások kezelésének elve az égési sebekével azonos. A legjobb eredményeket látta a száraz porkezeléstől (bismuth-pólyák). Specifikus gyógyítása a fagyásnak nincs. Kivételt képeznek a könnyebb fagyási reactiók: a perniók. Ezekre következő kenőcsöt ajánl: Rp.: Ungu. plumbi, Vaselinei flavi aa 40-0; Ol. olivarum 20-0; M. c. acid. phenylic. 2-0; Adde ol. lavandul. g. XXX. Causalis gyógyításra még különféle, a circulatio javítását célzó mechanikai testgyakorlatokat, valamint szakavatott massaget ajánl. (Ther. d. Gegenw. 1902. 1. füzet.) —nt.

Adatok a haematológiához. *E. Bloch* hosszú közleményében a piros vérszálakban néha látható degeneratív elváltozásokról ír, miközben felsorolja az erre vonatkozó irodalmat, s végül saját megfigyeléseiről számol be.

A phenylhydrazin és derivatumaival a vérre hatva, abban oly elváltozásokat hoznak létre, melyeket festési módszereinkkel jól kivehetünk. A piros vérszálakban ilyenkor látható haemoglobinaemiás degenerációt annak szemeses elfajulása követi; hosszasan fejtegeti ezután az ezek keletkezésének módjára vonatkozó teóriákat. Ezen szemeses piros vérszálak jelenlétének szerző klinikai és prognostikai értelemben nem sokat tulajdonít; egyedül az olommérgezésnél jó tekintetbe, a hol fellépése esetleg megelőzhet minden egyéb tünetet és differentiát. Kórimzési jel gyanánt szolgálhat az olomkólia és egyéb hasgörcsök eseteiben. Szemeses piros vérszálak láthatók a különböző anaemiáknál és különösen a Biermer-féle anaemiára megjegyzi, hogy ha vérvizsgálat egyéb tekintetben változást

nem mutat, avagy pedig javuló viszonyokat láthatunk, a piros vérszálak szemesesettsége azonban még mindig jelen van, ez a betegség lappangó természetét mutatja. Másrészt azonban leír igen súlyos anaemiás eseteket, melyek halállal végződtek és szemesesettséget a piros vérszálakban még sem láthatott.

A másodlagos anaemiáknál sem képez állandó tünetet ezen szemesesettségre; voltak esetei, hol igen nagyfokú vérszegénységnél a haemoglobintartalom alacsony voltával a számbeli érték ad minimum redukálódott és szemesesettséget még sem látott. Csatlakozik részben Grawitz nézetéhez, ki toxikus behatásnak, nem pedig a nagy vérvesztésnek tulajdonítja ezen szemesesettséget jelenlétét, azonban még ily felfogás mellett sem lehet egyes esetekben a kellő magyarázatot megadni.

A traumatikus anaemiáknál is láthatunk olykor szemesesettséget a piros vérszálakban, melyet szerző a hosszabb ideig fennálló genyedő folyamatoknak, majd az ezt követő anaemiának tulajdonít.

Leukaemiánál három esetben észlelte a szemeses piros vérszálakat, chlorosisnál soha sem látta; úgyszintén haemorrhagiás hajlamuknál sem.

Ezekkel ellentétben felsorolja a tisztán chemiai avagy toxikus behatások folytán fellépő degeneratív elváltozásokat, melyeknél különös súlyt helyez ez eosin-nigrosin-keverékkel kimutatható „belső testecsek”-re, melyeket Biermer-féle anaemiánál sohasem látott.

Olommérgezettségnél elég gyakori tünet a szemeses piros vérszálak jelenléte, különösen gyakori a hasi tünetekkel kapcsolatban, azonban nem tartja elfogadhatónak Borchardt azon nézetét, miszerint az intestinalis tünetek volna ennek okozói. Egyéb mérgezéseknél szemeses piros vérszálakat nem talált.

Végül a szemeses és a magvas piros vérszálak egymáshoz való viszonyát tárgyalja, melyekre vonatkozólag megjegyzi, hogy részint a festési eljárásokkal szemben való viselkedésük, továbbá egy és ugyanazon sejtben való jelenlétük, részint a karyorrhecticus folyamat milyensége, lefolyása ellene szólnak azon nézetnek, mely szerint a szemeses-zettségek a magvas széteséséből származnának. (Zeitschr. f. klin. Med. XLIII. kötet, 5—6. füzet.)

Kövesi dr.

Sebészet.

Az izületi traumák kezeléséről értekezik *Van Hassel*. Az izületi traumákat 3 csoportba osztja: 1. Izületi zúzódások a bőr épségének megtartása mellett. 2. Izületi sebek. 3. Sérülésekhez csatlakozó luetikus vagy tuberculotikus és izületi lobok.

Az első csoport kezelésében, ha hydrops vagy synovitis jelentkezik, indikált az izület korai punctioja és antiseptikus kiömlítése vagy súlyosabb esetekben az arthrotomia, mit szerző több esetben sikerrel végzett. Két esetben, midőn a zúzódás quadriceps inszakadással volt komplikálva, sikerült az arthrotomia és invarrat végrehajtása által teljes gyógyulást elérni. Izületi töréseknél a szerző nagy súlyt fektet a végtag korai (már 4—5 nap múlva eszközözendő) mozgására és masszálására, mert ezáltal sikerült az ankylosist legbiztosabban elkerülni.

Sokkal conservatívabb a szerző az izületi sebek kezelésében. A főbb pontok, melyeket ilyenkor szem előtt kell tartani, a következők: 1. A sebtérület és környék pontos desinfectioja. 2. A törvégek repositioja. 3. A lágyrészek gondos összevarrása, különösen az in- és idegvarrat. 4. Nedves formalingaze-kötés. Arthrotomiát csak akkor van szükség, ha izületi genyedés mutatkozik. Ha a folyamat a synovialisra is ráterjed, akkor synovektomiát, ha a csontvelőre is, akkor resectiót kell végezni.

A harmadik csoportot illetőleg, luetikus izületi loboknál a specifikus kezelés legtöbbször eredménnyel jár. Tuberculosisnál esetről esetre individualizálni kell. Ha a conservatív eljárás nem vezet eredményre, akkor végezhetünk arthrotomiát, arthrectomiát, resectiót vagy amputatiót. A resectio különösen contracturáknál és subluxatióknál indikált, míg sohasem szabad resectiót végezni, ha a csontnövekedés még folyamatban van, vagy az igen rosszindulatú nagy cachexiával járó izületi tuberculosisnál. (Centralblatt für Chirurgie. 1901.)

Milkó Vilmos dr.

Vérpangás izületi merevségnél. *Blecher*-nek sikerült a Bier-féle pangásos hyperaemia alkalmazásával jelentékeny javulást elérni olyan izületi merevségeknél, melyek véromlenny vagy az izület hosszas tétlensége folytán jöttek létre (pl. csonttörések után). A javulást a szerző úgy magyarázza, hogy egyrészt a tokszalag és az izület körüli lágyrészek savós átívódása azokat felpuhítja, engedékenyebbé teszi, másrészt a pangás folytán az izületben felhalmozódott savó elősegítette a véromlenny felszívódását. (Centralblatt für Chirurgie. 1901.)

Milkó Vilmos dr.

Mamma-carcinoma-statistikák közöl *Guleke* a Bergmann tanár klinikáján az 1882—1899. években észlelt 884 esetről. A betegek korára vonatkozólag az eddigi statistikákkal megegyezőleg a 41—60 éves közé esőnek találja a betegek kétharmadának életkorát, a betegnek átlagos életkora 49-2 év; az aetiologikus momentumok közül az előrement szülésnek, lactationnak (az esetek 90-50/o-ában) s a mastitisnek tulajdonít jelentőséget, míg a traumát secundaer jelentőségűnek tartja; hereditas az esetek 16-50/o-ában szerepel. A betegség az esetek legnagyobb részében az emlő felső külső quadransában kezdődött, 3—4-szer oly gyakran, mint egyéb helyen; ennek okára vonatkozólag szerző *Schmidt* és *Stiles* nézetéhez ragaszkodik, hogy a rák ez esetekben az emlőmirigy háromszögű csapszerű nyújtványából indul ki, mely a pectoralis major alsó szélé alatt a hónalj felé húzódik s gyakran csak egy kötőszövetes köteg által van az emlőmirigygyel összeköttetésben, az esetek 25-0/o-ában egyáltalán hibázni szokott. A carcinoma fejlődésének gyorsasága, metasta-

sisai természetűen a tumor természetétől függenek első sorban, átlag azonban a betegség első symptomait a hóalmirigyek beszűrődése 11-6, a bőrrel való összekapcsolódás 12-5, az alaphoz való rögzítettség 18-9, az ulceratio 16-45, a supraclavicularis mirigyek beszűrődöttsége 19, a belső metastasisok 25-2 hó múlva követik. A klinikán 1882-1890-ig a Volkmann-Küster, azóta a Heidenhain-féle műtét eljárás szerint jártak el. 833 betegen 943 műtétet végeztek; a mortalitás 3-10%, de csak 7 (0-8%) halt meg infectio folytán; a végleges eredményre nézve 382 eset további sorsáról szereztek tudomást, ezek közül 110 (28-79%) maradt végleg recidivamentes és részben él (az 1882-1890. évben végleg gyógyult 31 beteg közül 22 él, és többnél 15-18 év múlt el a műtét óta), részben 3 éven túli időben a műtét után halt meg intercurrentis betegségben. A 110 gyógyult eset közül 81-nél volt már hóalmirigy-beszűrődés jelen; 5 betegnél localis, egyenél a supraclavicularis mirigyekben való recidiva, 2-nél pedig a másik emlőben támadt rák miatt újabb műtétet kellett végezni, mely tartós gyógyulásra vezetett. A teljesen gyógyult esetek között egy hóalmirigy-metastasisokat képezett melanocarcinoma is van. A recidiva átlag 13 hónappal a műtét után szokott bekövetkezni, az esetek 41-30%-ában azonban már az első félév folyamán; 10 esetben a recidiva 3, 3 esetben 4, 2-ben 6, és egy esetben 8 évvel a műtét után következett be. A műtét a recidiv esetekben is a beteg életét átlag 10-4 hóval megnyújtja. Ezen eredményeknek más statisztikákkal való összehasonlítása nyomán szerző oda concludál, hogy a pectoralis major és minor teljes eltávolítása oly esetekben, midőn az emlőrák az izommal még ninesen összekapcsolódva, felesleges. (Arch. f. klin. Chir. 64. kötet, 530. l.)

Pólya Jenő dr.

Veneréás bántalmak.

Extragenitalis chancre-t mutatott be Fournier a „Société de syphiligraphie” július 4-én tartott ülésén. A laesio egy nő bal első metacarpusán jelentkezett; különös volt a chancre localisatioja, hypertrophikus kinézése (földi nagyságú) s érdekes, hogy a legpontosabb kikérdezés dacára betegnél az infectio mikéntjét nem lehetett felderíteni. A chancre két hó óta állott fenn, s a vulván elég tipikus syphilitideket provokált. (Annal. de dermatologie et de syphiligraphie. 1901. 650. lap.)

Szabóky dr.

A jodolendről ír Jordan A. (Moszkva). A jodkaliak e pótszerét Laquer (Wiesbaden) fedezte fel és a Kalle-czég gyárából kerül ki. Sár-gás, vízben, alkoholban stb. oldható, iztelen és szagtalan por, s tulajdonképen a jodolnak fehérjével való vegyülete. Két alakja ismeretes, úgymint jodolenum internum, mely 9-10% jodolt tartalmaz, és jodolenum externum, mely 36% jodolt tartalmaz. Sommerfeld a jodolenum internum alkalmazása után kellemetlen mellékhatásokat észlelt, miért is a gyár kisebb jodoltartalmú szert állított elő, melyet Jordan próbált ki. Jordan 2 grammos dosisokban rendelte naponta 8-10-szer, s ekkép betegeknek naponta 1-2 gm. jodmennyiséget nyújtott. Kisebbszámú jodismust, mint náthát, conjunctivitist stb. Jordan e szer után is észlelt; de ha a jodolent 12-20 grammos napi adagokban rendelte, a tertiaer syphilitisnek, főleg a malignus alaknak tüneteit gyors megszűnésre bírta hozni. Egyébként e szer az általános állapotra is jó hatással volt. A jodolenum externummal ulcera molliákat sikeresen körülbelül 24 nap alatt gyógyított meg. Nedvedző papulák, gummás fekélyek ellen is eredménnyel alkalmazta, miért is a jodoform hathatós pótszerének tartja. (Monatshefte f. prakt. Dermat. 1901. december.)

Sellei dr.

A syphilis lektüzdésére egyesület alakult Párisban. Ezen egyesület céljairól és teendőiről ír Fournier. Az egyesület megalakítását fontossá teszi azon körülmény is, hogy Páris lakosságának 13-18%-a szenved syphilisben, s ekkép az egyesület, mely minden a syphilissel összefüggő kérdés tanulmányozását tűzte ki célul, egyúttal prophylactice is akar hatni, a mennyiben hatósági támogatással a syphilis terjedésének gátat vetni óhajtt. (Journ. d. prat. 1901. 27. sz.)

Sellei dr.

Fülgyógyászat.

A hangok intracranialis tovaviteléről fültől fülhöz ír Schäfer. Munkájában először is az eddigi nézeteket ismerteti e tárgyról. Ellene mond a több oldalról említett ama nézetnek, mely szerint diotikus rezgések centralis eredetűek volnának. Schäfer e rezgéseket csontvezetésből kísérli megmagyarázni, mely magyarázathoz egy egyszerű kísérlet útján jutott. Egy a levegőben, a koponyacsont érintése nélkül az egyik fül előtt rezgő hangvilla hangja mindig erősebben hallható, valahányszor a másik fület elzárjuk. Ebből következteti szerző, hogy miután a hangnak a tubán át való odavezetése ki van zárva, ez tehát csupán csontvezetés útján történhetik. Még pedig kétféle úton történnek ez meg, úgymint egyfelől a koponyacsontok útján közvetlenül, másfelől pedig együttrezgésbe hozatának a koponyacsontok, a külső hallójáratban rezgő levegő, a dobhártya mozgásai, az ovalis és kerek ablakok és tömkeleg folyadék által. A hangvezetés eme nemét „természetes csontvezetésnek” ajánlja szerző elnevezni. Ugy a saját, mint Bezold vizsgálataiból, melyeket a folytatódólagos hangszorral végeztek, kitűnik, hogy az ilyenmő hangvezetés bekövetkezik mely hangoknál — 50 rezgéstől kezdve — a középfülbeli rezgések útján, a magasabb hangoknál többnyire közvetlenül mennek át a hanghullámok a koponyacsontokra. (Archiv für Ohrenheilkunde, 52. kötet.)

Ifj. Klug Nándor.

Az accomodációs mozgásokról az emberi hallószervben értekezik Hensen. Ama pár megfigyelésből, melyet ő tett, azt következteti, hogy a dobüreg izmai a figyelem (füléles, hallgatódzás) végzésére szolgálnak. A hallgatódzásnál nem tudja az ember, mily hangmagaságra számíthat, azért minden feszülési fokon végig kell futni a dob-

hártyának és a kengyel körszalagjának, hogy midőn a megfelelő feszülést végig futják, a rezgéseket felvehessék, a melyeket egy ideig megtartanak, még ha a feszülés tovább változik is. Ez állítását néhány bizonyítékkal támogatja Hensen. Ő az általa észlelt e tüneteket az utolsó szeptemberi turini élettani congressuson elő is adta, hol többen hozzászólásaikban hasonló észleletekről tettek említést. Ebből a fenti állításából kiindulól vizsgálatra méltónak véli azt a kérdést is, vajjon az izmok pl. egy concert alatt folytonos mozgásban vannak-e, avagy hogy hozzászoknak-e a hang változásához, illetőleg eltompulnak ezekkel szemben. A reactio lassúsága a hangsorozat gyorsaságánál állandó volna, de az izmoknak erejükben változó összehúzódását tételeznél fel. Tekintettel, hogy a szemizmok egész nap dolgozni szoktak, esetleges túlnagy elfáradástól nem kellene tartani. (Pflüger's Archiv, 27. kötet, 8. és 9. füzet.)

Ifj. Klug Nándor.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A traumatolt, a melyet Suzor más évek óta használ a sebkezelésben s a melynek előnye a jodoformmal szemben, hogy alig van szaga és hogy a genyedést gyorsabban megszünteti, valamint a heggesedést is elősegíti, újabban rectitis suppurativa két esetében használta. Mindkét esetben nagyon kiterjedt volt a baj és jodoform használatára nem javult, míg traumatol-befúvásokra — körülbelül egy gramm kétszer naponként a bél alapos kiöblítése után — gyorsan bekövetkezett a gyógyulás. Megjegyzendő, hogy az egyik esetben előbb traumatol-suppositoriumokat kísérelt meg szerző kielégítő eredmény nélkül. (Gazette des hopitaux, 1901. 131. sz.)

Hangrés-görcs eseteiben gyermekeknek Comby a következő orvosságot használja: Rp. Moschi 0-1; Kalii bromati 1-0; Syr. flor. aurant., Aquae destill. aa 30-0. M. D. S. Naponként 3 kávékanálnyi bevenni. (Therapeutische Monatshefte, 1901. 12. füzet.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat. 1902. 10. szám. Edelmann Menyhért: Carbolmérgezés. Gläser: Kell-e orvosolnunk a lázat, s ha igen, hogyan? Mangold Henrik: Balneologiai tévedések.

Orvosok lapja, 1902. 10. szám. Rottenbiller Ödön: Modern chemiai ismereteink értékesítése az orvosi gyakorlatban. Plesch János: A tüdővész tüneteinak gyógyszeres kezelése.

Magyar orvosok lapja, 1902. 10. szám. Bucsányi Gyula: Adatok a hedonal hatásához. Herczel Manó: A húgyhólyagkövek spontan átfúródásáról. Paunz Márk: A felső állcsont fedett töréseiről. Lipscher Mór: A gastrostomiáról.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1902. 10. szám. Samberger: Pemphigus vegetans. Erdheim: Vesegumma. Müller: Myxoedema három esete. Kersting: A fogak elhasználódása. Hammerschlag: A csecsnýjtvány heveny megbetegedései és sebészeti kezeléseik.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 10. szám. Finger: Folliculitis (acne) exulcerans serpinigosa nasi (Kaposi). Waldstein: Kocsányacsavarodott petefészek-tömlőt utánzó retroperitonealis haematoma. Hamburg: Egy fiatal emberek számára való bécsi étkezőintézet étrendje.

Wiener medicinische Presse, 1902. 10. szám. Hajek: Az orrpolyposok recidiválásának oka. Pfeifferberger: Adat a xeroformmal való gyógyításhoz. Porosz: A blenorhoea gyógyítása légenysavval.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 7. szám. Frieser: A pertussis és gyógyítása. Teichl: Pyopneumothorax subphrenicus esete. Frank: A Frenkel-féle gyakorló gyógymód.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 10. szám. Hondo: A chlor substitutioja brommal. Cassirer: Myogen csigolyamerevség. Munter: A tüdőgümőkór hydrotherapiája. Sachs: Létezik-e egységes alexinhatás? Schaeffer: Az alkohol mint közdesinficiens. Klopstock: Jelentés a berlini diagnostikai intézet működéséről. Reinert: Liebermeister.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 10. szám. Wutzdorff: A rák elterjedtsége Németországban. Bendix és Bickel: Kritikai adat a glykolysis tanához. Karewski: Épekő-ileus. Boas: Gyomormerevedés (Magensteifung). Senator: Az epiglottis tömlős daganata és megjegyzések az epiglottis működéséről a nyelésnél. Rózsavölgyi: Érzékszervek hűdése számárhurut után. Miessner: A marha ragadós szájszáj és körömfájása és gyógyítása Baccelli-féle módszerrel. Stembo: A Jodko-Narkiewicz-féle monodikus Volta-áramok.

Centralblatt für innere Medizin, 1902. 10. szám. Grober: A pleuritis statistikájához.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 4. szám. Schuler: Adat az ipari ólommérgezésekhez. Rodari: Az elektrotherapiára vonatkozó megjegyzések.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 8. szám. Schüller: A carcinoma és sarcoma parasítás eredete. 9. szám. Miwa: Adatok a gelatina haemostatikus hatásának történetéhez. Baracz: Ajánlat az ischias operatív kezelésére.

Dermatologisches Centralblatt, 1902. február. Richter: A veneréas bajok prophylaxisa.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1902. február. Arndt: A katatonia története.

Neurologisches Centralblatt, 1902. 4. szám. Bechterew: Az inreflexek kifáradása és ennek diagnostikai jelentősége. Lukács: A trigeminus-facialis-reflex és Westphal-Pilz-féle tünet. Homburger: További

tapasztalatok a Babinski-féle reflexet illetőleg. *Goldflam*: Az astheniás hűdésről egy bonczület kapcsán. 5. szám. *Rossolino*: A gastrikus eredetű tetania kórbonczatana. *Haenel*: A tetaniával rokon új körkép idült ólommérgezésnél. *Zosin*: Az idegrendszer festése magenta-vörssel. *Goldflam*: Az astheniás hűdésről egy bonczület kapcsán.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 61. kötet, 5. és 6. füzet. *Enderlen*: Adat a mediastinum posticum sebészetéhez. *Wiesinger*: Magasan ülő végbélrákok kezelése. *Mertens*: A lábízület ritka sérülése. *Braun*: Az oesophagus heges szűkületének resectioja. *Sthamer*: Gyomorfekélyek és májinfarctusok keletkezése kísérletes omentum-resectiók után. *Tavel*: Az erysipeloid. *Hermes*: Az omentum-plastika gyakorlati értékesíthetése. *Schmieden*: Klinikai tapasztalatok a vioformáról. *Fritzsche*: Az alsó állcsont prothesisei és egy művi alsó állkapocs. *Romm*: Chondroma petrificans retroperitoneale esete. *Jenckel*: Traumás intraperitonealis hólyagruptura gyógyult esete. *Lorenz*: Tetanus subcutan gelatina-befeekendés után.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 5. kötet, 7. füzet. *Rath*: A berlini nyilvános betegkórház. *Bang*: Gyógyászati kézilámpa hűtött vaselektroddal. *Lazarus*: A hemiplegiás contractura elmélete és physikális kezelése. *Alexander*: Egyszerű készülék a kar flexiós-pronációs contracturájának megelőzésére. *Podwysoszyk*: A kefir.

Archiv für Gynäkologie, 64. kötet, 3. füzet. *Thumim*: Sebési beavatkozások méhnyomáknál a terhesség és szülés alatt. *Sittner*: Hét hónapos méhen kívüli terhesség élő gyermekkel. *Pick*: A Marchand-féle mellékvesék és újképleteik. *Preiser*: Adat a tuboovarialis cysták tanához. *Fleck*: 1. A mastitis aetiologiájához. 2. A teljesen invertált hüvely elsődleges rákja teljes méhprolapsussal.

Archiv für klinische Chirurgie, 65. kötet, 2. füzet. *Berndt*: A periost résztvétele izomelcsontosodásnál egyszeri trauma után. *Quervain*: Az egész vastagbél jobbra helyeződése és részleges situs inversus. *Fabian*: Kötőszövet-hyperplasia emlő-fibromában és fibromyomában. *Janovsky*: Klinikai és statisztikai adatok az ajakrák ismeretéhez. *Finkelstein*: A nyirokmirigyek gümőkórja. *Kissel*: A gümőkóros hashártyalob diagnózis a gyermekeknél. *Spiridonow*: A gerincoszlop törésének két esete. *Cackovic*: Teljes gyomorkisebbedés és jejunostomia. *Stein*: A felső állcsont daganatainak műtéve. *Borchardt*: A kötőanyag fertőtlenítése. *Sneguireff*: Részleges lépresectio esete vizsgázó használata mellett vérzésállapítás céljából. *Dreyzehner*: A m. biceps brachii centralis inának elszakadása.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 35. kötet, 1. füzet. *Edinger* és *Wallenberg*: Vizsgálatok a fornixról és a corpus mammillare-ről. *Probst*: A központi látórostok lefutása. *Rheinboldt*: A gerincvelő kombinált systemamegbetegedése kisfokú anaemiával. *Boettiger*: Gerincvelődaganat műtét esete, egyúttal adat a Brown-Séquard-féle laesio tanához és az érző pályák lefutásához a gerincvelőben. *Jahrmärker*: A frankenbergi ergotismus-járvány; az ergotismus maradó következményei a központi idegrendszerben. *Elmiger*: Neuroglia-leletek 30 elmebeteg agyában. *Weber*: A véredények elváltozásai miliaris agyvérzéseknél. *Lukács*: Encephalopathia infantilis epileptica. *Kalmus*: Válás indukált elmezavaránál. *Uchida*: A gerincvelő elváltozásai diphtheriánál. *Treitl*: Aphasiások hallásvizsgálata.

Le progrès médical, 1902. 10. szám. *Glénard*: Sebészet elmebajosoknál.

La semaine médicale, 1902. 10. szám. *Régner*: A „negatív munka” productiojának magmaradása hűdött izmokban és ennek jelentősége a prognózis és gyógyítás szempontjából.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 10. szám. *Gevaert*: A middelkerke-i tengerparti kórház kimutatása 1901. évről. *Moreau*: Az oxydasok.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1902. 1. füzet. *Brocq*: Ichthyosis-szerű vezülettel erythrodermia hyperepidermotrophiával. *Du Castel*: Az alsó végtagok recidiváló bullös fekélyei.

Archives de neurologie, 1902. február. *Gauraud*: A felső végtag jóindulatú hystero-alkoholikus hűdésének hat esete. *Kouindjy*: Az extensio alkalmazása idegbajokban.

The lancet, 1902. I. 9. szám. *W. McAdam Eccles*: A tökéletlen hereleszállás boncz-, élet- és kórtana. *A. Pearce Gould*: A véredények néhány megbetegedése. *R. Jones*: Emotiók és megszükülés. *H. D. Rolleston*: Lépből eredő hypostatikus albuminuria. *J. D. Malcolm*: Sarcoma eltávolítása a pankreasból alig öt éves gyermeknél; másodlagos sarcoma a vena portae-ban. *P. W. Macdonald*: Általános megjegyzések az asyllum-dysenteriairól és gyógyítása kaliumpermanganat-injectiókkal. *G. S. Keith*: A diéta megszorítása diabetesben. *J. R. Griffith*: Infectiosus periostitis esete. *J. Walker Downie*: Módszer a gégetükör elhomályosodásának megakadályozására. *H. W. Allingham*: Két eset a gyomorsebészet köréből. *W. H. Brown*: Intussusceptio műtéttel meggyógyított esete.

British medical journal, 1902. március 8. T. R. Bradshaw: Syphilises gerincvelőmegbetegedés két esete. *W. McAdam Eccles*: A tökéletlen hereleszállás boncz-, élet- és kórtana. *W. H. Martindale*: A phosphor befolyása organikus anyagokra pilulákban. *R. Jones*: Gyermekági elmekór. *H. C. Barlow*: A cortex cerebri daganata. *G. S. Keith*: Az influenza gyógyítása. *T. Fentem*: Genyszalag alkalmazása hemicraniánál és rokon bántalmaknál. *F. W. E. Kinneir*: Thermocauter

használat a vérzés ellen, haemophilianál. *Sollan* és *Penwick*: Gastrikus eredetű tetania.

The Edinburgh medical journal, 1902. március. *R. Farquharson*: „Harveian oration”. *E. W. Goodall*: Észleletek a gégeintubatio köréből. *R. Purves*: Postoperatív haematemesis. *E. Percy Paton*: Az osteoarthritis izületi baj sebészete. *J. Macpherson*: A tervbe vett psychiatikus klinika Edinburghban. *Byron Bramwell*: Chloroma és lymphatikus leukaemia esetei. *Th. Carwardine*: A kar helyzete emlőrák kiirtása után.

The practitioner, 1902. március. *J. Cantlie*: A nép egészsége. *G. A. Gibson*: A Basedow-kór. *A. P. Luff*: A köszvény kór- és gyógytana. *F. W. Burton-Fanning*: A tüdőgümőkór aetiologiája.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. március 14.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatásai szerint az 1902-dik év 9. hetében (1902. február 23-dikától március 1-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalmak. Az 1902-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751,177, katona 16,484, összesen 767,661. Elve született 480 gyermek, elhalt 239 egyén, a születések tehát 187-el múltak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 32.5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 19.8, az egy éven felüli lakosságnál: 15.9, az öt éven felüli lakosságnál: 13.9 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 2, pertussis 2, morbilli 8, scarlatina 3, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 1, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 4, meningitis 20, apoplexia 9, eclampsia 9, szervi szívbjáv 21, pneumonia 31, pleuritis 1, pneum. catarrh. 3, bronchitis 14, tuberculosis pulmonum 52, enteritis 10, carcinoma 15, ezek közül méhrák 3, egyéb újképletek 1, morbus Brightii et nephritis 6, vesezületett gyengeség 15, paedatrophia 1, marasmus senilis 12, erőszakos halálet 9, ebből gyilkosság és emberölés 3, öngyilkosság 5, bal eset 2, kétséges 0 (0). II. Betegedések. A) Betegforgalom a városi köz-kórházakban. A múlt hét végén volt 3066 beteg, szaporodás e héten 943, csökkenés 918, maradt e hét végén 3091 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi február 26-dikától március 5-dikéig terjedő 9. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 35 (39), diphtheria, croup 37 (21), hagymáz (typhus) 2 (3), kanyaró (morbilli) 257 (212), trachoma 5 (10), vérhas (dysenteria) 17 (17), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 8 (19), orbanéz (erysipelas) 0 (0), gyermekági láz (febr. puerp.) 0 (0), járv. fültőmirigylob (0), ezenfelül varicella 19 (38).

— A budapesti orvosi kör országos segélyegylete pénztárába befizettek: Tóth Imre Selmeczbánya 1902-re; Gremssperger Ferencz Békés-Csaba 1901; Glasner Armin Szarvas 1901; Becher Aron Nagy-Szalonta, Stösser Ödön, Kaiser Károly, Fried Sámuel, Ebner János, Hajós Béla, Harshusky Károly, Ángyán Béla, Csapodi István, Dósa Pál, Juhász Lajos, Kollarits Jenő, Budapest 1902; Csáky Károly, Podolin 1900—1901; Homoky Ferencz Orsova 1902; Nemes Károly, Gonda Ignác, Gmellin Ottó, Maszák Elemér, Bernolák József, Hollósi Ede, Tóth Lajos, Lovrich József, Jendrassik Ernő, Sulkovszky József, Székely Ágoston, Jármai László, Michajlovich Miklós, Ottava Ignác, Bartha Gábor, Bakó Sándor, Dieballa Géza, Erőss Géza Budapest, Schutz Vilmos Kolozsvár, Szalay Béla Budapest, Berger József Körmen 1902-re; Zakariás Simon 1898. évre; Brünauer Ambrus Eger 1902. évre; Haas Simon 1902; Nagy Lajos Hajdú-Nánás, Lechner Antal S.-Kétey 1902-re; Venczel József N.-Mányok, Tóth Imre Selmeczbánya, Schwarcz Sándor Eger, Bothis Soma Besztercebánya, Ehrenreich Károly Szivák, Lukács Imre Mezőtúr, Ekei Antal Kassa 1902. évre; Fodor Mór Szendrő 1901; Rudis Gerő Kolozsvár 1902; Velics Antal 1902—1904; Székács Béla 1901—1902; Dobrovich Mátyás Pozsony 1901—1902; Moskovich Ignác Budapest, Kaczián Géza Jászárokszállás, Vas Sándor Budapest 1902-évre; Köhler Simon Dobsina 1901; Kaufer D. Merán, Kolczonai Ernő Besztercebánya 1901—1902; Kohn Armin, Högyész 1902-évre; Demkó Béla Budapest 1901. évre; Csáky János Vésztő 1902. évre. Hajnos Géza 10 koronát, mint alapítványi részletet. Budapest, 1902. március 3-dikán. *Katona József* dr. pénztáros IX. Soroksári-utca 74. I. 5.

— Országos közegészségi tanács. A belügyministerium ideiglenes vezetésével megbízott m. kir. miniszerelnök *Breuer Armin* dr.-t Temesmegye tisztifőorvosát, *Hutyra Ferencz* dr.-t, a m. kir. állatorvosi főiskola rektorát, *Imre József* dr. hódmezővásárhelyi szemkórházi főorvost, *Ötvös József* dr. budapesti szent Rókus-kórházi rendelő főorvost, *Pantocsek József* dr.-t, a pozsonyi m. kir. állami kórház igazgatóját, *Stáhl Ignác* dr.-t, a székesfővárosi szegényház igazgatóját és *Raitsits Lajos* dr.-t, Besztercebánya sz. k. város tisztifőorvosát az országos közegészségi tanács rendkívüli tagjaivá újra kinevezte.

© Felszólalások a parlamentben a közegészségügy érdekében. A belügyministeri költségvetés idej tárgyalásánál *Buzáth Ferencz*, *Hadzsy János* dr., *Major Ferencz* dr. tartottak beszédeket a közegészségi kérdések érdekében, mire Széll Kálmán felelt, mint a belügyministerium vezetésével ideiglenesen megbízott kormányelnök. A figyelemre méltó beszédeket jövő számunkban ismertetjük.

— Új nyilvánossági jellegű osztrák kórház. A es. kir. morva helytartóságnak értesítése szerint f. évi február 15-dikétől kezdődő-

leg a *zwittau* városi kórház a nyilvános közkórházi jelleggel ruházott fel. A napi ápolási díj a II. osztályban 4 koronával, a III. osztályban 1 korona 80 fillérrel állapított meg. (22,031/1092. B. M. sz.)

+ **Gyógyfürdői jelleg adományozása.** A belügyminister a Schlesinger Miksa dr. pozsonyi lakos által Pozsonyban a Mély-út mentén létesített vizgyógyógyintézet számára a gyógyfürdői jelleg adományozta. (16,619/1902. sz. a.)

⊕ **K. Sebestyén Endre dr.,** Hontvármegye tiszti főorvosának ő Felseje az ipolysági közkórház létesítése körül kifejtett érdemeinek elismerésül a királyi tanácsosi címet adományozta.

± **A napi ápolásdíjaknak 1902-re megállapított tételét közli** március 1-én 23,565 sz. a. egy belügyministeri rendelet 9 állami kórház, 4 állami elmegyógyintézet, egy országos kórház és 74 közkórház részére. A napi ápolásdíjak tételét 1 korona 60 fillér és 2 korona 58 fillér közt váltakoznak. A külön osztályok ápolási díjai egyes helyeken 5–10 koronában vannak megállapítva.

|| **Ismétlő cursusok orvosok számára Poroszországban.** Poroszországban az orvosok továbbképzésére számos intézmény szolgál. A katonasorvosok számára Berlinben s a többi egyetemi városokban 3–4 hetes tanfolyamokat tartanak, a hatósági orvosok számára rendszeren járványok küszöbén több napos specialis cursusokat tartanak, a melyek tartamára napidíjat kapnak. Alaposabb képzettséget nyújtanak az úgynevezett szünidei cursusok, melyek 1880-ban történt alapításuk óta hatalmasan fejlődtek. Így Berlinben 1881-ben 36 docens 143 résztvevőnek, 1899-ben pedig 133 docens 864 orvosnak tartott cursust. Mindezen intézmények sem elégitették ki az igényeket; a néhány napos gyakorlatok elégtelenek, a szünidei cursusok pedig drágák s a résztvevő egész idejét lefoglalják. Ezért 1900-ban új szervezetet létesítettek, mely az orvosok továbbképzését anyagi megterheltségük nélkül s decentralizálva teljesíti.

Az ügyért maga a német császár s az elhunyt Frigyes császárné érdeklődtek, a ministerium pedig tevékeny részt vett a központi bizottság előmunkálataiban.

A központi bizottságot alkotják a vallás-, közoktatás- és orvosi ügyek ministere, a ministerium közoktatási és orvosi osztályának egy-egy tagja, Berlin városa, az orvosi kamara, az orvosi egyesületek, a berlini egyetem orvosi facultásának egy-egy képviselője, a Charité igazgatója, a városi kórházak s a magánkórházak igazgatóinak egy-egy tagja, a kik választás útján kiegészítik magukat 12 tagra. Ez idő szerint az elnök Bergmann tanár, a facultást Leyden tanár képviseli. A cél, a gyakorló orvosok továbbképzését úgy óhajtik elérni, hogy ezt gyakorlatuk megszokása nélkül tehessék, ezért egy-egy cursuson, mely egyetlen disciplinát ölel fel, hetenként egyszer van előadás, de a cursus két hónapon át tart. A résztvevési díj csak az anyagi kiadások fedezésére szolgáló minimális összeg (néhány марка).

Ilyen cursusokat a központi bizottság nem csak a fővárosban, hanem helyi bizottság útján s a helyi erők igénybevételével a vidéken is rendez. Egy év alatt Berlinen kívül rendszeres cursusokat 14 (Altona, Barmen, Bielefeld, Bochum, Charlottenburg, Danzig, Düsseldorf, Elberfeld, Frankfurt, Halle, Köln, Münster, Stettin, Wiesbaden) és pedig többnyire nem egyetemi városban rendeztek. A cursusokon kívül több helyen klinikai bemutatásokat s theoretikus előadásokat is tartottak. Ezekben a fővárosból kiránduló egyetemi tanárok: Bergmann, Lesser, Leyden, Rubner stb. is részt vettek. A közoktatásügyi minister a cursusokat előbb 1200, majd 6000 марка subventióval segítyezi. Nálunk 1883 óta a szünidei orvosi cursusok teljesítik az előbb vázolt intézmények sokféle feladatait.

A legközelebbi jövő feladata, hogy bevált intézményünket megerősítsük s tovább fejlesszük. A legközelebbi cursus június 2–14-dikéig lesz, a mikor alkalom fog nyíltni, hogy a tisztikar javaslatait megtegye.

G. E.

= **Hollaender Hugó dr.** „A malaria-kérdés jelen állása” című könyvét a belügyminister valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak a f. évi március 1-jén 22,178/1902. sz. a. kelt következő rendeletével küldte szét.

„Múlt év július hó 23-dikán 82,841 sz. a. a malaria-járványok tárgyában kiadott itteni rendeletemre¹ beérkezett orvosi jelentésekből azt a benyomást nyertem, hogy a hivatalos orvosok egy része nincsen teljesen tájékozva a malaria-ügynek a legújabb orvosi és physiologiai buvárlatok által felderített viszonyairól, mit azon körülménynek tulajdonítok, hogy a hazai szaksajtó a külföldön már úgyszólván külön szakirodalmat képező malaria-tanulmányokkal kielégítő terjedelemben nem foglalkozott s a magyar orvosi könyvpiacon eddig erre vonatkozó átnézetes mű nem jelent meg s végül, hogy a vidéki orvosok az idegen nyelvű és többnyire igen költséges művek birtokába alig juthatnak.

Szükségesnek láttam ezen okból oly műnek a hatósági orvosok közt való ingyenes szétosztásáról gondoskodni, mely alkalmas arra, hogy az érdeklődővel a malaria-kérdés jelen állását oly alakban és terjedelemben ismertesse meg, mely az önállóan folytatandó és hazánk nagyszámú váltólázás vidékein az észszerű assanatio érdekében felette kívánatos helyszíni tanulmányozásoknak mellőzhetlen feltételét képezi.

Felhívom ennél fogva a címet, hogy Hollaender Hugó dr. „A malaria-kérdés jelen állása” című könyvének idemlékelten megküldött példányait a törvényhatósága területén működő vármegyei tiszt

¹ L. „Belügyi Közlöny” 1901. évf. 299. lapon.

főorvosnak, járásorvosoknak és a rendezett tanácsú városok orvosi hivatalainak kézbesítse.

| **Kérelem.** Az országos balneologiai egyesület igazgató tanácsa *balneologiai könyvtár* létesítését határozta el. Felkérjük a t. orvos urakat, hogy idevágó, akár tudományos, akár gazdasági irányú könyvek, fürdő ismertetések és prospectusok adományozása által bennünket ezen törekvésünkben támogatni szíveskedjenek. Az ilyen művek az orvosi magánkönyvtáraknak rendszeren csak mellékes részét képezik; központilag gyűjtve ellenben, mint nagybecsű egyesületi könyvtár, a hazai fürdőügy lényeges előmozdítására fognak szolgálni.

A küldemények ekkép címezendők: „*Balneologiai egyesület könyvtára, Budapest, VIII., Szentkirályi-utca 21.*” Hazafiúi üdvözléssel Budapest, 1902. március hó 9-dikén. Az országos balneologiai egyesület igazgató tanácsa.

× **Högyes tanár Pasteur-intézetében** az 1902. év február havában 237 veszett vagy veszettségre gyanús állatmarta egyén (224 magyarországi, 11 horvát és szlavin, 1 galicziai és 1 szerbiai) nyert antirabikus védőoltást. 206 egyént eb, 22-t macska, 2-t borjú, 1-et patkány és 6-ot ember inficiált. Évi folyó szám: 465, egyetemes folyó szám 17,521. Haláleset e hóban nem fordult elő.

^ **Kézmárszky tanár szülészeti poliklinikájának** segélyét február hóban 83 esetben vették igénybe 51 műtéttel.

+ **A zemplénavármegyei orvos-gyógyszerész-segélyzőegyesület** február 27-dikén tartotta rendes évi közgyűlését Sárospatakon. Az egyesületnek 1901 végén 48 tagja volt. Folyó évben 1890 koronából 210 koronás részletben 9 orvos özvegyét segélyezte. Az egyet vagyona 40,037 korona 71 fillér. A Chyzer-alapítvány 2991 korona 2 fillér.

± **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** segélyét február hóban 743 esetben vették igénybe.

< **A szabadkai önkéntes tűzoltó-egylet** mentő- és fertőtlenítő osztálya február hóban 27 esetben nyújtott segélyt.

⊠ **A budapesti általános poliklinikán** február hóban 3010 új beteg 10,690 rendeltést kapott.

+ **Megjelent. Hülll Hümér dr.:** A budapesti orvosok szövetségének 1901. évi jelentése. A szövetségnek ez évben 704 tagja volt, 7 közgyűlést és 23 választmányi ülést tartott. — *Lenhossék Mihály:* A nem képződéséről az állatországban. Klny. 1902. — *Konrádi Dániel dr.:* A kolozsvári önkéntes mentőegyesület története. Kolozsvárt, 1902. — *Kertész József dr.:* A chloroform hatásáról. Klny. 1902. — *Körmöczy Emil dr.:* Miképp küzdjünk a tüdővész ellen. — Erzsébet királyné-sanatorium. Orvosi tanácsok az Erzsébet királyné-sanatorium volt ápolottjai és hozzátartozói számára. 1902. — *Tauffer Vilmos dr.:* A bábaügy országos rendezéséről. Budapest, 1902.

† **Elhunyt: Barna Bernát** kiküldött járványorvos Szepesfalván, typhusban.

□ **A természetes sósfürdőknek** otthoni használata — különösen a gyermekpraxisban — *Sedlitzky dr.* fürdőtablettái révén mindjobban meghonosodik. Használják azokat különböző gyógyhelyeken elegyítésekben is, így pl. Carlsbadban az ottani sprudel-fürdőkbe keverve.

„**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. — Kifünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

A pesti izr. hitközség kórházának **Röntgen-laboratoriumában** átvilágítás, képfőlvétel és gyógykezelés hétfőn, szerdán és szombaton d. e. 10–11. Laboratoriumvezető: **Simonyi (Schwarz) Béla dr.,** a kórház v. alorvosa. Lakik: V., Hold-utca 25.

A fogászatból és fogtechnikából, valamint annak egyes ágazataiból (arany-, porcellán-tömések, korona- és hídmunka, fémtécnika) kurzusokat ad **Bauer Samu dr.,** Budapest, IV., Deák Ferenc-utca 15.



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencéiben az ásványvíz napokigat négyszer megújul, **lokalis iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kifünő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospectust ingyen küld az igazgatóság.

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (IX. rendes ülés 1902. márczius 8-dikán.) 197. l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete (VIII. rendes ülés 1901. november hó 28-dikán.) 200. l. —

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(IX. rendes ülés 1902. márczius 8-dikán.)

Elnök: Id. Klug Nándor. Jegyző: Wenhardt János.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Kubinyi Pál, Beck Soma és Preisich Kornél dr.-okat. Jelenti, hogy a könyvtár számára Kéry István 13 drb. könyvet, Árkövy József több különlenyomatot ajándékozott. Köszönettel vétetik. Az elnökség szomorú kötelességet teljesít, mikor bejelenti, hogy a levelező tagok közül ketten haltak el az utóbbi időben. *Filatow Nil* tanár, kit csak nem rég választottunk meg és *Kaposi Mór* tanár, ki nemcsak régi levelező tagunk, de honfitársunk is volt. Ő róla mondták, hogy klinikai szemmel anatómiailag látott és anatómiai tekintetével klinikailag gondolkozott. Mint Hebra tanítványa és utóda az egykor hatalmas bécsi iskola tanainak és nimbuszának is örököse volt. Ő még azok közé tartozott, a kik a gazdag örökséget nem pazarolták el, hanem még gyarapították. Az egyesület az elhunytak emlékét jegyzőkönyveiben örökíti meg.

Ruptura uteri completa esete.

Kubinyi Pál. 33 éves VI. P. Előző szülések és gyermekágyak rendesek. Jelen terhesség rendes. 1902. január 6-dikán reggel 7 órakor kelnek szülőfájások, burokrepedés d. u. 1/26-kor, 3 ujnyi méhszájnal. A koponya belép az üregbe. Este 10 órakor csikaró hasfájás, a has alakja megváltozik. Collapsus nincs. A baba a külön tapintható méhet második magzatnak tartja s ikerszüléshez hívja a poliklinikumot. Beszállítatják a II. sz. női klinikára. Perforatio, extractio, lepény a hasürben. Igen nagy áthatoló repedés jobboldalt a cervixen, innen félhaldalokban a hüvelyboltozatra. Hólyag leválasztva, de ép. Anaemia kis fokú. Tamponade, nyomó kötés. Lefolyás: Első nap subfebrilis, has érzékeny, csuklik. A negyedik napon aether bronchitis, 38-6. Gaze-csere az ötödik napon; majd a kilencedik naptól kezdve bűzös eves váladék, láz 40-ig, miért is naponta való feltárás mellett szorgos lokális kezelés; drain sebbe. A 14-dik naptól kezdve kifeeskenedés + tamponade. A 18. naptól kezdve láztalan, gyógyul. A repedés spontán jött létre. Oka a kiskokú medenceszűkület mellett (conj. diag. 10 3/4) a nagy fej (38 cm. a fejkerület), de talán régi hegek is szerepeltek, mert korán jött létre és a cervixet nem találta kinyújtottnak a közvetlen kitapintásnál. Pehan és Peters is figyelmeztet erre. Nem voltak alarmirozó tünetek, a minnek több példáját látta. Freund is említi. A kezelést illetőleg még nincs egységes megállapodás, operáljunk-e vagy palliative gyógyítsunk? A bécsi congressus óta, a hol Tauffer prof. úgy szólva egyedül volt a tamponade mellett, mindinkább elfogadják ezt. A laparotomia az elvérésekre és arra való, ha a magzat teljesen kilépett a hasüregbe és hozzá még szűk a medence, úgy hogy a hüvelyen át nehéz kihúzni. Ki kell emelni a lokális sebkezelés fontosságát, mint a mely a zúzott szövetelek utólagos necrosis által veszélyeztetni a nőt, a minnek példáját kiterjedt üszkösödés képében látták a boncaszaton. Előny a kezelésnél a drain, a mit Klien is hangoztat. Jelen esetben a szorgos lokális kezelés volt a gyógyulás főtenyezője.

Walla Béla. Az egyetemi I. női klinikán szorosan megkülönböztetik a complet rupturákat az incompletektól therapiailag tekintetben. A complet méhrepedések gyógykezelésénél azt találták, hogy az operatív beavatkozás sokkal jobb eredményeket ad. A klinikán összesen 16 complet méhrupturát kezeltek, 9-et palliative, 7-et operative, ezek közül három életben maradt. Tehát complet rupturánál jobb az operatív beavatkozás; mindenesetre meg kell válogatni az eseteket. Ha infectio van jelen, vagy vérzés, akkor nem operálnak. Csak akkor operálnak, ha a beteg állapota reményt ad arra, hogy kibírja az operációt, és ekkor laparotomiát végeznek és pedig totalis abdominalis exstirpationnal, az iníciált sebszövet kiirtásával. Az egész sebfelületet a hasür felé elzárják, a vérvaladékokat eltávolítják és a vagina felé drainezik. Érdekes, hogy a bemutatott esetben a palliatív eljárás is célhoz vezetett.

Tauffer Vilmos. Elégé fontos e kérdés a végre, hogy az egyesület időnként vele foglalkozzék. Először is a törvényszéki orvostani szempontot akarja hangoztatni, mert sok tévedésre ad alkalmat az a körülmény, hogy a törvényszéki orvosok nem szülések is egyszersmind, a ki csak a boncaszaton látja a méhrepedést, képtelen eldönteni az adott esetben, vajjon spontán vagy artificialis rupturával van-e dolga; ép ezért szükséges, hogy hallják, ismerjék meg a törvényszéki orvosok, a mit e tárgyban a gyakorló szülések mondanak, tapasztalnak; t. i. azt, hogy a szülés alatti spontán méhrepedések sokszor egészen megelégedő módon úgy jönnek létre, hogy sejtelmünk sincsen a szülés lefolyása alatt annak megtörténtéről. Ime ez az eset is egyik példánya ez állításnak, a hol a shok legkisebb jele nélkül lépett ki a magzat a hasürbe. Hasonló esetet észleltek csak nem régebben is a klinikán, a mikor kocsin jön az asszony vidékről, a maga lábán megy fel a lépcsőn a szülőszobába, sejtelmünk sincsen róla, hogy uterus rupturája van, és csak a megvizsgálás világosít fel a szomorú eseményről. Fiatal orvos korá-

ból maradt élénk emlékében egy eset, a mikor terhes leány csöbröt visz a sikamlós lépcsőn, elesik, a csöbör szélére esik, felkel, végzi dolgát, este lesz rosszul, sejtelmünk sincs róla, mi baja, reggel anaemia tünetei között látjuk, a mikor már haldoklik; csak a bonczolat deríti ki, hogy a corpus uteri hosszanti repedése történt, a mely kehelyként húzódtott vissza az intact petéről, a mely szabadon fekszik a hasürben. A halál oka belső elvérzés volt. Érdekes kérdés, hogy a tünet nélkül bekövetkező spontán méhrepedésnek mi az oka? Általánosan az mondatik, hogy a méh szöveteiben van meg hozzá a dispositio. De hát miben áll ez a dispositio tulajdonképen? Azt hiszi, hogy nyomában vagyunk! Szász Hugó volt klinikai gyakornoka 2 évvel ezelőtt párisi tartózkodása alkalmával egy igen érdekes dolgotat bocsátott közre, melyben a méh ruganyos rostjainak bizonyos, minden szülés után bekövetkező hyperinvolutioját derítette ki. Nem áll távol, hogy itt rejlik oka a méh esőkkent ellenállási képességének is. Úgy látszik, hogy szövettanilag ugyanezen okra vezethető vissza az a tapasztalat is, hogy sokszor szült asszonyok későbbi szülések alkalmával mindinkább kevesebb energiájú méhösszehúzódadásokkal bírnak úgy, hogy szűkmedencések későbbi szüleiéinél mi szülések ezzel a körülménnyel rendszerint számolunk is, a mikor a nehéz szülés eseleit mérlegeljük.

A mi a penetráló uterus rupturák gyógykezelését illeti, öröme szolgál, hogy mind többen és többen támogatják azon nézetét, a melyet a gynaekologusok bécsi congressusán fejtett ki, t. i. hogy a souverain gyógyító mód nem a laparotomia, hanem a palliatív tamponálás és a megfelelő drainage. Ebbeli nézete azon imponáló anyagon épült fel, melyet a vezetése alatt álló szülészeti poliklinikum nyújtott és nyújt. Ő sem ellenzi absolute az operálást, de szigorúan distingválja az eseteket, nevezetesen mindenek előtt külön kell tartanunk a klinikai eseteket azoktól, melyek künn a *praxisban* fordulnak elő. Mert ha a klinikán előtte folyik le a szülés eleitől kezdve, a szokott teljes asepsis mellett, a mikor az esetet minden phasisában követheti, a hol az operációt a kellő pillanatban begyakorolt személyzettel végezhetjük, ilyenkor maga is azt véli, hogy a sebgyógyulás legkedvezőbb kilátásokkal úgy bír, ha laparotomiát végez és a sebet úgy látja el, a mint az a legcélszerűbb, esetleg az uterus totalis exstirpationjával is. Egészen másképen áll azonban a dolog, a mikor az orvos künn a gyakorlatban találkozik uterus rupturával, a hol az esetleg piszkos baba már iníciálhatta a genitaliákat, a hol műtőterem és assistentia hiányzik; az ilyen esetek részére olyan eljárást kell kiművelnünk és tanítanunk, melylyel a gyakorlatban az orvos is el tud készülni. Ha már most a klinikai tapasztalat azt mutatja, hogy van olyan eljárás, melylyel ő is elkészülhet és a mely legalább is olyan számában az eseteknek menti meg a beteg életét mint az operatio, úgy hiszi, hogy nagyobb szolgálatot teszünk a közügynek, az emberiségnek, ha ezen eljárást minél jobban kidolgozzuk.

Principiumként állítaná oda azt a tételt, hogy: azt az uterus rupturát elszenvedett asszonyt, kinek méhüre előzőleg fertőzve volt, a hol a méhüri iníciáló váladék a megtörtént ruptura alatt és után a hasürbe bejut, sem laparotomia, sem tamponade vagy drainage meg nem menti soha; ellenben azt a nőt, a kinél infectio nem történt, a hol endometritis sub partu fel nem lépett, a sebür tamponálásával és kellő drainage-zsal inkább meg tudjuk menteni mint operatív úton.

Örömmel tapasztalta, hogy segédei, kik vele ellenkező nézetben az operatív eljárás hívei voltak és ez úton egyik-másik esetben érték is el gyógyulást, az újabb tapasztalások alapján mind inkább közelednek ezen nézethez.

Finsen elvei szerint Lortet-Genoud készülékével kezelt lupus-betegek.

Beck Soma bemutatja Lortet és Genoud készülékét, mely a Finsen-féle fénytherapiában a költséges és nagy áramerővel dolgozó eredeti készüléket volna hivatva pótolni. Lortet és Genoud a fényforrást szolgáló iklámpának a beteg bőrterületéhez néhány cm.-nyire való közelítése, a szénelektrodoknak derékszög alatt való elhelyezése s így a szétszóródó fény- és chemiai sugarak nagy részének megtakarítása által 12—15 Ampère erejű áramot elégségesnek találtak ugyanazon hatás kifejtésére, melyet Finsen 80—100 Ampère erejű lámpával ér el. Bemutató mult évi július hó óta használja Lortet és Genoud készülékét s a bemutatott két lupus-betegen kívül még kettőről referál, kiket e készülékkel kezelt.

Az első beteg 14 éves leánya. Első ízben 1900. május közepén vétetett fel a Bródy Adél-gyermekekórházba lupus vulgaris diagnossal. Felvételtkor a jobb arczfélén körülbelül gyermektenyérynnyi, több mm.-nyire a bőr niveauja fölé emelkedő sötétpiros, lágy és lupusgöbcsékké sűrűn teleszórt laesio, melynek közepe mintegy ötkoronányi terjedelemben mélyen exulcerált. Néhány kisebb lupus plaque a jobb alkaron, czombokon és jobb lábon. Kezelés stibium chloratumot tartalmazó étető pastával s Unna-féle „Spiek-methode“-val. Junius végén az arez ulcusai teljesen behámosodtak, az egész laesio lelapult, tetemesen javulva a kórházból hazaviszik. Egy évi távollét után újra bekerül a kórházba, az arez lupusa újból exulcerált, állapota olyan, mint volt első behozatalakor. Egy

hétig resorcinpastával lett kezelve, mely után pár hét múlva a lupusos terület fekélyei nagyrészt behámosodtak s július 10-dikétől augusztus végéig, összesen 20 ülésben, melyek mindegyike 20–35 percig tartott, fénykezelésnek vettették alá. Az exponált bőrterületen mindenkor pár napig tartó erős lobos reactio állott be, mely gyakran exsudatiohoz és pörkképződéshez is vezetett; később azonban a beteg terület tetemesen javult, úgy hogy szeptember elején, a mikor anyja unszolására a kórházból távozott, az arcz beteg része halvány-piros, az ép bőr niveaujára süllyedt, teljesen hámval fedett, de az elszórt narancs-sárga lupusgöbcsék benne jól láthatók.

November közepén újból felvették a beteget majdnem ugyanolyan állapotban, a melyben utolsó távozásakor volt; csak a plaque szélén lépett fel néhány újabb göbcsé. Mostani kórházi tartózkodása alatt 80-szor lett Lortet és Genoud készülékével kezelve s bár állapota újból kissé javult, még mindig vannak activ lupusgöbcsék s bemutatón azon meggyőződésének ad kifejezést, hogy ez eljárással a gyógyulás tovább már nem lesz vihető.

Egy másik eset tíz éves leánykára vonatkozik, kinek mindkét orrszárnán és felső ajkán erősen hypertrophikus, papillomatosusan lebonyozott lupusa volt s kinek 17 ülésben majdnem semmi reactiot sem sikerült elérni. Egy kiirtott rész göresővi vizsgálata azt mutatta, hogy a kötőszöveti új képződés mellett a felhám is a rendesnél sokkal nagyobb fokban burjánzott s valószínűleg ez akadályozta a fény és chemiai sugarak mélyebbre hatolását.

Egy 26 éves asszonynak orrosúcsán 12–15 különálló lupusgöbcsé lett fénynyel kezelve. Néhány expositio után a göbcsék helyén pörkök képződtek, a melyek leszáradása után sima vagy kissé depresszált sárgás hegeske maradt vissza. De rövid idő múlva újból göbcsék fejlődtek e helyeken s az eljárás többszöri megismétlése, összesen 35 ülésben való kezelés dacára, végre is a nagyobb göbcsék elpusztítására galvanocauterhez kellett folyamodni.

Végül Korányi tanár engedelmével az I-ső belklinikáról mutat-tatik be egy beteg. A beteg arcán és orrhátán pillangó alakú kiterjedésben, helyenként kifehélyesedett, göbcsékké teleszört, erősen infiltrált és kissé hypertrophikus lupussal vettetett fel s stibium chloratum étető pasta, majd Röntgen-kezelés alatt tetemesen javult. Mult évi novembertől mostanig összesen 50 ülésben kezeltetett Lortet- és Genoud készülékével. Bőre feltűnő erősen reagált s az eredmény igen kielégítő. Elszórt göbcsék láthatók ugyan még, ezek a fénytherapiára már kevésbé reagáltak, úgy hogy galvanocauterrel fognak eltávolíttatni.

Bemutatásával előadó demonstrálni akarta, mily fokú javulás érhető el a kis áramerővel dolgozó Lortet- és Genoud-készülékkel s hogy ezzel egyidejűleg más gyógyszerközök is segítségül veendők.

Huber Alfréd. A lupus vulgaris therapiájában igen fontos a gyógyulás időpontjának meghatározása. Ez nehéz feladat, mert sokszor látunk pigmentatiokat, melyek nagy akadályokat képeznek az ultraviolet sugarak számára, mint ezt maga Finsen kimutatta. Nehéz néha eldönteni, hogy pigmentatio-e az vagy nem gyógyult lupusgöb. Finsen ideális eredményeket ér el, mindössze 15% nem gyógyult nála; de csak az eredeti Finsen-féle concentratorokkal lehet eredményt elérni. A gombamódra keletkező újabb apparatusok nem hatnak a mélybe és csak a felületen gőböket befolyásolják. A bemutatott második eset igen alkalmas, szinte ideális helyen van a laesio, a Finsen-kezelésre, mert a készüléket oda lehet nyomni.

Havas Adolf. A bemutatott szerkezet nem alkalmazható jól a lupus kezelésére, mert a lupus maculosus is göbösen a mélybe terjed, a mélybe pedig csak a Finsen-apparatus hat. Az eredeti készülék kosmetikailag gyönyörű eredményeket ad, de Boroszlóban, Párisban, Strassburgban szépen gyógyult esetekben is ki tudtam a mélyben gőböt tapintani. Ezért a Finsen-apparatus mellett a többi lupuskezelési módszer sem hanyagolandó el.

Schein Mór. A Lortet-Genoud-készülékkel több mint fél éve kísérletezünk Török Lajossal. Reajóttunk, hogy a fény erőssége tetemesen növelhető; 20 Ampérrel dolgozunk, de még jobban növelhető a villam-áram. Nagyon meg van lepve attól, a mit Havas mond, hogy a gyógyult esetekben is kitapintott gőböket, mert Finsen végleges eredményről számol be és Huber is azt mondja, hogy majdnem minden eset véglegesen gyógyult.

Huber Alfréd is látta a boroszlói eseteket, 8–10-et, ezek különböző fajtájú lupusok voltak és köztük három teljesen meg volt gyógyulva. A lupus vulgaris therapiájában legezelszerűbb eljárás a Finsené, mert 15%-ot leszámítva, a gyógyulás teljes. A mi a fény erősségének emelését illeti, 40–50 Ampère se vezet célhoz, ha nem centrálják a fényt. A Finsen-eljárás sem panacea, hanem néha kombinálni kell más eljárással is.

Beck Soma. Maga is mondta, hogy az eredeti Finsen-készüléket hatásosabbnak tartja, de mondhatja, hogy étető pastákkal egyik betegnél sem kapott olyan jó eredményeket, mint ezen készülékkel. Finsen sem tartja nélkülözhetetlennek a thermocautert és ezzel a bemutatott készülék is kombinálható.

Jackson-féle epilepsia operált esete.

Fischer Aladár: V. L. 14 éves földmives fia. Gyermekkori betegségekre nem emlékszik. Öröklött terheltség ki nem mutatható. Hat év előtt kapával behorpasztották a fejét. Sebének gyógyulása után jól érezte magát egész mult év augusztus haváig, midőn valamilyen megijedt és epileptikus göresőket kapott. Ez idő fogva kisebb-nagyobb szaporasággal léptek fel göresrohamok, utóbbi időben hetenként több ízben.

Az anaemikus, gyengén fejlett és táplált fiúbeteg tengéleti

szervei épek. A bal falesonton a tuber parietale és a sutura longitudinalis közt közpében fekvé mintegy 7 cm. hosszú, 1 cm. széles, a sutura sagittallissal párhuzamosan haladó, a csonthoz tapadó heg látható, melynek megfelelőleg a csont mintegy 4 mm. mélységben a szomszéd részek niveauja alá van süllyedve. Pupillaris reflexek normalisak. Beidegzés, izomtonus, izomerő, térbeli tájékozódás rendes, patellaris reflexek semmi eltérést sem mutatnak. Bőrérzékenység, tapintó- és fájdalomérzés, látó-, halló-, szagló- és ízlelési érzék jók. Betegnél a kórházba való felvétele után elég sürűen jelentkeznek rohamok (egy ízben naponként kétszer is). Beteg a rohamot megelőzőleg a jobb felső végtagban zsibbadást érez, azután a jobb felső végtag tonico-clonikus göresői lépnek fel az ujjakban kezdődve. A göres innen a jobb alsó végtagra, azután az arcz izmaira, végül a bal testfélre terjed; közben beteg eszméletét veszítette. Betegnél tehát az epilepsia Jackson-féle fájával volt dolgunk, melynek alapját a falesontban lévő horpadásban kellett supponálni.

Mióta Jackson 1861-ben az epilepsia egy csoportjának corticalis eredetét a régebbi Kussmaul- és Tenner-féle medullaris elmélettel szemben kimutatta és később Fritsch, Hitzig és Ferrier physiologiai vizsgálatai alapján az epilepsia corticalis eredetének tana általában uralkodóvá vált, a sebészek figyelme ezen baj felé kezdett fordulni, annál inkább, minthogy az antiseptikus, illetve aseptikus aera megjelente után a trepanatio megszünt ama veszedelmes műtét lenni, melytől még egy Dieffenbach is óva intett és a genialis és szókimondó Strohmayr is így nyilatkozott: „Wer heutzutage sich trepaniren lässt, der ist auf den Kopf gefallen.“

A physiologiai kísérletek és a megjavult sebkezelés együttes eredményének tekinthető tehát ezen bántalom sebészi kezelésének fellendülése a 80-as évek elején.

Hazánkban főnöke, Navratil tanár volt az úttörő, ki már 1868-ban operált epilepsia és agytályog miatt és később részben a külföldi szerzőket megelőzve, több gyógyult esetet mutatott be.

1886-ban lépett fel Horsley ajánlatával, melyben a göresroham kiindulás helyétől szolgáló agykéregrészt kiirtását javasolja. Horsley-hez csatlakozott Bergmann is. Ez időtől kezdve minden nemzet sebészei nagy számban végeztek operatiokat Jackson-féle epilepsiánál és a kezdetben között eredmények látszólag fényesek voltak. Azonban Graf, Braun és legújabb időben Schär statistikai összeállításából kiderült, hogy az eredmények épenséggel nem biztatók. Mig Desgalles, azután Walsham 60–70% gyógyulást jegyeztek fel, addig Graf 146 eset közül csak 35 esetet talált, hol fél évnél hosszabb rohammentesség volt. A három évnél hosszabb rohammentességi idő az újabb statistikai adatok nyomán alig tesz ki 2–4 százalékot.

A Horsley-féle műtétet manapság még egykori lelkes hívei is elhagyták és utána sokszor nemcsak hogy javulás nem állott be, hanem post-operatív haemiplegia, a rohamok gyakoribbá válása tette még elviselhetlenebbé a beteg ügyis nyomorult életét, mint ezt Navratil tanár tapasztalatai is megerősítik.

Ezen szomorú eredményekkel szemben Kocher újabban az ő nyomási theoriája alapján, a koponyán való ventillképzésben látja a gyógyulás biztosításának kulcsát. Ezen ventillképzési theoria is, dacára Ito kísérleteinek, mindenesetre nagyon kétes, mert az agynak a védelemről való megfosztása maga is képes epilepsiát kiváltani.

Ép azért Kocher maga is óv már a Berczowsky által ajánlott osteoplastikus ventillbenyeketől. Kocher ezen felfogása különben Bergmann részéről is ócs kritikában részesült.

Mindazonáltal nem szabad feladni a Jackson-féle epilepsia operatív kezelését, mert az esetek helyes megválasztásával, mint az Schär statistikájából kiderül és Navratil tanár tapasztalatai is megerősítik, még mindig érhetünk el jó eredményeket.

E tekintetben a tiszta traumatikus Jackson-epilepsia, hol kézzel fogható elváltozások is voltak, tekinthető igen hálásnak. Ennél csak azon esetek hálásabbak, midőn az agy nagyobb kiterjedésű szabadon fekvése, védetelen volta, képezi az epilepsia alapját, a mi szorosan véve az előbbivel egy categoriába tartozik.

Navratil tanár különösen azon eseteket tartja kedvezőknek, a hol az epilepsia fellépésétől fogva egy évnél több idő nem telt el. A trauma ideje mellékes. Ezen felfogás egyezik Sachséval és Gersterével. Kedvezőbb a prognosis fiatalabb egyéneknek, olyanoknak, kiknek tengéleti szervei jól működnek és ha hereditær terheltség nincs jelen. Az agyon lévő elváltozás is befolyásolja az eredményt, így ha a durát az agy felett zárhatjuk, ha nyílt kezelés nem szükséges és a defectust plasticen pótolhatjuk, jobb a prognosis.

Betegnél tehát, tekintettel a kézzelfogható elváltozásra (horpadás) és a göresőknek ennek megfelelő corticalis eredetére és hogy a fent jelzett mellékkörülmények is betegnél kedvezőek voltak, a műtét kétség-telenül indicáltnak látszott.

A beavatkozás helyének megválasztásánál bemutatón véleménye szerint — a közötti esetek egybevetésének alapján — helyesebb az előre ment trauma helyét választani, mint a különféle localisatiók alapján meghatározott centrum helyét, még akkor is, ha ezek nem is esnek körülbelül egybe, mint esetünkben.

A trauma kézzelfogható helyének mellőzése és az állítólagos centrum helyén való beavatkozás már igen sok kellemetlen csalódásra adott okot.

Betegnél tehát főnöke Navratil tanár megbízásából folyó évi (1902) január hó 18-dikán műtétet végzett bemutatón chloroformnarcosisban. A fent leírt heget körülmetsette bemutatón és a csontrol leválasztotta. A bőrheggyel körülbelül egyenlő mekkoraságú behorpadt csontrészt mellő és hátsó végének megfelelőleg a Doyen-féle kézi-fűróval egy-egy körülbelül 1½ cm. átmérőjű lyukat fűrt bemutatón a

csontban és ezen két lyukból kiindulólág a Dahlgreen-féle ollóval a koponyacsont behorpadt részét körülmetszette és azután az egészet kiemelte. Kiderült ekkor, hogy a dura ép és a kiemelt csontdarab egész hosszának megfelelőleg egy 3 mm. magas és 3 mm. széles, a koponyáüreg felett domborodó tarajt mutat. Hogy az agykéreg állapotáról bemutató meggyőződhessék, az erősen pulzáló durát behasította, a mikor kiderült, hogy a lágy burok az említett cristának megfelelőleg mintegy 2–3 mm. átmérőjű tejszerű homályosodást mutat. Egyéb változás nem lévén jelen, a duraseb csomós varratokkal záratik. Hátra volt még a csontdefectus fedése. Ez daczára a Kocher-féle elméletnek fontos. Miután a vékonyesontú, diploëval alig bíró gyermek koponyán a Müller-König-féle eljárás kivihetetlennek bizonyult, két nagy bőr-periost lebenynyel fedte bemutató a defectust, miután tapasztalat szerint kisebb defectusok zárására, főleg fiatal egyéneknek, ha a dura is megvan, ezen mód is elég, miután elég új csont képeztetik. Ezt különben Kocher is bizonyítja, ki a ventilljei csontos záródásának elkerülésére a durát ki szokta egy darabon metszeni.

A seb per primam gyógyult, beteg műtét óta rohammentes. Jól tudja bemutató, hogy az elmúlt idő rövid arra nézve, hogy a Jackson-epilepsia végleges gyógyulásáról szólhassunk, de a javulás már most is frappans és remélhető, hogy megfelelő utókezelés mellett (idegrendszer tonizálása, kezdetben nehéz munkától és főleg alkoholikáktól való tartózkodás), mire Navratil tanár tapasztalatai alapján különös súlyt helyez, állandó marad. Beteg azért volt kénytelen szólni bemutatót már most, mert külön okoknál fogva a kórházban már nem maradhat és vidékre megy. További sorsát figyelemmel fogja bemutató kísérni.

Empyema necessitatisnak Estländer szerint operált gyógyult esete.

Marberger Sándor: A mai tökéletesebb diagnostika és gyógykezelés folytán az idült pyothorax jelenleg sokkal gyérebben látható kórfolyamat, mint régebben volt s a jelen esetenk alább vázolandó lefolyása is a ritkábban előforduló alakok közé sorolható, mely két körülmény nyújt — szerény véleményem szerint — elég érdekességet arra, hogy az esetet a mélyen tisztelt orvosegyesület előtt bemutassam.

Itt is egy idült empyema állott fenn, mely — a nélkül, hogy a beteg annak létezéséről subjective tudomást vehetett volna — a mellkas bőrén spontán áttört.

A beteg, ki folyó évi január 22-dikén került észlelésünk alá, azt adja elő, hogy múlt év november havában vette észre, hogy munkánál vagy hegyre való felmenésnél lélegzete elállt, fuladozott; november végén meghűlt, kezelő orvosa állítása szerint csúza volt, melylyel ágyba került.

Ekkor vette észre, hogy a bal bimbó alatti tájon bőre pirosodni kezd, egy körülírt helyen mind vékonyabb lesz, mignem karácsony előtt egy 20 fillérnyi területen feltört s a keletkezett nyíláson át geny ürült, ugyanekkor köhögni kezdett, a miben azelőtt sohasem szenvedett.

Rövidebben: az empyema spontán áttörése folytán mellkas-sipoly jött létre.

De a további lefolyásban nem találjuk a várható képet, hogy e sipoly időközönként — a mint már szokott lenni — behegedjen vagy ellenkező esetben környékén lassú maceratio lépjen előtérbe, hanem, hogy itt egy hét lefolyása alatt gyermekenynyi terjedelemben pusztult el a bőr és izomzat, úgy hogy az V. és VI-dik borda teljesen lemezítenülve, mintegy 7–8 cm.-nyi ívben hidalta át a fennálló férfi-ökölnyi üreget, mely állandó genyedésnek volt fészeke.

A beteg teljesen lesóványodott, elerőtlenedett, nehezített légvételű volt, mérsékelt cyanossal.

Ilyen status praesens mellett határoztuk el magunkat az Estländer-féle műtétre, mit folyó évi január 26-dikán chloroform-narcosisban akként hajtottunk végre, hogy az üreg kiterjedésének minden irányban megfelelő határáig a káros bőr- és izomrészeket leválasztottuk és a IV., V., VI., VII. és VIII-dik bordákat lege artis resecáltuk a costalis pleurával egyetemben.

A meglehetősen vastagodott visceralis pleuráról a renyhe sarjakat éles kanállal lekaptuk s a mellkas falát az üregnek teljes kitisztítása után aseptikus szorító kötással reányomtuk.

26 nap múlva (február 21-dikén) 3–4 naponként változtatott kötözés mellett a sebfelület s a beteg olyan állapotban volt, hogy a műtett területet, a czombok felületéről vett lebenyekkel Thiersch szerint borítottuk, az osztályunkon divó szokás szerint kerülve a műtétnél mindenféle antisepticumot. Öt nap múlva kötészváltoztatás; a lebenyek életképesen megmaradtak s teljesen szolgálták a célzt, melylyel egyszerűs mind a beteg és a betegség gyógyítása is befejezést nyert.

Itt említem meg, hogy e most látható műteti terület verticalis irányban 4 cm.-rel, horizontalis irányban 5 cm.-rel kisebbedett meg; egyúttal hogy a beteg kórházunkban való tartózkodása óta 8 kilóval hizott meg és hogy a baloldali tüdő nagy mértékben nyerte vissza tágulékonyágát.

Ez esetünkben is bizonyítékát látjuk annak, hogy a pleura bár sarjadásra képes szövet, azt azonban nem várhatjuk tőle, hogy ez esethez hasonló defectusokat sarjadás útján kitelődésre bírjon; s mi kettős érdeket szolgáltunk, midőn a műtett területet Thiersch szerint transzplantáltuk.

Foetus papyraceus.

Tuszkai Ödön: Van szerencsése az igen tisztelt orvosegyesületnek az ikerterhesség egy rendkívül ritka rendellenességét bemutató. Az eset a következő:

Egy 28 éves, III. P., egészséges, nem hysteriás nő múlt év szeptember

tember vége felé azzal fordult hozzája, hogy pár nap óta hirtelen nagy fájdalmi léptek fel hasában, melyek legintensívebben a derék tájon, a has közepén és az alhas két oldalán jelentkeznek.

A fájdalmak göresszerűek és naponként erősebbek lesznek. Különösen éjjel jelentkeznek, annyira, hogy e miatt számos éjjel aludni nem tudott. Nappal is megvannak ugyan, de távolról sem oly nagyok, mint éjjel. A fájások megjelenésével egyúttal igen erős hányinger és hányás lépett fel.

A vizsgálat kideríti, hogy múlt év május 20-dikán volt utolsó tisztulása, szeptember 20-dika óta tehát az ötödik hónapban terhes. Feltűnő volt, hogy a méh feneke majdnem a köldök magasságában van, maga a méh feltűnően feszes tapintatú.

A bimanuális vizsgálatnál különösen a méhfenek érintésekor hányásinger lép fel.

A megelőző két terhesség teljesen normalisan folyt le, hányásai nem voltak.

Szembeötlő jelenség itt először az volt, hogy az uterus a hatodik terhességi hónap nagyságát mutatta, míg az utolsó menstruációtól való számítás szerint a negyedik hónap végén lehetett csak.

Miután többszöri beható kérdezősködésre megmaradt azon állításánál, hogy utolsó normalis tisztulása május 20-dikán volt, azért ennek lehetőségét is combinatiohba kellett venni. Ha ugyanis az uterus nagy feszeségét, a fundusának érintésekor jelentkező hányóingert, a fájások fellépése alatt jelentkező hányásokat szem előtt tartotta, úgy azt kellett feltételeznie, hogy itt csakugyan egy négy hónapos gravidával van dolga, kinél a magzatvíz gyors és túlsok képződése az uterus és ezzel a peritoneumburkolat gyors tágulását okozza, mely pedig a fájdalmaknak és a hányásoknak is teljes magyarázatát adja.

Ha nem egy aránylag gyorsan fejlődő hydramnossal van dolgunk, úgy már a májusi, sőt talán áprilisi tisztulásnak jelzett vérzés egyeb intrauterin rendellenességre vezethető vissza és ez esetben a méhösszehúzódások által okozott fájásokról, tehát egy abortus incipiensről van szó.

A későbbi észlelés azt mutatta, hogy először is a jelzett fájdalomak folyton fokozódtak és szünet nélkül tartottak összesen négy hétig. Ezalatt az uterus felért a gyomorgödörbe, tehát a nyolcadik terhességi hónap végét jelző helyre. A nagyon feszes uterus dörzsölésre nem contrahálódik, magzatot vagy magzatrészeket kitapintani nem lehet, szívhangokat, placentaris zörejeket hallani nem lehet, az anya magzatmozgásokat nem érez.

Ha nem lett volna egyetlen objectív jel, t. i., hogy e nagyon feszes tömlőszerű képletben egy meglehetősen nagy keményebb test ballotálható, úgy még a terhességben való diagnosis sem lett volna biztos, így azonban ezt a ballotálható testet magzatnak tartotta és az állapotot hydramnosnak.

Természetesen a prognosist nem mondotta jónak és kilátásba helyezte egy esetleg szükségessé váló beavatkozást a szülés korábbi megindítására. A magzatra vonatkozólag is csak annyit mondott, hogy annak normalis volta legalább is kétes, mert a legtöbb esetben hibás, monstruosus magzatok képződnek ilyenkor.

Egy hónapra a fájások fellépése és a magzatvíz gyors képződése után mind a két tünet megszűnt és a nő jó közérzés mellett szült ez év február 27-én. A szülés nagyon gyorsan ment végbe, midőn is egy nagyon jól fejlett, egészséges fiúgyermek jött a világra, melynek súlya 3400 gramm.

Rendkívül sok kristálytisztá magzatvíz ömlött ezután ki és a placenta csakhamar spontán távozik. Rajta a baba semmi más rendellenességet nem vesz észre, mint azt, hogy nagyon nagy és súlyos, midőn pedig az uterinalis felületét megnézni akarja, akkor veszi észre, hogy a burkok közt a most bemutató képlet fekszik.

Ez nem más, mint egy az ötödik terhességi hónapból származó egészen laposra összenyomott másik fűmagzat, mely az intrauterin magzattartásban van fixálva és teljesen mumifikálva.

Az amnion óvatos lefejtése mellett az egész magzat jól látható. Az ilyen magzatot foetus papyraceusnak nevezik és a létért való harc egyik legkorábbi idejéből, t. i. a méhen befűli életből származik olyképen, hogy az egyidejűleg fejlődő ikrek közül az erősebb teljesen elfoglalja a tért, a gyöngét elnyomja, agyonnyomja és későbbi fejlődésében szinte papírvékonyaságra lapítja.

Érdekes főleg azért ez eset, mert az erősebb magzat győzelmet, a gyengébb magzat halálát jelző időt volt alkalmunk megfigyelni.

A hústáplálás befolyása tyúkok oltási gümőkórjára.

Preisich Kornél: Két kísérleti sorozatot végzett, az elsőt az 1900. év elején a párisi Pasteur-intézetben, a másikat 1901. megfelelő időszakában itthon a „Stefania” gyermekkórházban. Összesen 13 tyúkot táplált ki-zárólag lóhússal, csaknem mindegyik hústyúkhöz egy ocsúval, illetőleg kukoriczával táplált tanuttyúkat használt. Az ilyen tyúkpárt mindenkor ugyanazon tuberculosis-bacillus tenyészetnek ugyanazon mennyiségével, ugyanazon módon, intraperitonealisán, illetőleg intravenosusan egy időben inficiálta. A nyers lóhúsból 150–200 gr.-t kapott egy-egy tyúk naponta. A nyers hús befolyását a madártuberculosis kifejlődésére, illetőleg lefolyására 11 tyúkon tanulmányozta; ezek közül nem lett tuberculosisos 5 tyúk (3 intraperitonealis infectio, 2 intravenosus infectio után), 2 tuberculosis lett ugyan (intravenosus infectio), de ezeknél a gümőkór jóval kisebb mértékben volt meg mint a tanuttyúkoknál, a tuberculosis jobban mondva kigyógyulási stadiumot mutatott. 4 hústyúk a tuberculosisnak olyan fokát és alakját mutatta, mint a megfelelő tanuttyúk, közülök 3 intravenosusan, 1 intraperitonealisán lett inficiálva.

Az összes 9 tanuttyúk közül csak egy maradt tuberculosistól mentes, ez intraperitonealisán oltatott, párja, a hústtyúk, szintén egészséges maradt; a többi 8 tyúk a boncoláskor kiterjedt tuberculosist mutatott.

Ezen eredmények a hús kedvező befolyása mellett szólnak. E kedvező befolyást azonban Preisich nem tekinti specifikusnak, mert különben az infectio előtt 90 napig hússal táplált tyúkjainak kellett volna jól ellentánniok, pedig éppen ezek lettek betegek, míg az ugyanakkor és ugyanúgy öt napi hústáplálás után infectiált tyúkok az infectio ellen eredményesen küzdöttek; specifikus a hús hatása azért sem lehet, mert nem hat minden esetben még akkor sem, a midőn teljesen egyező külső viszonyok mellett az infectio egyenlő mértékben és módon történt. Túltáplálásban sem lel Preisich a magyarázatot, miután erősen soványodó hústtyúkok sokszor kiállottak a fertőzést, míg stationær súlyú tyúkok tuberculosusokká lettek. A hús hatását olyannak képzelem, mint pl. a tuberculinét, a laparotomiát, ignipuncturát, friss levegőt vagy hydrotherapiát etc.; az anyagcserének revolutiójában áll, mely lehet igen intensiv, de kedvező hatása csak addig van, míg a változás a szervezetnek életrejeit növeli és nem károsítja, addig t. i. a szervezetnek természetétől meglevő védőképességét a tuberculosis ellen szintén fokozza. Innen van, hogy a hústáplálásnak kedvező befolyása különösen olyan kísérleteknél tapasztalható, a hol ezen táplálási mód regimeváltozást jelent.

Egy hússal táplált tyúkot arra használt, hogy nála tisztán a hústáplálás okozta elváltozásokat megismerje.

Egy hústtyúkot pedig emlős (tengerimalac) tuberculosissal fertőzött, kár nélkül állotta ki ezt, ép úgy mint a tanuttyúk.

Tuberculosus hústtyúkból nyert tuberculosus-bacillustenyészet tengerimalacra ép oly ártalmatlannak bizonyult mint az eredeti tenyészet.

Benedict Henrik: Csak megelégedésünket fejezhetjük ki azon óvatosság felett, melylyel az előadó érdekes vizsgálatai eredményeinek gyakorlati consequentiáit levonta. Theoretikus szempontból is — bár általánosságban szívesen csatlakozik azon nézethez, hogy a hústetetésnél excitatív hatással van dolgunk — azt hiszi, különbséget kell tennünk az állatfaj szerint, minthogy különböző állatfajok energiaforgalma a húsbevitelre, vagy szabatosabban mondva, a fehérnyebvitelre különbözőképpen reagál. *Richet* és *Héricourt* eredeti közleményei kutyára vonatkoznak; éppen a kutya energiaforgalma — az O-fogyasztáson és CO₂-kiadáson mérve — bő fehérnyebetetés által az eredetinek 30—40 százalékaival fokozható, míg ugyanilyen caloriatartalmú szénhydrat vagy zsír bevitelére sokkal kevesebbet emelkedik.

A macskánál a fehérjetáplálás ezen hatása még szembetűnőbb. Nem nehéz ezen állatnak az O-fogyasztását bő hústetetéssel az éhezési értéknek a duplájára felemelni. Nem tudja, léteznek-e hasonló vizsgálatok a madarakra nézve, de annyi biztos, hogy az emberi anyagforgalom reaktív-képessége a bőséges fehérjebevitelre — legáltalánosabban a gázcsere fokozódásán mérve — kisebb, mint ezen par excellence húsevő állatoknál. Biztos az is, hogy embernél is léteznek különbségek bizonyos physiologiai és pathologiai állapotok szerint.

Gyakorlatilag szintén hozzájárulhat ahhoz, a mit az előadó a hústherapiának generalizálása ellen mondott. Nem is kell hozzá körülményes kísérleti berendezés, hiszen az elfogulatlan klinikai észlelés is akárhányszor megmutatja, milyen különféleképpen és nem mindig kedvezően reagálnak a tuberculotikusok a bő húsdietára, különösen vérszegény, neuralgiákra hajló, erethistikus fiatal nőkre néha túlexcitálóg hat, a palpitiók, a vértódulások stb. fokozódnak, akárcsak alkoholra. Ezeknél ezután a hús megszorítása és a vegetáliáknak az előtérbe való állításával mindenképpen kedvezőbb eredményeket érhetünk el.

Prostata kezelésére szolgáló műszerek. (Húgycső- és végbél-electro-psychrophor.)

Porosz Mór: A dermatologusok és urologusok egyesületének 1896. március 5-dikén tartott ülésében mutatta be először az általa szerkesztett electrodokat, melyek a prostata villanyozására szolgálnak. Későbbben felsorolta azon megbetegedési formákat, melyekkel sikerrel küzdött meg. Ezek a prostata mirigynek blennorrhoea után tapasztalható genyes lóba, valamint a prostata-izomzat működési zavaraihoz származó eltérések. Ez eltérések közé felvette a prostata hypertrophián kívül az enuresis nocturnának azon nemét is, mely a hólyagsphincter gyengeségéből származik. Klinikai tapasztalatok alapján ide sorozott néhány olyan bántalmat is, melyeket eddig idegbajoknak tekintettek: pollutiók, spermatorrhoea, prostatorrhoea és a gyors ejaculációs impotentia.

Eljárása a prostata activ működését czélozza, mely czélból faradikus árammal az izomzat összehúzódását váltakozva annak nyugalmával iparkodott kiváltani. E czélból sokszor erősebb áramra is rászorult, mint a milyent a beteg szerv érzékenysége könnyen eltűrt. Hogy ezen hátrányokat leküzdje, műszereit vízű hűtő készülékkel kombinálta.

Eredeti műszere a végbélelectrod, ujjnyi vastag conikus végű kautsukba ágyazott hosszúka fémlemez, mely a tompaszögű nyéllal a telephez kapcsolható. E kautsukrészt újabban úgy készítette, hogy egy a Winternitz-féle végbélhűtő-szerkezetet helyezett bele. Illetőleg az eredeti műszeréhez hasonló nyeles formára alkotva azt, a szükséges fémlemeznek megfelelő rész szabadon hagyásával kautsukkal vonatta be. Az így szerkesztett műszer külsőleg csak annyiban tér el az eredetitől, hogy egy a vizet odavivő és egy azt elvezető csővel több. A kautsukba beágyazott fémlemez éppen úgy, mint az előző műszer, a beteg helyzetének megfelelőleg állítható be. Ha a beteg áll és meg-

hajolva székre tenyerel, akkor a fémlemez a nyél felé néz, ha pedig a beteg hátán fekszik, akkor a fémlemez felfelé néz, hogy mindig a prostatát érje. Acut prostatitisnél, melyet nem átalított szintén villanyozni, a hideg víz keringése hűtő hatásánál fogva direct a lob ellen is kedvezően hat, chronikus, göbös infiltratumos prostatitisnél pedig a meleg víznek ismert felszívó hatása érvényesül. Ilyenkor a másik electrod a hasfalra, az os pubis felett helyeztetik el. A műszert *végbél-electro-psychrophor*-nak nevezte el, mert a Winternitz-féle végbél-psychrophoron kívül villamos áramot is vezet.

A másik műszer szintén egy régebbi műszeréből készült. Ez egy Benigne-görbülettű villanyozó húgycsősonda, melynek a pars prostatica juto része fém, a többi része és hegye kautsuk. Ezt a húgycső-psychrophorral kombinálta. A külseje olyan mint a Benigne-görbülettű psychrophor, mely kautsukkal van bevonva, úgy mint a húgycső-electrod. Vagyis csak a pars prostatica juto része fém. E mellett a vezető zsinórok kapcsolására csavarral bír. A villamos sonda alkalmazása után néha előfordul, hogy a beteg vizeléskor kellemetlen érzésről panaszkodik. Ennek elkerülésére a hideg vízzel való hűtés annál is inkább előnyösebb, mert a húgycső érzékenységet az árammal szemben is csökkenti és a húgycső izgatottságát további időre is lefokozza. Ez a *húgycső-electro-psychrophor*. A műszerek *Simon és Breuer*-nél kaphatók, áruk 8, illetőleg 6 frt.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(VIII. rendes ülés 1901. november hó 28-dikán.)

(Vége.)

A gégefedőnek és környékének rosszindulatú újképlete.

Baumgarten Egmont: A bemutatott eset nemcsak kórismézési szempontból érdekes, hanem azért is, mert egy egészen szokatlan jelenséggel jár. A beteg hat hónap előtt jelentkezett a poliklinikán heveny nyelési nehézség miatt. A gégefedő lingualis oldalán ennek közepén egy mogyorónál valamivel nagyobb, kissé dudoros daganat volt látható, melyet perichondritikus tályognak tartottam és azonnal meg is nyitottam. A megnyitáskor nemcsak geny, de egy sárgás serosus váladék is ürült ki. Továbbá mindjárt feltűnt, hogy ámbár a nyelési nehézség elmúlt, a daganat nem lohadt le, sőt egy pár nap után sem, sőt úgy látszott, mintha kissé balra áttérjedne. Miután betegnél évek előtt bujakóros fertőzés fenforgott, jodkalit rendelünk, de miután nincsenek semminemű panaszai, a rendeléssel elmarad, de a jodkalit 5 hétig szorgalmasan vette.

Négy hét előtt beteg ismét jelentkezik, 14 nap óta légzési nehézségek vannak és a mult éjjel fuladási rohamai voltak. A gégefedővel való vizsgálat egész szokatlan képet nyújt és nehéz pontos kórismét felállítani. A gégefedő egy rendes nyálkahártyával fedett, dudoros, galambtojásnyi újképletté változott át, mely kétoldalt áttérjed az ary-epiglottikus redőkre, de különösen a jobb oldalán és a redőkről diffuse a külső oldalfalakra.

A gége belsejében rendesek a viszonyok, a hang eléggé tiszta, de a külső daganat oly nagy, hogy saját súlyánál fogva a gége bemenetét elzárja, különösen azáltal, hogy az egész gégefedő jobb oldalra csavarodik. Beteg azonnal felveszszük és még az éjjel kénytelen voltam nála sürgősen légesőmetszést végezni.

Miután betegnél egy bűzös tracheo-bronchitis volt jelen, a trachealis seben lepedék lépett fel, mely azonban 8 nap alatt levált. A beteg vizelete egy pár napon át véres volt. 14 nap óta beteg ismét jodkalit szed, de feltűnő változás nem állott be.

A nyaki mirigyek sehol sem duzzadtak, beteg feltűnően jól érzi magát és csukott canullal tud légzni és elég tisztán beszélni. A tükrökép csak annyiban változott, hogy az egész daganat kissé lelohadt, de az epiglottis annyira a jobb oldalra csavarodott, hogy annak közepe a jobb sarokban fekszik és a bal felső felületen pár nap óta fehér lepedék látható.

A tüdőben elváltozás nincsen, a köpetben és a canul váladékában gümöbacillusok nem találtak.

Bujakór ellen nemcsak az antiluetikus kezelés eredménytelensége szól, hanem még azon körülmény is, hogy a mirigyek sehol sem duzzadtak és hat hónap óta sehol szétesés nem jött létre, különben az egészen alakja is ellene szól.

Carcinoma ellen a diffúz alak szól, továbbá azon körülmény is, hogy ily nagy kiterjedés mellett nem találhatók beszűremkedett mirigyek és még sehol sem fekélyesedések. Beteg azonkívül le nem fogyott és jó színben van.

Legvalószínűbb tehát, hogy sarcomával van dolgunk, mert ezen megbetegedésnél néha a mirigyek eleinte nem szűremkednek be és a sarcoma különös tünetek nélkül, de elég gyorsan, néha egész szabálytalanul elterjed. A véres vizelet is talán sarcoma mellett szól.

Nehezen magyarázható a gégefedőnek a jobb oldalra való csavarodása és pedig éppen azon oldalra, a melyen a daganat nagyobb mint a másik oldalra. A daganatból kiirtott kis részlet nem adott felvilágosítást, nagyobb darab kivétele pedig nem igen ajánlatos, mert ily esetben gyors széteséstől kell tartanunk.

Lénárt: A klinikai tünetek szerint legvalószínűbbnek a rák kórisméjét tartja. A daganat laryngealis felületén karfiolszerű egyenetlen dudorok láthatók. A betegnek fájdalmai nincsenek, a daganat nagy ki-

terjedési és antiluetikus eurára nem engedett. A daganatot inoperabilisnak tartja.

Baumgarten: A rák ellen szól a mirigyduzzanat hiánya. Az egyenetlenségek valószínűleg cystoid képletek, melyek egyikét szóló felnyitotta. Felvilágosítást adhatna a szövettani lelet, de ehhez szükséges nagyobb részlet kimetszése alkalmával impulsus adatnak a képlet gyorsabb szétesésére.

Tonsillakő esete.

Lipscher Sándor: Egy 45 éves nőről van szó, ki november 25-dikén jelentkezett Navratil tanár gégeosztályán, nagy mandolájának kivétele végett.

A jobb mandola meg volt nagyobbodva, acut lob tünetei nélkül, azért kimetszése indokolt volt. A Mathieu-féle tonsillotom azonban a mandolát csak részben vágta át, daczára az eszköz többszöri zárásának és nyitásának, úgy hogy a tonsillán rajta maradt, csak nagy óvatossággal sikerült leszabadítani, újra alkalmazni és a mandolát kihozni.

Ezen kellemetlen incidensnek okozója az itt bemutatott babnyi nagyságú, egyenetlen felületű elég kemény kő, mely a tonsillában ült és a tonsillotomot kicsorbitotta.

Az irodalomban fel van említve, hogy a tonsillotom ilyen akadály folytán eltörik (Chassaignac, Maisonneno) vagy a tonsillotom villája oly erősen fog, hogy csak késsel lehet lementseni az eszközt a mandolával együtt.

Ez azonban ritka, mert mandolakövek igen ritkák, különösen ily nagyságúak, daczára annak ezek arra indítottak egyes sebészeket, hogy a tonsillotom helyett kést és csipőt használjanak. Ezen eljárás azonban csak felnőtteknél jöhet számba, mert gyermekeknél gyors műtévesre van szükség.

Az elsőt 1774-ben Bailheron írta le. Legtöbbnyire mészcementumokból állanak és sokszor rétegzetességet mutatnak.

Némái: Ha kést használ a mandola eltávolítására, akkor nem pincet, hanem Museux-féle fogót vesz segítségül. Esetet említ, melyben tonsillotomia után keletkezett nagyfokú vérzést a garatívek összevarrása által sikerült csillapítani.

Polyák: A Mackenzie-féle műszert használja, melynek segítségével könnyen keményebb heget is sikerül átmetszeni akadály nélkül.

Navratil: A használt eszköz kiválasztása teljesen egyéni, szokás dolga. Gyermekeknél mindig a tonsillotomot, felnőtteknél különböző műszereket használ.

Csontüreg a maxilla superiorban.

Némái József: 6 hét előtt a különben egészséges férfi azon panasszal jött, hogy nyeléből büzös váladék szivárog ki. Felül jobb oldalt a 2-dik zápfog hiányzik, felette egy kis sipolyonyílás, mely úgy látszott abscessus üregbe vezetett. Kifeeszkendés után kitapintható, hogy az alveolus külső fala hiányzik, a fog már régóta hiányzik. A sipolyonyílás nap-nap után nagyobb, szétesik, fillér mekkoraságú, az üregből büzös detritus kikanalaztatik, mely görcsö alatt csak detritust és szirsavjeceket mutat. Előttünk van egy diónyi üreg, csontos, nem sarjadzó, nem érdes falakkal, mely nem közlekedik a Highmor-üreggel. Nagy aberrált csontcellula (a Highmor-üregnek egy vak rekesze) vagy elgenyvedt cysta.

Baumgarten: Tavalay — mint az a poliklinika évi anyagát felölelő közleményben említve van — egy hasonló esete Highmor-tályognak bizonyult. Ajánlja annak eldöntésére az orr felől való átfeeszkendezést, mert innen a sugár erősebb.

Az adenoid vegetatiók s a süketnémaság.

Zwilling Hugó: Tárgyalja az adenoid vegetatiók relatioját a süketnémaság keletkezéséhez, azon vizsgálatok alapján, melyeket meg ejtette neki a budapesti állami süketnéma-intézet tanulóin alkalmá volt. Vázolja a süketnémaság illetve süketnémaság keletkezését vegetatiók következtében s áttér a meglevő statisztikai adatokra, melyek azt mutatják, hogy ép érzékű gyermekeknél csak 5% találhatik, míg süketnéma-nál 40—50%-ot tesz ki a számarány. Következő alternatívákról lehet szó. A süketnémaság keletkezhetett más okból és mellette találhatók vegetatiók, lehet mindkét elváltozás ugyanazon ok eredménye, a két bántalom függetlenül egymástól létezhetik. A hyperplasia lehet complicáló, azaz nehezítő körülmény fennálló süketnémaság mellett. És végre lehetséges, hogy a vegetatiók a fülbántalmat, a süketiséget, illetőleg süketnémaságot directe okozzák. Azt következteti, hogy ha süketnéma gyermeknél vegetatiót találunk, az eltávolítandó. Anyagát 7½ és 16 év közötti süketnéma gyermekek képezték, a vizsgálatot minden egyes esetben ujjal is végezte, az eszközölt adenotomia, a süketnémaságtól el is tekintve, javulva volt. A vizsgált 67 gyermek közül, fiúk és leányok, 56-72%-ban talált oly vegetatiót, melynek eltávolítása indicált volt. Az iskolát látogatja 67 gyermek és pedig 43 fiú és 24 leány, az említett eljárás alapján találtatott 38 esetben vegetatio, még pedig 22 fiúnál és 16 leánynál. Itt relatív méretekről lévén szó, ő oly methodust, mely ezen tekintetben megbízhatónak volna nevezhető, nem ismer, szerinte a nagyság megbecsülésénél a legszigorúbb ellenőrzés mellett is mindig subjectív momentumok fognak közbejársani, mi ki nem küszöbölhető hibaforrást jelent. Csekély differenciát azonban itt számba nem jönnék. Három esetet említ, melyben a műtét után a beszéd nasalisabb lett rövid időre, mint annak előtte, ezt úgy magyarázza, hogy a mm. constrictores pharyngisben csekély lobos folyamat keletkezett, mely a functiót zavarta s a záró izomzat pontos összeműködését gátolta. A causalis nexust úgy magyarázza, hogy lobos folyamatok áttérnek a középfülre s azáltal, hogy a vegetatiók lacunáiban számos mikroorganizmus leli helyét, megbetegszik az és a labyrinthus, eltekintve attól, hogy a fer-

tőző csirák a nyirkutakon keresztül is behuzoztathatnak a közép és belső fülbe, vagy végre vannak esetek, melyekben a vegetatiók mechanice elzárják a fülkürt szájadékát. A vegetatiók kellő időben való eltávolítása prophylacticus szempontból is felette fontos. S ha az adenoid vegetatiók eltávolítása nem is túlbecsülendő factor a süketnémaság gyógyításában, javulva van az minden egyes esetben a gyermeknek az iskolába való belépése előtt. Szükséges eltávolításuk a tiszta articulatio szempontjából s végre a fejlődő organismusra való visszahatásuk miatt is.

Krepuska: Az adenoid vegetatiók és a süketnémaság között semmi okbeli összefüggést nem lát, csak per tangens lehet ilyenről szó. Természetesen más az, hogy adenoid vegetatiók direkt hallási zavart okoznak, hurutos állapotokat, melyek otitis media catharrh.-hoz vezetnek s melyből infectio folytán phlegmonosus lob is fejlődhetik. Azonban sohasem okoznak otitis intimát, mint azt pl. scarlatinánál látjuk. Az esetek nagy számában doboregi negativ lelet mellett fennállanak adenoidok. Ezeket a süketnémasággal vádolni nem lehet. Süketnéma-nál az adenoid vegetatiók azért fordulnak aránylag nagyobb számban elő, mert ezek társadalmilag züllöttebbek, rosszabbul tápláltak, lymphaticusak, nyitott szájjal lélegzők stb. A süketnémaság okául találta első sorban a lues hereditásos alakban. Másodsorban a meningitis cerebrospinalis epidemicát, mely még sokszor az orvos figyelmét is elkerüli, nem csak a laikus szülőt, oly rohamosan fejlődik. Csekély mérvű főfájás, hányás s az electiv hely, a fül máris sérült, sükettség áll be. A szerzett süketnémaság egy fontos oka a vörheny kíséretében járó panotitis. Egy kicsiny százalékot okoznak intrauterin megbetegedések vagy fejlődésrendellenességek, utóbbiak kívülről is látható eltéréseket okoznak. Traumák gyermekkorban ritkán okoznak acustikus szakadást azon gyermekek közé, kik későn, 8 éves korukban tanulnak meg beszélni, tartoznak a vegetatiókkal bírók, de semmi esetre sem a süketnéma-ához.

Szenes: Csatlakozik Krepuska fejtegetéseivel és csak néhány megjegyzést kíván tenni. Húsz év előtt Boucheron volt az, ki az adenoid vegetatiókat először hangsúlyozta a süketnémaság okozásában. E szerepüket a légnyomási viszonyok megváltoztatásában kereste, ki lett azonban mutatva, hogy a légnyomás a hallásra befolyással nem lehet, mert az aquaeductus útján az endo- és perilympa közötti nyomáskülönbség paralyzálódik. Nagyobb figyelmet kell csak fordítani a Hutchinson-féle triásra és gyakrabban fogjuk találni a lues mint okot. Már Boucheron is kiemeli, hogy az adenoid vegetatiók eltávolítására néha javul a hallás, néha nem. Szóla szerint az utóbbiak a rendes esetek. Arra nézve, hogy ez idén nagyobb számmal volt található a süketnéma-intézetben vegetatioval bíró gyermek, említi, hogy ez évben az intézet egy új első osztályllyal bővült. A süketnémaság eredetére nézve a szülők által bementett okokat nagy controllal szabad csak elfogadni, mert megbízhatóságukat eléggé jellemzi, hogy mily gyakran említették a trauma; erre nézve is csatlakozik előtte szóló fejtegetéseivel.

Baumgarten: Előadó nem túlzott, a süketnémaság és az adenoid vegetatiók együttes jelenlétét három csoportba osztotta. Két utat említ, melyeken az adenoid vegetatio a hallásra befolyhat. Egyrészt az orrgaratüregből az infectio tova terjedését mozdíthatja elő a venosus hyperaemia, másrészt a vegetatio a fossa Rosenmülleri-n ülvé, a tubát felemelheti, közvetlenül okozva nehéz hallást. Jele ennek az, hogy az eltávolítás után a hallás azonnal megjavul.

Zwilling Hugó: Szükségesnek tartotta a vegetatiók és a süketnémaság közötti összefüggés kérdését ismét felvetni. Fejtegetései csak a szerzett süketnémaságra vonatkoznak. Az okozati összefüggés tekintetében az előadásában jelzett álláspontján van.

Krepuska: Otitis mediát adenoidok következményeként sohasem látott. Az idegállománybeli hibák adják a süketnémaság okának nagy contingensét, épen azok tehát, melyek tükrü leletet nem adnak. Ez alkalommal emlékebe idézi a hallási maradványokat, melyek kiművelésére akartak némelyek új beszédtanítási rendszert építeni. Ő is — sikertelenül. A kinnél némi hallás van, legyen az bármilyen, azok fülorvosilag nem süketnéma-k, csak nehéz hallásúak. Ilyenek lehetnek az adenoid vegetatiókkal bírók is. A fülorvos süketnéma alatt oly egyént ért, ki nemcsak a légen, de a csonton át terjedő hangrezgéseket sem percipálja. Ezt vegetatiók nem okozhatják.

Zwilling Hugó: Fentartja állításait, süketnémaságról tágabb értelemben beszélt.

PÁLYÁZATOK.

3239/1902. szám.

A nagyméltóságú m. kir. belügyministerium 25.110/1902. számú rendelete folytán a lipótmezei m. kir. állami elmeegógyintézetnél üresedésben levő második-főorvosi állásra ezennel pályázat hirdettetik.

Ezen állás 2000 korona évi fizetés, első osztályú élelmezés, lakás, fűtés és világítás élvezetével van egybekötve. A természetbeli lakás csupán két szobából áll, minden más mellékhelyiség nélkül.

A kinevezendő második-főorvosra további belügyministeri intézkedésig a másodrendű szolgálati utasítás lesz érvényes.

Pályázók tartoznak az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának megfelelőleg orvos-tudori oklevelüket, azonkívül a betöltendő állás és az elmeegógyintézet céljának megfelelő szakképzettségüket és legalább két évi szakgyakorlatot beigazolni.

Felhívtnak tehát mindazok, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a fentebb jelzett minősítést igazoló okmányokkal felszerelt s egy koronás bélyeggel ellátott folyamodványukat jelen pályázatnak a hivatalos lapban leendő megjelenésétől számított három hét alatt az alulírt igazgatósághoz nyújtsák be.

A kitűzött határidőn túl beérkező folyamodványok nem fognak tekintetbe vétetni.

Budapest, 1902. évi március hó 12-dikén.

A budapest-lipótmezei m. kir. állami elmeegógyintézet igazgatósága.

720/1902. szám.

A zalathnai bányakincstári szülésznői állás, a melylyel a helybeli kir. altisztek és kohómunkások nejeinél teljesítendő díjtalan szülésznői segélynyújtás és ápolás kötelezettsége mellett a kincstár részéről évi 168 (egyszázhatvannyolc) korona, a zalathnai kincstári kohó társaság részéről pedig készpénzben évi 120 (egyszázhusz) korona és továbbá évi 48 korona lakpénz és 16 ürköbmeter tüzfajárandóság mint állandó tiszteletdíjak vannak összekötve, betöltendő lévén, az arra pályázni kívánók felhivatnak, miszerint kellő képesítésüket, továbbá életkorukat, eddigi szolgálatukat, a román nyelv beletudása melletti nyelvismeretüket és erkölcsiségüket hitelesen igazoló okmányokkal felszerelt és kellően bélyegzett folyamodványukat közvetlenül vagy illetékes előjáró hatóságuk útján legfeljebb folyó évi április hó 15-dikéig, a mely napon túl érkező pályázatok többé tekintetbe nem vétetnek, alulírott m. kir. főbányahivatalhoz czinezve nyújtásuk be; köteles lesz az illető magát egy évre próbaképen alkalmaztatni, úgy hogy a véglegesítés csakis egy év letelte után történik.

Zalathna, 1902. márczius 5-dikén.

Magy. kir. főbányahivatal.

4595/1902. alisp. sz.

Kisküüllővármegye közkórházánál rendszeresített alorvosi állás lemondás folytán megüresedvén, főispán úr ő méltóságának megbízása következtében arra pályázatot hirdet.

Az alorvosi állás évi 1000 korona készpénzfizetéssel, továbbá fűtés és világítás élvezetével egybekapcsolt természetbeni lakással van javadalmazva; egyszersmind a vármegyei nyugdíjintézeti tagok sorába való felvételre jogot biztosít.

Felhívom tehát mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t. czikk 9. §-a II. részében megkivánt minősítést igazoló okmányokkal és szolgálati alkalmaztatásukról szóló bizonyítványaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket illetékes helyre leendő betérjesztés végett legkésőbb folyó évi április hó 10-dik napjáig mutassák be, annál is inkább, mert a később beérkező folyamodványok nem fognak figyelembe vétetni.

Kisküüllővármegye alispánjától.

Diesőszentmárton, 1902. évi márczius hó 8-dikán.

Csató Gábor, alispán.

90/1902. szám.

A vezetésem alatt álló magy. kir. javító-intézetnél kormányhatósági megbízás útján betöltendő s évi 1000, azaz: egyezer korona tiszteletdíjjal egybekötött orvosi állásra ezenel nyilvános pályázatot hirdetek.

Az intézeti orvos kötelessége az intézetet minden nap az igazgatóval egyetértőleg megállapítandó órában (szükség esetében naponként többször is) megfigyelni s az intézet beteg növekedését és alkalmaztatását minden külön díjazás nélkül gyógyítani. Kötelessége továbbá az intézet egészségügye felett szigorúan őrködni s az intézeti igazgatóság ez ügyben hivatalosan nyilvánított kívánalmának pontosan megfelelni.

Ezen állásra csak azon orvos urak pályázhatnak, a kik a törvényszéki orvosi vizsgát is letették.

A kellően felszerelt és szabályszerűen felblyegzett pályázati folyamodványt a nm. magy. kir. Igazságügyi Minister Urhoz kell czinezni s legkésőbb folyó évi márczius hó 30-dikéig az alulírt igazgatóhoz benyújtani, vagy pedig posta útján beküldeni.

Kassa, 1902. évi márczius hó 1-én.

3-1

Latzkovszky Lajos, igazgató.

Fülöp Szász Coburg Gothai herceg vasgyárainál Pohorellán a vasgyári orvosi állás Helpa székhellyel (Gömör-Kis-Hont m.) betöltendő lévén, arra ezenel pályázatot nyitattik.

Pályázni kívánók felhivatnak, miszerint abbeji szándékukat alulírott igazgatósággal az 1902. évi márczius hó 20-dikéig — később érkező megkeresések figyelembe nem vétethetvén — közölni sziveskedjenek, mely is érdeklődőknek az állás mikénti javadalmazása s a teljesítendő kötelek tekintetében felvilágosítást nyújt.

Ezen orvosi állásnál, a mennyiben a körorvosi teendővel és házi gyógyszerértartás kötelezettségével van egybekötve, a tot nyelv ismerete is kötelező.

A kinevezett orvos állását legkésőbb 1902. évi május hó 1-én elfoglalni köteles.

Pohorella vasgyár, 1902. február hó 27-dikén.

Fülöp Szász Coburg Gothai herceg
ő Fensége vasgyári igazgatósága
Schröder s. k.

2-1

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Czím
Márcz.				
18.	körorvos	Szepsi	1200 k., 400 k. u. át.	Géczy Gyula fszb. Szepsi
20.	körorvos	Muraszombat	2400 k.	Párfay Pongrácz fszb.
20.	gyári orv.	Helpa	—	Schröder gyárigazgató
				Pohorellán
20.	k. aló.	Losonez	600 k., ellátás, lakás	Wagner plgm., Losonez
20.	körorvos	Sikló és Ottlaka	1600 k., 240 k. u. át.	Mladin főszb., Elek
30.	k. alorvos	Nagykanizsa	1000 k., lak., ellát.	Városi tanács
30.	felügyelő	Snez és a Mózes-		
30.	orv. állás	forrásoknál	8000—12,000 frank	Vesztegráz-igazgatóság
30.	orvosnői	Suez egészség-	26—36, 575—1000	Alexandria
30.	állás	ügyi hivatal	egyptomi font havi fiz.	detto
30.	intéző	Korneier és		
	orv. állás	szauakimi egészségügyi hivatal	22—28 egyptomi font havi fizetés	detto
31.	körorvos	Alcsernáton	2100 k.	Cseh főszoigabiró.
Április		Budapesti		Kézdivásárhely
1.	s. orv.	bábaképezde	600 k.	Igazgató tanár
1.	körorvos	Magyar-Bóly	1200 k.	Jilly Victor fszb., Dárda
20.	körorvos	Étéd	1250 k.	Pálffy Jenő fszb., Székelykeresztúr

Kerestetik

uradalmi orvos.

Fix fizetése: Az uradalom részéről 1080 korona, előrelátható megválasztása esetén a megürlt somogyvári körorvos fizetése s úti átalánya 1120 korona, együtt 2200 korona.

Azonkívül az eddigi orvos saját bemondása szerint: „magánpraxisból annak többszöröse”.

Pályázók irományaikat legkésőbb márczius 31-dikéig nyújtásuk be Gróf Széchényi Imrénél, Budapest, Főtvös-utca 21.

HIRDETÉSEK.

Dr. Fries-féle magán-gyógyintézet

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

INZERSDORF Bécs mellett.

SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D^eEGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis
Kapható minden gyógyszerárban.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, görseoi és bacteriologia

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

Dr. VAS BERNÁT a labororium vezetője.

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

Dr. PAJOR

BUDAPEST, Szentkirályi-utca 14. szám.

Inhalatoriuma:

Vízgyógyintézete:

Reichenhalli soole, emsi, gleichenbergi forrásvíz porlasztása, fenyő-, menthol- stb. belégzés, süritett és ritkított levegő-készülékek asthma, bronchitis és a felső légutak hurutjainál.

Teljes vízkúrák, massage, villamos, szénsavas fürdők, begöngyölések és izzasztó kúrák.

Nyitva egész éven át.

Telefon. — Prospektus.

BUTOR

készpénzért v. részletfizetésre legutányosabb áron

EHRENTREU és FUCHS

testvéreknél

BUDAPEST, VI., Teréz-körút 8.

Képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

Védjegy:



CHINOSOL

D. R. P.

88.520. sz.

1, 1/2, 1/4 gr. tablettákban és poralakban.

Kitűnő sikerrel alkalmaztatott a transvaali háborúban!

A sublimat, carbolsav stb. méregnélküli pótléka.

Gyorsan ható stypticum és váladékmegszorító

(l. „Deutsche Med. Wochenschrift“ 1901. 33. sz. 566. oldal).

Javallatok: Sebkezelés, szülészeti gyakorlat, neml és bőrbajok, torok-, orr- és fülbetegségek, antiseptikus irrigációk, prophylactikus gargarizálás, a kéz fertőtlenítése, a betegszobák fertőtlenítése részére, továbbá phthisis, gümőkór, lepra stb. Irodalom és vényminták ingyen és bérmentve.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.

Vezérképviselő nagybani eladásra Ausztria-Magyarország részére:

WILHELM MAAGER, Wien, III/3, Heumarkt 3.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Klug Nándor: Az enzimekről. 203. lap.

Korányi Sándor: Közlemény a szt. István-kórház VI. orvosi osztályáról. Az auscultatio percussio. 205. lap.

Csillag Jakab: Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg és buja-kóros osztályáról. (Főorvos: Róna Sámuel tanár.) Az eczema-kérdéshez. 207. lap.

Tárca. Kuthy Dezső: Az Erzsébet királyné-sanatorium ismertetése. 209. lap. — Pekár Mihály és Heim Pál: Orvosi dolgok a párisi világkiállításon. 210. lap.

Közegészségügy. Közegészségügyi felszólalások a parlamentben. 210. lap. — A betegszállítási költségterítmények porto- és bélyegmentességéről szóló 98,853/1900. számú belügyministeri rendelet kiegészítése. 211. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Chudovszky Móricz: A csonttörések és ficamodások kör- és gyógytanának haladása. 211. lap. — Könyvismeret. Maurice de Fleury: Les grands symptômes neurasthéniques. (Kollarits Jenő.) 212. lap. — Schülberszky Károly: Növénytan közlemények. 212. lap. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Dieulafoy: A heveny gümőkóros mellhártyagyulladások felismerése. (Dalmady Zoltán.) — Belgyógyászat. Noth-

nagel: A heveny hurutok gyógyítása. (—nt.) — Freund: Mellkasi anomaliák mint disponáló momentumok tüdőgümőkórra és tüdőlégtágra. (Torday Árpád.) — Venerés bántalmak. Neisser: A syphilis átoltása sertésre. (Póór.) — Orr-, torok- és gégebetegségek. Spiess: A heveny nátha gyógyítása. (Pollatschek.) — P. Veillard: Angina phlegmonosa folyamán fellépett nagyfokú arteriosus vérzés. (Tóvölgyi Elemér.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Riez: Lecithin. — Schaefer: Puro-húsnedv. — Folyóiratok átnézete. 212—213. l.

Hetiszemle és vegyesek. Fodor József emlékezete. — A főváros egészsége. — Meghívás. — A nyilvánossági jelleggel felruházott magyarországi kórházak részére az 1902. évre megállapított napi ápolásdíjak jegyzéke. — Új nyilvánossági jellegű osztrák kórház. — Gyógyszerárúkereskedés engedélyezése. — A titkos szerek és gyógyszer-tári specialiták ügyének rendezése. — Tauffer tanár szülészeti poliklinikuma. — Elhunyt. — Hibaigazítás. — Herczel dr. — Röntgen-laboratorium. — Bauer Samu dr. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 195—196. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. Budapesti kir. orvosegyesület. 216. lap. — A budapesti kir. orvosegyesület otológiai szakosztálya. 216. lap. — Közkórházi orvostársulat. 217. lap.

Melléklet: Gynaekologia, 1. szám.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az enzimekről.

Klug Nándor tanártól.

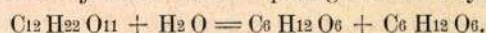
(Folytatás.)

Effront gyümölcsöket, borsót, gabonaneműeket hígított formaldehyddel sterilizált, olaj alatt ezekben szénsav- és alkohol-képződés indult meg és ilyenkor belőlük is sikerült zymaset előállítani. E szerint az alkoholerjesztést, úgy akkor, midőn élesztő tartja fenn, valamint akkor is, midőn élelyhiány indítja meg növényi részekben, ugyanaz az enzim okozza.

Ezek után a szervült és nem szervült erjesztők közt lényeges különbség nincsen. Mindkét esetben sejtek készítik az enzimet, csak hogy egyik esetben azt a sejtek magukban visszartartják mint jellemző hatóalkatrészt, míg a második esetben kiválasztják azt; a minek megfelelőleg az első esetben az enzim hatását a sejtben, oda felvett anyagra fejt ki, a második esetben pedig megfelelő anyag oldata közé keverődve, ott, függetlenül a sejtől, hat bontólag. Az erjesztés tehát nem a sejt életjelensége, hanem a sejt által termelt enzim hatásának az eredménye.

Van számos sejt, mely egynél több enzimet is termel; ezek között olyanokat, melyeket elválaszt, s melyek a sejtben kívül tartanak fenn erjesztést, valamint olyanokat is, melyek a sejtben belül fejtik ki működésüket. Ilyen több enzimet elválasztó élősejtek maguk az élesztő sejtek is. Az élesztő nem képes minden szénhydratot s azonnal, szeszess erjedésre indítani. Több poly- és dysaccharidet vízfelvétel mellett előbb monosaccharidekké alakít át s csak ezután léphet fel az alkoholos erjesztés. Egy ilyen disaccharid pl. a nádcukor, mely tudvalevőleg jobbra téríti a polározott fény rezgését. Ezt a cukrot az invertase, egy az élesztőnek arra alkalmas erjesztője, vízfelvétel mellett, szőlőcukorrá és gyümölcscukorrá hasítja s e keverék most balra térítő, mint-

hogy a gyümölcscukornak balra térítő képessége nagyobb a szőlőcukor jobbra térítő képességénél. A folyamat a következő:



Ezt a cukorkeveréket invertcukornak nevezik. Az invertase, mely nádcukorból készíti az invertcukrot, nem az élesztő alkoholfejlesztő enzimeje, hanem ezzel együtt az élesztőben képződő külön enzim. Az antisepticumok nádcukor-oldat és élesztő keverékében megengedik az inversiót, ellenben megakadályozzák a szénsav és alkohol képződését. Az invertase tehát úgy viselkedik, mint az úgynevezett nem szervült erjesztők, az élesztő sejteit kiválasztják magukból s nem tartják vissza, mint a zymaset. Élesztőből úgy állítják elő az invertaset, hogy az élesztőt valamely antisepticummal, toluollal vagy chloroformmal kezelve, belőle vízkivonatot készítenek.

Ugyancsak az élesztőben találtak még egy harmadik erjesztőt is, a maltaset, mely a disaccharidek között előforduló maltotest vízfelvétel mellett két molecula szőlőcukorra (glucose-ra) hasítja.

Az invertasehoz hasonló enzim a lactase is: a tejcukrot, mint disaccharidet, ugyancsak vízfelvétel mellett, glucosera és galactosera hasító enzim. Ez erjesztőt a kefirben találták, melynek magvaiból készített vízkivonattal kiválasztható alkohollal.

Ezen felsorolt példák elegendő bizonyosságot tesznek arról, hogy egyetlen mikroba vagy sejt több enzimet is termelhet. És ha ez az élesztőben, a kefirben már így van, akkor méltán várható, hogy összetettebb szervezetekben, a saját testünket felépítő sejtekben még inkább lehet úgy, még több enzimet termelhet egyik-másik sejt. E mellett szól nemcsak az emésztés körül szereplő enzimek nagy száma, hanem ezt tanúsítják azok a legújabbabban tett tapasztalatok is, melyek szerint mind nagyobb számú enzimet más, nem az emésztő nedveket elválasztó szervek sejtjeiben is felismertek.

A következőkben az emberben eddig felismert enzimekkel akarunk behatóbban foglalkozni. Ezek között az emésztés körül szerepelnek a szénhidrátok, fehérjék és zsírok emésztését előmozdító enzimek, mások meg megalvadást okoznak a vérben és tejben. Végül pedig vannak különböző hasadásfolyamatokat, oxydationokat fentartó enzimek is és több mint valószínű, hogy ez utóbbiaknak is igen lényeges szerepük jut a szervezet életében.

1. Szénhidrátokat hasító enzimek.

A keményítő és glycogen mint polysaccharidek ($C_6H_{10}O_5$)_n, a lactose (tejcukor), a maltose (malátacukor) és saccharose (nádcukor) mint disaccharidek ($C_{12}H_{22}O_{11}$), szolgálnak a szénhidrátok közül kiválóan táplálékul nekünk. Az enzymhatás végelemzésben a fenti poly- és disaccharideket vízfelvétel mellett monosaccharidekké ($C_6H_{12}O_6$), nevezetesen glucosera (dextrose, szőlőcukor), laevulosera (gyümölcszucker), esetleg galactosera alakítja át. Az ez átalakítást végző ismert enzimek a *diastase* (ptyalin), *maltase*, *lactase* és *invertase*.

a) A *diastase* jelenléte a nyálban és pancreasnedvben már régóta ismeretes, a vékonybél nedvében csak igen kis mennyiségben fordul elő. Ezenkívül testünk csaknem minden szövetében és nedveiben sikerült diastaset megtalálni. Jelenlétéről úgy győződünk meg, hogy főtt keményítőpépet száj- vagy hasnyálal összekeverünk és a thermostatban 40 °C hőmérséknek teszünk ki. Nyers keményítő az emésztésre alkalmatlan, mivel a cellulost megemésztetni nem tudjuk, az ezt emésztő enzym ember emésztőnedveiben hiányzik; a vízben főtt keményítőben ellenben a duzzadó keményítőszemcsék megrepesztik a cellulosehártyácskákat, mi által az enzymnek hozzáférhetőkké lesznek. A thermostatban a keverék, mely joddal a megfelelő kékszerű reakciót adja, rövid néhány perc alatt elveszti opaleszkáló színét, tiszta lesz, a keményítő feloldódik; ilyenkor amyloextrinnek nevezik. Majd joddal nem adja a keményítőre jellemző kék színű reakciót, hanem ibolya-, sőt sötét vörösbarna színű lesz; a *diastase* hatása alatt mint első a képződött erythroextrin e jellemző reakciója jelentkezik. Ilyenkor az erythroextrin mellett már maltose is van az emésztetben. A *diastase* továbbtartó behatása alatt az erythroextrin a jodra nem színeződő achrooextrinre és maltosera hasad tovább s az emésztet a jodreakció helyett az ismeretes cukorreakciókat adja, minthogy a maltose épen úgy redukál, mint a glucose. *Végelemzésben tehát a keményítőtől achrooextrin és maltose lesz; ezt a keveréket maltodextrinnek nevezik.* Mindez a szájnál behatása alatt rövid néhány perc alatt foly le.

A keményítő a *diastase* befolyása alatt többrendbeli változáson megy tehát keresztül, míg végre maltosé válik. Ez átalakulás egyes terményeinek nyérése, előállítás sok vizsgálat tárgya volt, a melyekből kiderült, hogy az achrooextrin nem egynemű kémiai test, hanem legalább háromféle, a jodreakciót nem adó dextrin keveréke (*Musculus* és *Gruber*¹). A keményítőmolecula az enzym lefolyása alatt, vízfelvétel mellett, ismételt széttesik; a széttesésnek egyidejű terményei mindannyiszor maltose és dextrin.

A széttesés részleteit illetőleg még vitás kérdések is állanak fenn, azonban tény, hogy a keményítőnek maximum $\frac{4}{5}$ -e, 80%-a lesz maltosé, míg az ötödik ötöde (20%) dextrin marad; ez csak igen nehezen lesz cukorrá.

A glycogenre a *diastase* szintén úgy hat, hogy végelemzésben maltose lesz belőle.

b) *Röhm*² a nyálban valódi diastasen (ptyalin) kívül még kevés *glucose*-t vagy *maltase*-t is talált, vagyis azt az erjesztőt, mely a *maltose*-t — mint disaccharidet — *vízfelvétel mellett dextrosera* (szőlőcukorra) alakítja át. A hasnyálban több *maltase* van mint a szájnál, a bélnedvben kevés. Mások a *maltase* jelenlétét a májban, vérben, nyirokban is kimutatták. *Röhm* és utána *Hamburger*³ úgy találták, hogy a szájnál a keményítő-

ből főleg maltoset és dextrint készít, dextrose csak nyomokban található emésztetében; pancreasnedv már több dextrosot szolgáltat; vérsavó, a száj- és hasnyálal hatékonyabban készít dextrosot; ellenben azoknál szegényebb diastaseban. Sőt a további vizsgálatokból kiderült, hogy nemcsak a vérsavó, hanem a szárított pancreas, a vékonybél nyálkahártya, nyiroktüszők és nyirokmirigyek, nyálmirigyek, máj, epe, lép, gyomor és a harántesikolt izmok a maltoset dextroséval alakítják át.

c) A *tejcukrot* (lactose-t) mint disaccharidet a *lactase*, mint enzym, vízfelvétel mellett *dextrose-ra* és *galactose-ra*, két monosaccharidre hasítja. *Röhm* és *Lappe*¹ az erjesztőt a vékonybél nyálkahártyájában találták. A vékonybél nyálkahártyájából antisepticumok felhasználásával vízkivonatot készítettek, mely, úgy mint az e kivonatból kiválasztott enzym, a vízben oldott tejcukrot a jelzett két monosaccharidre hasította.

Igen kiterjedten használt élvezeti és tápláló anyag a nádcukor. *Bernard Cl.* kimutatta, hogy a valamely állat venájába oldatban befecskendezett nádcukrot a vese változatlanul választja ki, míg a béltractusba bevitt cukrot a szervezet felhasználja; e felhasználás módja, a mint azt szintén *Bernard* már kimutatta, abban áll, hogy a *vékonybél nedve* a nádcukrot *invertálja*, vízfelvétel mellett *szőlőcukorrá* és *gyümölcszukorrá* hasítja. *A vékonybél nedve tehát invertaset tartalmaz.*

A felszívott szénhidrátok első sorban a májban, azután pedig az izmokban, fehér vérsejtekben raktározódnak le glycogen alakjában. A májsejtekben a glycogen a szükség arányában szőlőcukorrá lesz s mint ilyen a vérnedvben oldva hagyja el a májat. Vajon mi viszi a máj glycogenjét ez oldatba át? A felett még ma is eltérők a nézetek. A vizsgálók egy része ezt a májsejtek protoplasmájának, míg mások jelenlevő diastasenak tulajdonítják. *Cavazzani*² a plexus coeliacus, mások az átmetszett n. vagus környi csomójának izgatására a cukorképződést fokozódva találták a májban, a májsejtek egyúttal az idegek izgatására megkisebbedtek s nem oly kerekdedek lettek, mint milyenek a nem izgatott máj sejtei. *Bernard Cl.*-nak és másoknak is sikerült a májból diastatikus enzymet előállítani, míg mások az enzymet a májból nem tudták nyerni. *Seegen* és *Kratschmer*³, *Plösz* és *Tiegel*⁴ a vérsejtekhez kötve találtak cukorkészítő erjesztőt s ennek vélik a máj diastatikus erjesztését tulajdoníthatni. Minthogy az epében gyakran találtak ilyen erjesztőt, azt következtetik (*Kaufmann*), hogy a májsejtek diastaset készítenek. *Pavy*⁵ a ki a máj ez irányú működésével újabban behatóbban foglalkozott, a *diastase* jelenlétét a májban kétségkívül tette. A glycogen a májban 1% fluor-natrium jelenléte mellett is (*Bial*) cukorrá változik át. A fluor-natrium ily concentratióban a sejt életképességét szünteti meg s így méltán következtethető, hogy a glycogen átváltozását a *diastase* okozza, annál is inkább, minthogy forralt máj glycogenje nem változik át cukorrá; a forralás a *diastase* hatóképességét megszünteti. Épen úgy, mint a májban, találtak diastatikus erjesztőt (*Nause*) az izmokban és fehérvérsejtekben is.

A *diastase* hatás beállta, élénksége, több feltételhez van kötve. Mindannyi enzym igen érzékeny a hőmérsék iránt. Az optimum a *diastase* hatását illetőleg 40—50 °C között van és megszűnik 80 °C-on, valamint ezen túl. Kevés só jelenléte általában fokozza a diastasisos erjesztést, így 0.24% konyhasó, 0.3% calciumphosphat; a konyhasó a diastasisos erjesztést kétszeresére fokozni képes. Kevés sav, pl. 0.05% sósav jelenléte is előnyös, ellenben 0.25% sósav már tetemesen csökkenti az emésztő hatást (*Chittenden* és *Ely*).⁶ Ugyane vizsgálók előnyösnek találták a pepton jelenlétét a *diastase* erjesztésére. Igen nevezetes észlelet az, mely mindannyi erjesztő hatását illetőleg tapasztalható és mely szerint a cukorképződés előhaladásával csökken az erjesztés, a cukorképződés mind csekélyebb lesz, végre megszűnik. Ennek oka azonban nem az enzym elhasználása, ez az erjesztés tartama alatt nem fogy; mert ha az emésztetet dialysisnek teszszük ki, melyre

¹ *Musculus* és *Gruber*. Ein Beitrag zur Chemie der Stärke. Zeitschrift f. physiol. Chemie. 2. k. 177. l. 1878.

² *Röhm*. Berichte d. deutsch. chemischen Gesellschaft. 27. k. 3251. l. 1894.

³ *Hamburger*. Pflüger-féle Archiv f. d. g. Physiologie. 60. k. 543. l. 1895.

¹ *Röhm* és *Lappe*. Bericht d. deutsch. chemischen Gesellschaft 28. k. 2506. l. 1895.

² Archives Italienn. d. Biologie. 28. k. 91. l. 1898.

³ Pflüger-féle Archiv f. d. g. Physiologie. 14. k. 593. l. 1877.

⁴ Ugyanott. 6. k. 249. l. 7. k. 391. l. 1872—1873.

⁵ *Pavy*. Journal of Physiology. II. k. 391. l. 1898.

⁶ *Chittenden* és *Ely*. Ugyanott. III. k. 327. l. 1880.

a cukor igen alkalmas, a diastase ellenben nem, akkor az emésztés igen élénken újból megindul, még ha előbb már egészen meg is szűnt volna. Az emésztés csökkenésének sőt megszűnésének egyedüli oka tehát maga a képződött cukor.

Mellékesen jegyzem meg, mert orvosilag érdekes tudni, hogy a ki retket, hagymát, foghagymát eszik, annak lehelete többé-kevésbé azért kénhydrogenszagú, mivel a szájnál diastaseja az amaz anyagokban foglalt kénartalmú olajakat is bontja s kénhydrogent szabadít fel belőlük. Ez a szag tehát nem a gyomorból jön, a kénhydrogen mindenekelőtt a szájból képződik. Retek pépe szájnálal összekeverve, néhány másodperc vagy perc alatt terjeszti a kénhydrogen szagát; ugyanógy mint a nyál hat a diastase is, ellenben nem a gyomornedv vagy pepsinoldatok.

A mennyiben a diastatikus erjesztő a szájnálban, pancreasban és vékonybelekben előfordul, annyiban mint a megfelelő mirigyek váladéka jut el oda. A mirigysejtekben pedig fehérjékből lesz a dyastasenak — ptyalinnek — az előstadiuma, a *ptyalino-gen*. Ezt a ptyalinogent a mirigyből elő is lehet állítani. Midőn tudniillik valamely mirigyből minden benne foglalt ptyalint kivontunk, akkor abból chloroformvízzel ptyalinogen még kivonható és ha azt igen híg ecetsavval kezeljük, majd közömbösítjük, jól emésztő ptyalin lesz belőle. A ptyalinogen átváltozását ptyalinná a levegőben foglalt bizonyos, eddigelé közelebből még ismeretlen bakteriumok is okozzák, a mint ez *Goldscheider*¹ következő kísérletéből kitűnik. A lónak a levegő távoltartásával steril edényben felfogott parotis nyála steril keményítőpépre nem hat, míg ugyanaz a nyál, ha előzetesen levegővel összeráztuk, kitűnően emészt a keményítőt, valamint akkor is jól emészt, midőn a nyálból alkohollal kiválasztott ptyalinogent szűrőpapíron gyűjtve vízben újból feloldjuk. A levegőben tehát valamely bakteriumnak kell lenni, mely itt a ptyalinogennek ptyalinná átváltozására az impulzust megadja.

A nyálból vagy összeapított mirigyekből a diastaset vizes glicerinnel ki lehet vonni (*Wittich*) vagy *Cohnheim*² szerint úgy is előállítják, hogy a nyálhoz vagy a mirigy vízkivonatához kevés phosphorsavat és az alkalikus reactio beálltaig mésvizet adnak. A képződő calciumphosphat fehérjével együtt a hozzá-tapadó ptyalint magával ragadja. Az üledékből a ptyalin vízzel kivonható. Alkohollal kiválasztás és kénsav felett megszáritás után vízben igen könnyen oldódik fel. Száritva fehér, alaktalan port alkot, mely jól emészt, a fehérjék színreactioit nem adja. Igen jó *Krawkow*³ eljárása is a diastase előállítására. A vízzel hígított nyálát telítjük ammoniumsulfattal, mire a fehérje és ptyalin kiválik. Ezt az üledéket szűrőpapíron gyűjtjük, alkohollal jól ki-mossuk s ebben hagyjuk több napon keresztül állani. Száritás után a vizes kivonat fehérjét már nem tartalmaz, mert ezt az alkohol megalkasztotta, de igen jól emészt a keményítőpépet. A ptyalin — diastase — tehát nem fehérje, hanem a mirigyekben fehérjéből képződött nitrogéntartalmú vegyület.

A pancreas amylolyzises erjesztőjét is többféleképpen kísérlették meg előállítani. Az imént leírt eljárások szerint nem nyerhető tisztán, mivel ilyenkor a pancreas többi enzimjével keverten kapjuk. *Dastre* úgy tapasztalta, hogy friss pancreas vízkivonatából 0.7% konyhasó hozzáadása után amaz enzim egymagában válik ki. *Danilewsky* collodium felhasználásával bonyolódott eljárást követetett a pancreas diastasejának a többi erjesztőtől elkülönítésére. *Paschutin* szerint savanyu arsensavas kalium kizárólag a diastaset vonja ki a mirigyből. De *Danilewsky* és *Paschutin* eljárásai régiek, szükséges volna ezeket a mai methodusokkal újból vizsgálatnak alávetni.

A ptyalin képződése a mirigyekben feltűnő morphologiai változással jár. E változás folytán görcsői metszeteken azonnal felismerhető, vajjon a mirigy kivétele előtt pihent vagy erősen elválasztó állapotban volt-e. *Heidenhain*-nak ez irányban tett tanulmányai korszakalkotók voltak a physiologiában, épen úgy,

mint *Ludwig*-nak a nyálmirigyek beidegzését és az elválasztás függését e beidegzéstől illetőleg tett classikus búvárlatai. Ezek tárgyalásába azonban jelenleg nem bocsátkozhatom, mivel mindez nagyon is elvezetne mai előadásom közelebbi tárgyától.

(Folytatása következik)

Közlemény a szt. István-kórház VI. orvosi osztályáról.

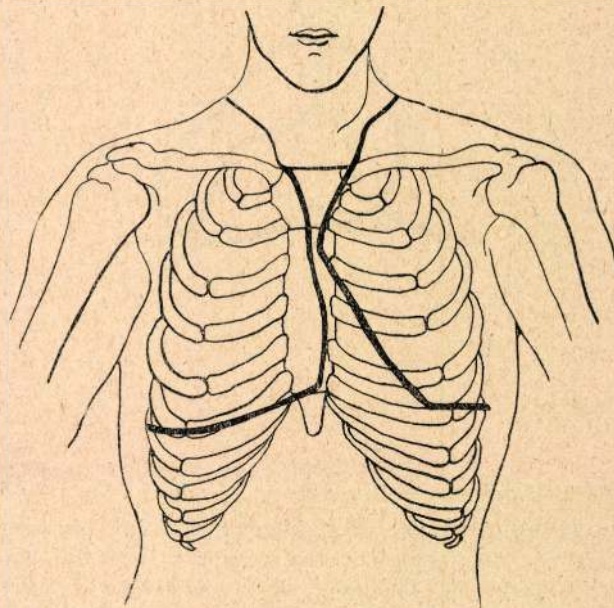
Az auscultatiós percussioról.

Korányi Sándor dr.-tól.

(Vége.)

A pleuraizmadmányok legfontosabb sajátága a transsonantia szempontjából, hogy a tüdőtől különálló transsonáló területet képeznek, míg a légtelen tüdő tompulata a tüdő transsonantiás projectiojának részét képezi.

Középnagy pleuraizmadmánynál a lelet a következő (3. ábra).¹ A stethoskopot a gerincoszloptól nem messze, az abszolút



2. ábra

tompulat területében helyezük el, azután lefelé kopogtatunk, a kopogtató ujját a stethoskoppal 4—5 cm.-nyire követve. Ilyen vizsgálatnál a csengés átmenet nélküli megszűnése mindig a bordaívénél található. Ezen legfeljebb az változtathatna, ha a pleura-rést összenövések zárták volna el. Eddig azonban ilyen esetre nem akadtam. Az izzadmány alsó határát tovább követve, az a bordaívvel esik össze vagy csak kevéssel felette található, a gerincoszloptól mellfelé egész addig, a míg az izzadmány mellfelé terjed. Így meghatározhatjuk annak alsó határát a máj felett is. Hogy ez milyen nagy előny az eddigi vizsgálómódokkal szemben, arról szólni felesleges.

Az izzadmány hátsó medialis határa valamivel tömegesebb izzadmánynál igen érdekes lefutást mutat. A mint az régen ismeretes, a kopogtatási hang auscultatiojakor is meggyőződünk róla, hogy a mediastinum a kisebb nyomás alatt álló ép mellkas felé tér ki. Átlépi a gerincoszlopot annál nagyobb mértékben, minél lejjebb vizsgáljuk, körülbelül a 10. hátsóigolya magasságáig, itt ivalakban közeledik ismét a gerincoszlophoz, azt a 12. borda táján éri el, innét az exsudatum alsó határába folytatódva. Ha ennek meghatározása után kikeressük az ép oldalon a tüdő alsó határát úgy azt találjuk, hogy az két-három ujjnyival áll magasabbban, mint az exsudatumé.

Az exsudatum felső határának az auscultatiós percussioval való meghatározása kevésbé fontos. Ez nagyjában ugyanazt az

¹ Az ábrák tévedésből kicseréltettek. Az idetartozó ábra a múlt számban közöltetett.

¹ Zeitschrift f. physiol. Chemie. 10. k. 1886.

² *Cohnheim*. Virchow-féle Archiv f. path. Anatomie stb. 28. k. 241. l. 1865.

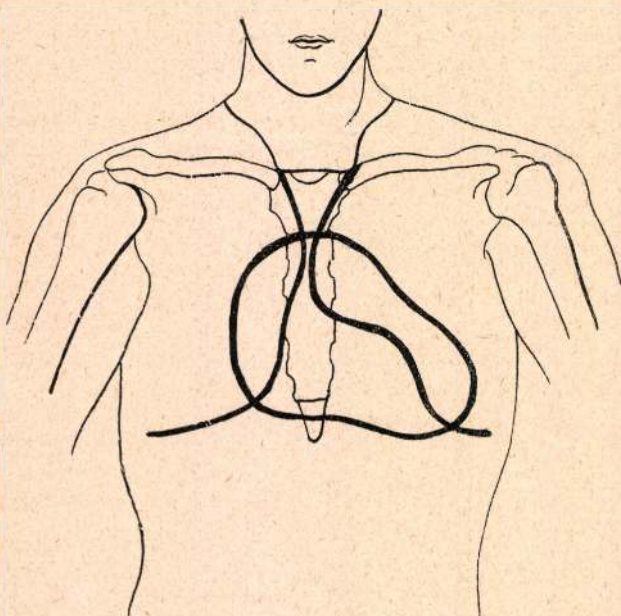
³ *Krawkow*. Berichte d. deutsch. chem. Gesellschaft. 1887. évf. 735. l.

eredményt adja, mint a közönséges kopogtatás, azzal a különbséggel, hogy a tompulatnak csak azon részét foglalja be az exsudatum projectiojába, a mely tényleg az exsudatumnak felel meg, míg a nyomása alatt légtelenné vált tüdő rész tompulata a transsonantiás projection kívül esik.

Az exsudatum és légtelen tüdő megkülönböztető kórjelzésének klasszikus jeleihez tehát a következőket csatolhatom:

1. A légtelen tüdő a tüdő ép részével összefüggő transsonáló területnek bizonyul az auscultatiós percussiónál, míg az exsudatum ettől élesen különvlik.

2. A pneumoniás tüdő alsó határának állása normális, vagy közel normális. Az exsudatum transsonantiás projectioja ellenben a pleurális fenekének legmélyebb pontjáig terjed.



4. ábra.

Pneumóniánál ezek után könnyű a kísérő kis exsudatum kimutatása is. Ha ez jelen van, akkor a tüdő alsó határánál valamivel magasabban elhelyezett, akár közönséges kemény stethoskopon hallgatva a kopogtatási hangot, csengő hangot kapunk a bordáig. Ha exsudatum nincs, vagy nagyon kicsiny, a csengő hang mintegy két ujjnyival magasabban szűnik meg. A helyes összehasonlítási alapot az ép tüdő alsó határának állása szolgáltatja.

Kevésbé fontos gyakorlati szempontból, hogy pleura exsudatumnál az exsudatum felső határa felett elhelyezett stethoskop-pal lefelé kopogtatva, a csengés megszűnéséből megközelítő pontossággal meghatározhatjuk azt, hogy az összenyomott tüdő mily mélyen nyomul bele az exsudatum tömegébe.

Pleuraexsudatum fennállásakor fontossága lehet annak, hogy a tüdők medialis szélei hogyan viselkednek. Friss exsudatum a nyomási viszonyokat úgy módosítja, hogy az alólól összenyomott tüdő fent tágul és a medialis széle átlépi a középvonalat, míg az ép oldalon normális negatív nyomás alatt álló tüdeje megfelelőleg retrahálódik. Ha az exsudatummal környezett tüdő zsugorodni kezd, ez a viszony megváltozik és a tüdő mellső szélein a zsugorodásnak már ismert jellei láthatók. Természetes, hogy ez akkor, mikor az exsudatum tömege még elég nagy, kedvezőtlen jel, a mennyiben a tüdő tágulékonyosságának jelentékeny kisebbedését árulja el.

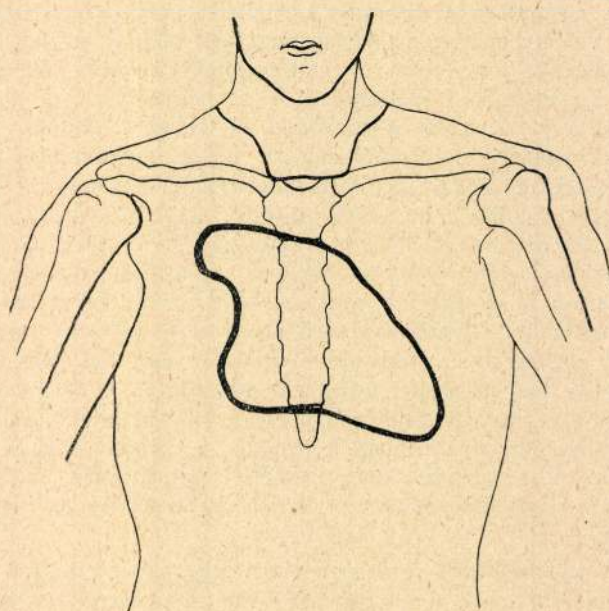
Az auscultatiós percussio a szívbetegségek vizsgálatánál kétségtelen fontossággal bír. Egyik Hochhalt és mások által hangoztatott előnye, hogy emphysemánál sokkal függetlenebb eredményeket szolgáltat a tüdő állapotától, mint a percussio bármely más módja. Ezt én is constalálhatom. Nem hagyhatom azonban említés nélkül, hogy egy olyan esetre akadtam, a hol a tüdőhatárok igen nagy tágulata a szívet teljesen fedte és nem lévén a szívnek kimutatható fedetlen darabja, a mely fölé a stethoskop helyezhető lett volna, szívprojectiot képtelen voltam kapni. Ez azonban bizonyára ritka eset lesz, és emphysemánál

a szív nagyságáról az auscultatiós percussio rendesen kielégítő pontossággal tájékoztat.

Igen fontos a szív vizsgálatánál a transsonantia módszere, ha a szív pleuraexsudatummal, vagy más tompulattal érintkezik.

Pleuraexsudatum tompulatával összefüggő szívtompulat esetében az exsudatumra helyezett stethoskop mellett megtudjuk, mennyire terjed az a része az exsudatumnak, a mely a szívet a mellkasfaltól elválasztja. Ha azután a stethoskopot a szív fedetlen részére tesszük, a kopogtatás felvilágosítást nyújt arról, hogy a szív projectioja és a két projectionnak közös területe mekkora. Hasonló módon lehet megkapni a szívprojectio ama részét, a melyet pneumoniás tompulat fed.

A szívburok exsudatumánál, a melyet egyszer pleuraexsu-



5. ábra.

datum kíséretében észleltem, sikerült a mellkas mellső felületét nagy részben fedő tompulatot a következő részekre bontanom:

A tüdőhatárok kikeresésénél kitűnt, hogy bár a medialis határok szokatlan nagy darabon hagyták fedetlenül a szívburokot, azok jelentékenyen belenyomultak a tompulat területébe, és a tompa kopogtatási hang tanúsága szerint a nyomás hatása alatt légtelenné váltak. A tüdők medialis szélei által szabadon hagyott területre helyezve a stethoskopot, majdnem félkör alakú szívburok-projectiot kaptam, melyből a mellkasi tompulat felső része kimaradt. Ez tehát már nem tartozott a szívburokhoz, hanem comprimált tüdőnek kellett tartani. Előrehajlott helyzetben vizsgálva a beteget, a stethoskopot a sternum bal szélénél alsó része mellé helyezve, a szívburok projectioján belül egy kisebb, tojásdad, jól határolt projectiot kaptam, a mely nagyságánál fogva valószínűleg a kitágított szívburok belül a szívnek felelt meg. Ezeken kívül szintén a mellkasi tompulat területéből ki lehetett keresni a máj- és gyomorprojectionak megfelelő darabot.

Ez a messzemenő analysise a közönséges kopogtatásnál egy-ségesnek mutató tompulatnak minden más vizsgáló eljárásunk alkalmazásával sem volna lehető. Eredményeinek helyességéről igen meggyőző képet nyújtott az imént említett beteg, a nála fennállott nagy jobboldali pleuraizsadmány lebecsátása után. Az összes projectiós határok a megváltozott nyomási viszonyoknak megfelelő átalakulást mutattak. Azután megindult a diuresis és igen nagy praecisioval követhettük a szívburok kisebbedését, az atelektasiás tüdő felszabadulását, a medialis tüdőszélek fokozatos közeledését stb.

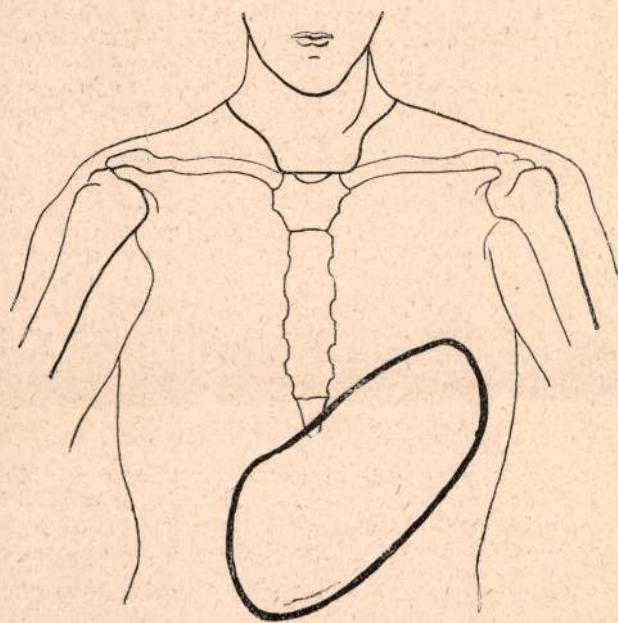
A szív saját betegségeinek transsonantiás tüneteire vonatkozólag a következő eredményre jutottam.

A tüdők medialis határai által szabadon hagyott terület az abszolút szívtompulattal hasonló diagnostikai jelentőséggel bír. A szív megnagyobbodása általában azzal az eredménnyel jár, hogy a medialis tüdőszélek egymástól eltávolodnak és a szív fedetlen

része megnagyobbodik. Bár ezen tény constatálásának az auscultatiós percussio segítségével határozottabb értelme van, mint az absolut szívtompulatnak, már azért is, mert az utóbbinak jobb határa a bal szegyszél, gyakorlati jelentőség dolgában a szív állapotának megítélésénél nem nyújt jelentékenyen többet, mint az egyszerűbben és gyorsabban meghatározható kis tompulat.

A szív projectiojának transsonantiás vizsgálata már sokkal fontosabb. Bal szív megnagyobbodásánál rendszeren minden irányban nagyobb mutatkozik, de megnagyobbodása különösen balra terjed (1. 4. ábra). E mellett alakja is megváltozik. Legfeljebb az alakváltozás a szívesűcs táján, a melynek a projectioja aránytalanul megnő. Míg az ép szív projectiojának baloldali határa szabályos ívalakban vonul a sternumtól le- és kifelé a szívesűcshez, addig a bal gyomrocs megnagyobbodásánál ez az ív jóval a szívesűcs felett úgy néz ki, mintha két nem összevaló darabból állana. Az alsó darab, a mely a szívesűcsot körülveszi, a projectiot olyanná teszi, mintha egy rendes alakú projectio szívesűcsi végéhez egy félhold alakú területet illesztenénk.

A bal szív igen nagy megnagyobbodásánál a projectio alakja még tovább változik. Az bal felé elnyul, néha a középső hónaljvonalig, jóval elhagyva a szívesűcs külső határát.



6. ábra.

Ennek a ténynek magyarázata egyszerű. Ha a szív nem sokkal nagyobb a rendesnél, akkor projectioja a mellkas azon darabjára esik, a melynek görbületei még elhanyagolhatók. Igen kihelyezett és közepes szívesűcs azonban a bal mellkasfél oldalsó, erősen domború része alá jut. Itt már a projectio nem síkra történik, hanem olyan lapra, a melynek görbületei sugara csak kevéssé különbözik a szívesűcs domborulatának sugarától. Ebből következik, hogy a mellkasfal és a szívesűcs felülete közt a távolság akkor sem nő nagyra, ha a kopogtató ujj a tapintható szívesűcslökés határát elhagyta és elérhető marad azon rezgések számára, a melyeket a kopogtatás kelt.

A jobb szív megnagyobbodásánál a projectio jobb határa mutatja a legnagyobb eltérést, míg a csücs táján a projectio alakja rendes.

A szív betegségeinél tett észleleteim tárgyalását egy *aorta aneurysmában* szenvedő beteg felemlítésével zárom (5. ábra). Az, a mi nála figyelemre méltó, abból áll, hogy az *aneurysma* a szívvel közös transsonáló területet képezett. Az aneurysma felett elhelyezett stethoskopon át hallgatva csengő kopogtatási hangot adott a szív és viszont.

Ebből az esetből messzemenő következtetést vonni nem lehet. Ha azonban az *aorta aneurysma* általánosan kimutatható sajátosságának bizonyulna az, hogy projectiojuk az auscultatiós percussionál összefüggőnek mutatkozik, akkor nem volna lehetetlen,

hogy a mediastinum daganatainak differentialis diagnosisánál ez bizonyos fokig értékkel bírna. Erre vonatkozólag egyelőre tapasztalataim nincsenek.

A gyomor alak-, helyzet- és nagyságváltozásai az auscultatiós percussio eredményeiben igen élesen jutnak kifejezésre. A gyomor tágulata a *curvatura major*, ptosis a *curvatura minor* leszállásából ismerhető fel. Ezenkívül ptosissal találkoztam olyan esettel is, a melyben a pylorus rész annyira lesüllyedt, hogy a máj projectiojának alsó határát alig lépte át. (6. ábra.)

Az elmondottak magukban foglalják vizsgálataim fontosabb eredményeit.

Áttekintve mindazt, a mit az auscultatiós percussio kipróbálásánál tapasztaltam, ama meggyőződésre jutunk, hogy az physikai diagnostikánk értékes kiegészítését képezi. Klinikai jelentőségét az adja meg, hogy egyes hiányai dacára a létező legjobb módszere a szervek topographiás vizsgálatának. Ha ez a tulajdonsága klinikai alkalmazásának tág teret biztosít is, a gyakorló orvos méltán kérdezheti, milyen gyakorlati haszon kárpótolja azért a fáradságot és időért, a melyet az új módszer alkalmazásának megtanulására és gyakorlására fordítani kell. Erre a kérdésre objectiv válasz csak az lehet, hogy a mindennapi szükségletet a gyakorlatban az eddigi physikai vizsgáló eljárások többnyire kielégítik, vannak azonban egyes dolgok, a melynek pl. a kis vagy a pneumoniát komplikáló pleuraizmadmányok kimutatása, a szív vizsgálata emphysemánál, a tüdő zsugorodásának pontosabb kimutatása pleuraizmadmány mellett, a gyomor alak-, helyzet és nagyságváltozásainak kényelmes kimutatása, több részről álló tompulatok elemzése — ezekhez talán még a máj zsugorodásának korai felismerhetősége lesz csatolható bal lebenyének projectioja alapján —, a melyek szempontjából az auscultatiós percussio megérdemli, hogy vele a gyakorlatban is foglalkozzunk.

Közlemény a székes fővárosi szent István-kórház bőrbeteg és bujakóros osztályáról. (Főorvos: Róna Sámuel tanár.)

Az eczema-kérdéshez.

Csillag Jakab dr.-tól.

(Folytatás.)

A 10 eset közül tehát mind a 10-ben fellépett a reactio az ingernek a bőrrel direkt érintkezése helyén, érteve ez alatt mindkét kezét, mert az éppel alkalmazza a beteg kezére az arnicát, de csak 1-nél maradt az inger direkt alkalmazása helyére localizálva a reactio; 9 esetben az arczon is fellépett reactio, azon területen, mely ruhával fedve és védve nincs, a melyre az ott igen gyakran manipuláló kéz a legkönnyebben átvihette az arnicát, vagy juthatott a levegő útján oda; 6 esetben a tarkón és a mell és hát felső részén, a mely helyek már részben ruhával védve vannak, de melyekre per continuitatem az arczról és nyakról az inger és reactio bizonyos távolságig tovább terjedhet, csak 3 esetben a nemi szerveken, melyek már ruhával védve vannak ugyan, de melyeknél az arnica kéz időközönként mégis kell, hogy manipuláljon; a hova az arnica a legkevésbé juthatott, tehát a hason, köthetőség táján, alszárokon csak 1—1 esetben lépett fel a reactio.

1 esetben a sérülés a bal térdkalácson volt, a reactio az alkalmazott arnicára csak a bal alsó végtagon és az arczon jelentkezett. Ez esetben, ha a reflex-theoriát alkalmaznánk, akkor a reflex-reactionnak első sorban a jobb alsó végtagon kellett volna fellépni inkább, mint az arczon, de a symmetrikus fellépés eszerbentartásával — és mert a ruházat védte a másik alsó végtagot a reflex-hatás ellen — ennek eikerülésével a csupaszon fekvő és védtelen arczon lépett fel.

Végül 1 esetben a jobb kézen és arczon volt a sérülés, a reactio is csak e helyeken lépett fel.

Levonva ezen esetekből a tanulságot, az a következő:

Az arnica-tinctura kellő elővigyázat nélkül, hozzá nem értők által alkalmazva tényleg előidézi reactiot nemcsak az alkalmazás

helyén, hanem ettől ép bőrreszek által elválasztott távoleső helyeken is, és látszólag olyan helyeken, hova az *arnica-tinctura* nem jutott. Ezen távoleső helyeken fellépő reakciók gyakorisága azonban oly sorrendet tüntet fel a fellépés helyeit illetőleg, a mely inkább az *arnica-tinctura* kívülről való odajutásának felvételét teszi szükségessé, mint a reactionnak reflectorikus úton való létrejöttét.

Ennyit szolgáltat érvel a klinikai tapasztalat a secundaer (reflex) eczemának a primaer eczemával való azonos természetű, tehát kívülről ható inger következtében való keletkezése mellett és a reflextheoria ellen.

De nem szükséges, hogy ezen érvel feltétlenül bizonyíték gyanánt fogadják el a reflextheoria ellen ezen theoria hívei.

Feltétlenül bizonyítók azonban azon kísérletek, melyeket ez irányban végeztem.

Eddig ugyanis azt láttuk, hogy szabadon bánva az *arnica-tinctura*-val, ez az alkalmazás helyétől távol eső helyeken is az eredeti alkalmazás helyén keletkezett hasonló, ú. n. reflexelváltozásokat képes előidézni; lássuk már most, miként viselkedik ezen szer azon esetben, ha az alkalmazás helyén elzárjuk lehetőleg teljesen, légmentesen, úgy hogy az alkalmazás helyén kívül a kísérleti egyén bőre érintkezésbe nem jöhet vele.

Kísérleti egyénekül részben eczemában nem szenvedettek, részint volt eczemások, részint még eczemában szenvedők szolgáltak.

A kísérlet keresztülvitele oly módon történt, hogy a meghatározott, makroszkopice egészséges bőrterületre *arnica-tinctura*-ba áztatott négyszög alakú lintet vagy többretegű gaze-t alkalmaztam, ezt befedtem egy nagyobb, ugyancsak négyszög alakú guttaperchalemezzel és ennek széleit zinctapaszesíkokkal teljesen lezártam. Az egész fölét vattakötést alkalmaztam.

A kötést 24 óránként újítottam meg, minden alkalommal újjalag beáztattam a négyszögű gaze- és lintdarabkákat és folytattam ezt addig, míg a kívánt reactio be nem állt, a mi — itt mellékesen jegyzem meg — nem mindig következett be.

Az esetek, melyeknél a reactio bekövetkezett, a következők:

1. P. A. 46 éves cseléd, 1901. július 8-dikán jött a szt. István-kórház bőrbeteg-osztályára egy eczematiform dermatitissal az egész köztakarón. A kiütéstől csak az arez, hát és mell felső része, tenyerek és talpak voltak mentesek. A kiütést egy tallérnyi *ulcus cruris*-ra alkalmazott sárga kenőcsös kötésre lehetett visszavezetni, mely vagy jodoform-vaselin, vagy valamely más vaselines kenőcs volt és melyet július 2-dikán applikáltak az *ulcus cruris*-ra egyik kórházi osztályon.

Július 18-dikára a kiütés legnagyobb része visszafejlődött, ekkor a jobb alszár alsó harmada belfelületére, ép területre a fent leírt módon *arnica-tinctura*-s kötést alkalmaztam.

Július 19-dikén az *arnicás gaze-zel* fedett kis □ alakú terület *hyperaemiás*, mérsékelten infiltrált, felülete diffuse fedett gombostüfejkölesnyi papulákkal és papulo-vesiculákkal. A kötés által fedett terület többi részén elváltozás nincs. Új kötés.

Július 20-dikán. Vatta-kötés alatt elváltozás nincs. Zinctapaszesíkok alatt 1—2 göcs; guttapercha alatt (a gaze és zinctapas között) gyéren göcsök, a gaze alatt □ alakban a bőr *hyperaemiás*, erősen infiltrált és felülete egész kölesnyi göcsök, vesiculák conglomeratumából áll. Helyenként a vesiculák felpattanván, kistökű nedvezés látható.

Az *arnicás gaze-t* eltávolítottam, helyét aetherrel letisztítottam és a guttapercha lap alá steril gaze-t tettem; különben a kötés épen olyan maradt, mint az előző két napon.

Július 21-dikén. Vatta két helyen átnedvesedett, alatta a zinctapas külső szélén egy helyen két kölesnyi göcs; a guttapercha és zinctapas leemelése után a gaze-t teljesen átnedvesedettnek találtam; a papulo-vesiculo-madidans terület ma is □ alakú, csak valamivel kiterjedtebb, de a guttapercha lap széleit nem közelíti meg; körülötte a zinctapas külső széle határáig mérsékelt számban gombostüfejkölesnyi göcsök. A folyamat intenzitása általában nem fokozódott. Kötés mint előző napon.

Július 22-dikén. Vattakötés alatt elváltozás nincs. Guttapercha és zinctapas alatt elszórtan göcsök és vitziszta hólyagcsák; a □ alakú terület halvány cyanotikus vörös, göcsök, hólyagcsák felületéről eltűntek, az egész felület vörhenyes savót elválasztó; a fedő gaze is ilyenlél bőven impregnált.

Az egész területet zinctapas és linterrel fedtem be és e fölét vattakötést alkalmaztam.

Július 23-dikán a vattakötés alatt elváltozás nincs; a zinctapas linter alatti területnek guttaperchéval és zinctapaszal fedve volt része elég sűrűn fedett gombostüfejnyi göcsökkel és hólyagcsákkal, mérsékelten

hyperaemiás alapon; az *arnicás gaze-zel* fedve volt területen a macerált epidermis könnyen leválk és alatta majdnem szabadon fekszik sötétvörös színnel a *corium*.

A zinctapas képezte határt az egész folyamat betartja úgy, hogy egy nagyobb □-ben van az *arnica-linter* fedve volt kisebb és már elmosódó határ □.

Július 24-dikén a kiütés nem fokozódott, nem terjedt tovább, sőt a zinctapas alatt visszafejlődben van.

Július 26-dikán a folyamat gyógyulásban van; tovaterjedésnek nyoma nincs.

Július 28-dikán a gyógyulás tart, a □ alak jól kivehető.

Augusztus 1-jén a kiütés helyén □ alakú, barnászörös színű, kissé hámlo terület látható, szélein a visszafejlődött göcsök nyomaival.

Augusztus 9-dikén távozik beteg az osztályról, midőn csak halványbarnás színű, □ alakú terület jelzi a kiütés helyét.

Betegnél a kísérlet kezdetén az eredeti dermatitisből még megvolt kistökű bőrelváltozások e közben teljesen visszafejlődtek, *recidiva* nem lépett fel, sem valamely újabb más természetű dermatitis.

2. W. R. 19 éves házilány, évek óta szenved a köztakaró különböző helyein *recidiváló*, ismeretlen okú, úgynevezett „spontan” eczemában. 1901. június 13-dika óta van újjalag az osztályon, mely alkalommal a hajzatos fejbőrön, jobb hónaljban, jobb emlő alatt, a farsont alatt a farvágányban vannak kifejezetten nedvező eczemas tenyérnyi területek, elszórtan a törzsön és felső végtagokon kölesnyi *hyperaemiás* göcsök láthatók.

Június 18-dikán a bal csomb alsó harmada belfelületére, teljesen eczema mentes területre az ismertetett methodus szerint *arnica-tinctura*-s kötést alkalmaztam.

Június 19-dikén a zinctapas határain kívül, továbbá a zinctapas alatt elváltozás nincs; az *arnicás linter* fedett területen a bőr *hyperaemiás*, oedemás, diffuse elszórt göcsökkel fedett; a csak guttaperchéval fedett — zinctapas és *arnicás linter* közötti — terület egyenletesen, elég sűrűn fedett egész kölesnyi *hyperaemiás* göcsökkel, melyek a folliculusoknak látszanak megfelelni.

A kötést eltávolítottam, az egész területet aetherrel letisztítottam és szabadon hagytam.

Június 20-dikán az oedema közepén nagyrészt visszafejlődött, különben a zinctapas határait betartva, a folyamat nem változott.

Június 21-dikén a folyamat az eczema papulo-vesiculosumnak körülbelül tipikus képét adja.

A mai naptól zincoxyd-vaselinnel kezeli maga a beteg e területet is, melyen az elváltozások tovább nem fejlődtek és a zinctapas határait mindvégig betartva, körülbelül egy hét alatt teljesen visszafejlődnek egy négyszög alakú halványbarnás színeződés visszahagyásával.

Ezen közben sem az eredeti eczema nem rosszabbodott, sem újabb eczemas területek nem képződtek, a túlsó csomb megfelelő részén sem lépett fel valamely elváltozás.

3. B. S.-né, 50 éves cseléd, marólgággal való dolgozás következtében 5 hó előtt először fellépett és azóta fennálló, mindkét felső végtagján a felkar középső harmadáig terjedő kifejezett eczemával kereste fel 1901. július 20-dikán az osztályt, köztakarója többi részén csak ruhatetvek okozta vakarási csíkok láthatók.

Július 26-dikán *arnica-tinctura*-s kötés a jobb alszár alsó harmada belfelületére.

Július 27-dikén csak mérsékelt viszketés.

Július 28-dikán erősebb viszketés és az *arnica-gaze* helyén igen felületes, gombostüfejkölesnyi, vékonyfalú, vitziszta hólyagcsák. Göcsök nem láthatók.

Július 29-dikén viszketés csökkent; hólyagcsák helyén ma kölesnyi kerekded, *hyperaemiás* területek a bőrtüszőknek megfelelőleg.

Július 30-dikán viszketés megszűnt, az epidermis félig felfemacerált, különben más elváltozás nincs.

Július 31-dikén, augusztus 1-jén és 2-dikán status idem, mire a kötést eltávolítottam, az egész területet aetherrel letisztítottam és fedetlenül hagytam.

Augusztus 7-dikén, tehát az *arnicával* fedve volt terület fedetlenül hagyásának 5-dik napján a viszketés e helyen újjalag fellépett, folyton fokozódott, tegnap estig a maximumig emelkedett. Ma reggelre a bőr az *arnicás gaze* helyének megfelelő négyszög alakú területen erythemás és felette 2 babnyi halványsárgás savóval telt hólyag.

Augusztus 8-dikán status idem; befedés zincoxyd-linterrel.

Augusztus 10-dikén a guttapercha terjedelmének megfelelő egész négyszög alakú terület *hyperaemiás* és elég éles határokkal infiltrált, a 2 hólyag mögyorónyi, sárgás savóval telt. Viszketés tart.

Augusztus 11-dikén a viszketés megszűnt. A négyszög alakú *hyperaemia* és infiltratio ma még kifejezettebb, elég éles határú, a hólyagok felpattanva kiürültek; kezdődő kisebb hólyagcsák láthatók a felületen. A négyszög egyik sarkánál *hyperaemiás* alapon egész gombostüfejnyi göcsök képződnek.

Augusztus 13-dikán távozott beteg az osztályról, midőn az alkalmazott zincoxyd-linter az infiltratio megecsökkent, göcsök, hólyagcsák képződése megszűnt, a meglevők eltűntek.

A kezek és alkarok eczemája visszafejlődött annyira, hogy csak kistökű infiltratio van egyes helyeken jelen. A köztakaró többi részén elváltozás nem lépett fel.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

Az Erzsébet királyné-sanatorium ismertetése.

— Építkezés és berendezés. —

(Vége.)

A főépület I. és II. emelete a földszinttel homolog beosztásúak, azzal a különbséggel, hogy ott a társalgók, rendelő, vízgyógyintézet és férfi-czipóváltó helyén is beteg-hálószoba van, a közös mosdó nagyobb: 46 fayence-medencét tartalmaz, a női czipóváltó helyén az I. emeleten kis kézi laboratorium áll, a felvételi iroda helyén pedig emeletenként egy-egy segédorvosi lakás. A betegek számára van tehát egy-egy emeleten hat, egyenként 6 ágyas, két, egyenként 5 ágyas, egy 2 ágyas és egy 1 ágyas hálószoba. Utóbbi kettőnek külön fekvőloggiát nyújthattunk. Az északi korridorról közepén kivezető rövid átjáró az emeleti fekvőfolyosókra visz, melyeken emeletenként 30 fekvőpamlag — itt Budapesten szemünk láttára készítették őket magyar munkások tiszta nádból — szolgál az egész éven át, tekintet nélkül az évszakra, folyó fekvő kúra céljaira. A fekvő folyosókon, úgy mint az alsó oszlopos tornáczon a kedélyre jótékonyan ható feliratok vannak. Madách híres szavai: „Mondottam ember, küzdj és bízva bizzál”; Vörösmarty mondása: „Nincs veszve bármi sors között, ki el nem csüggedett”; Kozma Andor ide készült szép két verssora: „Ad az Isten orvosságot bőven, napsugárban, szabad levegőben”, ékesítik a déli homlokzatot.

A főépület padlásának egy része — mint említők — ápolónői és cselédalakosokká van kiépítve, ott fenn szintén kéznél a többihez hasonló closet, mosdó- és fürdőszoba. Magában a padlásban a fűtőgép szerkezete s a melegvíz-reservoir foglal helyet. Az egész főépület alá van pincézve. A nagy, pompásan fülő, igen jól világított alagsorban egyetlen pinczélakás sincsen, hanem a fehérneműkamra, különféle raktárak foglalnak benne helyet és a gépházból magas nyomással érkező gőz útján alacsony nyomású gőzt termelő úgynevezett transformator van benne elhelyezve.

A főépülettel zárt, fűthető folyosó útján közlekedik nyugaton a nagy közös ebédlő, mely külön épületben foglal helyet; területe 193.6 m², ürtartalma 1064.8 m³. Padlója sárga asbest, piros szegélylyel, falai 1.80 m. magasságig szintén email-festésűek, az ablakok magasan vannak elhelyezve, úgy hogy szinte felső világítású az impozáns terem; esti világítását három elektromos csillár adja. E csillárok alkotása is különleges, a svájci Schatzalp-sanatoriumban megvalósítva látott alapelv után csaknem tisztán sima rézrudakból vannak összetéve. A szellőzést csapó-ablakok és kürtőszellőzők biztosítják, a fűtést csöves gőzfűtőtestek végzik. Az ebédlőt, melyben 120 szék kényelmesen helyezhető el a kettős patkó-asztal körül, a beteg egy kézmosó-helyiségen át közelíti meg; e kézmosóban fehérre festett bádorgvályú vonul körülbent a fal mentén, fölülte egymás mellett 10 hideg-meleg csap, melyeknek áramló vizével történik az étkezés előtti kézmosás. Egynehány törülközőkkel teli fogas egészíti ki a tudtommal nálunk először így megvalósított kézmosó berendezését. Az ebédlőben a belépő ajtó két oldalán Berlin belzigi sanatoriumának mintájára szalvétatartó állványok vannak a falon, jóval tökéletes-bírt berendezéssel, mint a minő az eredeti minta.

Az állvány számozott rekeszeiben ugyancsak számozott fényes fémtokok állanak, bennük teljesen elzárva tartja a beteg az ő szalvétáját. Belzigen a fémtokok helyett csak karikákat látni, melyek mellett az állvány szennyezése meg nem akadályozható. A terítékekben is van néhány különleges intézkedés: külön kis porcellán gyűjtőedények a használt fogpiszkálók, egy kiválóan infectiosus anyag számára; olyan fogpiszkáló-tartók, a melyekből csak derékon fogva lehet a fogvájót kivenni, a nélkül, hogy az ember több fécskát is megtapogathatna; kis vésőalakú csont-eszközök a mustártartóban stb. Az ebédlő falain illetően mondások: „Tisztaság az egészségi legfőbb parancsolat”, „Bábát az élet megrontója”, „Nagy cél nagy munkát is kíván”, „Minden időben bájos a szabad természet”.

Az ebédlőbe nyílik észak felől a tállóhelyiség, ebbe pedig a konyha, melynek közepén a nagy takaréktűzhely és mellette két gőzbogrács foglal helyet. Közben a külön kisebb tézsa-konyha, mosogató és az éléskamrák, meg a gazdasszonylakás.

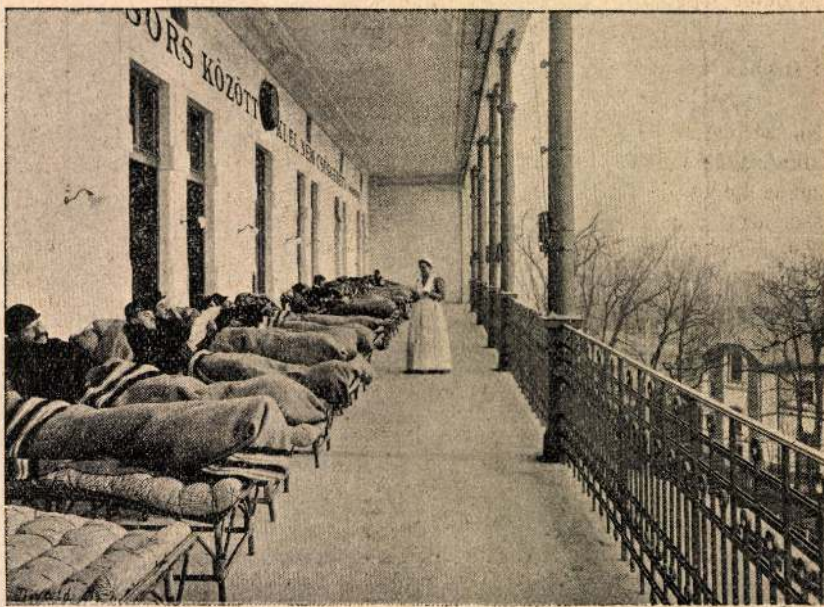
A konyhaépületnek részben kiépített I. emeletén van a vendég-orvosok két kis szobás lakása, az intézet tanulmányozására érkező kollegák elhelyezésére (ennek már is volt összevont hat héten át lakója), a másik oldalon ugyanezen tractusban cseléd-lakások.

Az alagsorban a konyha alatti pincék, nagy fűspincze, burgonyaraktár, borpincze stb., egy cementmedencével felszerelt tejhűtőpincze s az alagsor egy távoli zugában egy kis sonterrán-helyiség, melyben már elkezdődött a champignon-gomba házi tenyésztését.

Az ebédlő déli homlokzata előtt fent a körülbelül 50 m. hosszú földszinti fekvőfolyosó, tejüvegfallal két felé osztva a férfi- és nőbetegek számára. Falán Arany János gyönyörű sorai: „Övéit el nem hagyja, ki mindnyájunk édes atyja”.

A mosó és gépház oldalt, a telek keleti szélé felé van elhelyezve úgy, hogy a főépülettől egy facsoport is elkülöníti. Csinos, részben emeletes épület, melynek földszinti középső részében van a kazánház

és tulajdonképeni gépház, mellette kis gépész-műhely, oldalrészében pedig egyfelől a gépészlakás és tőle jó messze a hullakamra, másfelől az ágy-nemű- és ruhadesinfectio helyisége, mosókonyha, szárító és vasalóhelyiség. Az I. emeleten északon egy nagyobb laboratorium és egy izolálószoza, messze ettől, délen, a gondnok lakása van. Az alagsor az accumulator-pinczét és szénpinczét foglalja magában. A fűtőmész-tűvel ellátott kémény 35 m. magas, az egyenként 95 m² fűtőfelszínű két kazán magyar (Bánó-féle) szabadalom, a fűtésre használt szén is hozzá Tataról kerül. Az alacsony nyomású gőzfűtéshez szükséges magas nyomású gőz szállítócsöve egy kis alagúton halad fel a kazánházból a főépületbe, hogy, ha bármikor baja esnék, könnyen hozzáférhető és javítható legyen. Az elektromos világítás nem szenvedhet fennakadást, mert két dynamogép áll rendelkezésre. A Worthington-szivattyú felemeli a telkünk aljára még saját nyomásával elérkező vízvezetéki vizet a sanatorium saját vízmedencéjébe a főépület tetőgerinczének niveauja fölé, úgy hogy,



Fekvőfolyosó a főépület déli homlokzatán. (I. emelet. Január hónap.)



Ebédlőépület (a főépülettel zárt folyosós összeköttetésben), alatta fedett sétáló és fekvőtornác.

mint jeleztük, tűzbiztonságunk is van, dussaink pedig kitűnő nyomással bírnak.

Kiegészíti még a telep épületeit az igazgató főorvos lakása, egy külön kis házban, mely a főépülettel szemben áll (nem mint külföldi sanatoriumokban: oldalt), s így belőle a betegeknek a főépület déli frontján és déli terrasszain lefolyó „out door life”-ja könnyen szemmel tartható; továbbá az istállóépület a kocsiszinnel és kocsislakással (az Erzsébet-sanatorium a betegkiszállítást is maga teljesíti, díjtalanul), a telep legelején pedig a portás házacskája, a bejáró főkaputól néhány lépéssnyire.

Elmondhatjuk, hogy az intézet ma Európa egyik legkiválóbban

megalkotott tüdő-sanatoriuma, melynek létesítésében a magyar elme és kéz becsület munkát végzett. Megteremtői, *Korányi Frigyes* orvos-professor és *Czigler Győző* műegyetemi tanár, megelégedéssel nézhetik, a nemzet büszkeséggel tekinthet rá, mert kiváló közegészségügyi alkotásainak sorát ismét egygyel szaporította. Hazafias cselekedetet visz végbe minden magyar orvos, ki az érkező idegent az intézetbe kalauzolja s kedves kötelességet fog teljesíteni az intézet vezetősége mindenkori, ha azt a magyar kollégáknak is minél sürűbben bemutatgatja.

Kuthy Dezső dr., egyet. m.-tanár, igazgató főorvos.

Orvosi dolgok a párisi kiállításon.

(Vége.)

Következik Kétly és Jendrassik kiállítása: egyike a legérdekesebbeknek volt az ő kiállításukban Jendrassik járásphotographiája. Nagy tableau, a mely hosszú és kimerítő tanulmánynak az eredménye és érdekes adatokkal szolgál az ép és kóros járás ismeretéhez. A járás tanulmányozására már régtől fogva különböző methodusokat alkalmaztak, a melyek közül nem egy igen complicált és mégis igen hiányos kivitelű volt. Eltekintve Weber, Marey, Vierordt, Gilles de la Tourette, Braune, Fischer stb. módszereitől, legújabb időkben Marlesco kinematograph-fal vizsgálta a különböző járásformákat. Bár első pillanatra a kinematographikus módszer a legjobbnak ígérkezik, mégis tekintve egyszerűsége és kinematographikus photographálás complicit voltát klinikai használatra nem igen alkalmazható, másrészt a kinematographikus képek mindig igen aprók és az apparatus meglehetősen rezeget, úgy hogy a conclusiohoz szükséges nagyításkor a képek meglehetősen hibás eredményeket adhatnak. Jendrassik módszere igen egyszerű, minden különösebb berendezés nélkül kivihető és a kapott képek kellő feldolgozása mellett igen praecis fogalmat ad a járásformákról illetőleg. A módszer abban áll, hogy a betegeket teljesen meztelenül, szövetből készült fekete háttér és alap mellett 3 m. hosszú darabon járatták és rendes jobb photograph-készülékkel metronommal jelzett időközökben pillanatár segítségével 5–8 helyzetben levette. Az így kapott képekből a kellő adatok számbavételével egy-egy lépés formája elég könnyen megszerkeszthető. A nagy tableau a fentebb említett módszer szerint tüntette fel az ép férfi és nő járását, a hemiplegiás, myelitises, dystrophiás, tabesos járásalakokat. E photographián kívül igen szép gerinczvelő mikrophotographiákat láttunk és két kisebb a bakteriologiában használható eszközt.

A legnagyobb méretű kiállítások egyike volt Klugé. Az élettani eszközök egész sorozatát állította ki. Bajos volna e helyen e specialis élettani eszközöknek részletezése, a melyek kiterjedtek az élettani methodika számos fejezetére, mintegy mutatva az óriási tért, a melyet a modern physiologia elfoglal. Voltak ott ideg-, izomélettani eszközök, optikai, vivisectio apparatusok, a tanítás körül oly fontos szemléltető sémák. Még a laikus publicumnak is lekötötte figyelmét az ő intézetében készült agyséma. Különös becsét kölcsönöz az eszköznek, hogy valamennyi Klug tanár úr intézetében, az ő tervei, illetőleg utasításai után készült.

Morelli kiállítása speciális gégészeti eszközökből és nagyobb tábla szép kivitelű rajzból állott, a mely a kutyagyomor mucosájának gastroscopial látható elváltozásaira vonatkozott.

Hasonlóképp Navratil is gégészeti eszközöket és sebészeti kötésmókat állított ki statistikai táblázzal, a mely Rókus-kórházi osztályának óriási betegforgalmáról tesz tanúságot.

Nékám kiállításában ott láttuk a bőrkórkórtani intézetből kikerült dolgozatok és könyvek összeségét több mint 100 beteg-photographiával. Ezenkívül igen érdekesek voltak a különböző trichophyton-tenyészetek és a kiállított eszközök, a melyek Nékám constructioi. Elektromotorral hajtott scarificator, a mely percenként 500–1000 forgást végez, urológiai operációs asztala, a melynek segítségével a beteg az endoscopia, cystoscopia, sondázás, massage stb.-hez szükséges, legkülönbözőbb helyzetekbe hozható. Ott láttuk a bőrkórtani intézetben használt és ugyancsak Nékám tervei szerint készült vizsterilizátort, a melyből a steril viz hidegen, langyosan és melegen nyerhető. (L. ez eszközök részletes leírását az „Orvosi Hetilap” „Dolgozatok a bőrkórtani intézetből” című 1901. évi mellékletében.)

Ónodi már az 1896. évi kiállításból ismeretes gégesémáját és gége beidegzési tanulmányára vonatkozó photographiákat állított ki.

Pertik professor conserváló methodusát mutatta be, a melylyel a szerveket eredeti színükben tudja megtartani.

Igen szépek voltak Schaffnernek mikroskopiai praeparatumai, a melyek egész agyvérzéseseket tüntettek fel, s a melyeken az egyes idegrendszerbeli megbetegedésekre vonatkozó elváltozások makroszkopice is követhetők voltak.

Bár igen kis helyet foglalt el, de nagyon is jelentős volt Schulek kiállítása, annyival is inkább, mert a kiállítással kapcsolatosan Schulek tanár áldozatkészsége révén brochure jelent meg, a mely összefoglalta a budapesti szemészeti klinika történetét keletkezésétől a mai napig, feltüntetve annak munkásságát. A kiállított tárgyak között, a melyek szemészeti eszközökből, pápaszem-szekerényből stb. állottak, külön említésre méltó az ultraviolett sugarakat kizáró, xyloiban oldott triphenylmethannal töltött kamrás pápaszem, a mely fáradtságos, hosszú, gondos tanulmánynak az eredménye. 225 anyagot vizsgált exact physikai methodusokkal végig Schulek professor fényelnyelő sajátosságait illetőleg.

Nagy méretű volt Thanhoffernak kiállítása, hatalmas szekrényt

töltött be érdekes anatómiai praeparatumokkal, photographiákkal, mikroskopizáláshoz való eszközökkel, különös szerkezetű mikroskoppal, melylyel a sejtek összenyomhatóságát tanulmányozta.

Bár nem e csoportban szerepelt, de itt említjük meg Bókay János kiállítását. Ott láttuk az óriási graphikai táblát, a mely szemléltető módon tünteti fel hazánk legelső gyermekkorházának óriási betegforgalmát 1839-től mostanáig. Ugyancsak statistikai adatok tüntetik fel a diphtheria-megbetegedéseket. Photographiák mutatták be a középső főépületet és a fertőző pavillont.

A kolozsvári egyetem kiállításából felemlíthetjük orvosi szempontból Apathyét, a mely a mikroskopiai methodika teljes menetét tüntette fel.

Nagyon szépek voltak Davida tanár csontmetszetei, melyeken a szivacsos csontok structuráját bámulusos finoman lehetett követni. E finom csontmetszetek paraffinnal átmerevített csontokból fűrésztettek, a melyből a paraffint utólag kioldotta. Sokan nézték Kenyeres 100 diapositiv stereoskopikus képét törvényszéki orvosi praxisából, a melyek igazán tanulságosak voltak.

Lechner saját szerkesztésű cephalographot állított ki, melyet Lutze kolozsvári mechanikus készített, a melylyel módunkban áll élő egyén koponyájának keresztmetszeti, kerületi rajzait felvenni.

Igen szép volt az a pár élettani eszköz, a melyet Udránszky állított ki, szintén saját szerkezetű eszközök, igen praecis kivitelben (kymographion, chronographion stb.).

E futólagos áttekintésből is láthatjuk, pedig más facultás kiállításáról nem is emlékeztünk meg, hogy a magyar egyetemek kiállítása, a mint már a bevezetésben is jeleztük, igen tartalmas volt és semmiben sem maradt más nemzet kiállítása mögött.

Pekár Mihály és Heim Pál dr.-ok.

Közegészségügy.

Közegészségügyi felszólalások a parlamentben. A belügyministeri költségvetés idei tárgyalásánál a közegészségügyi kiadások és bevételek rovatánál elhangzott felszólalások röviden ismertetve a következők voltak:

Buzáth Ferenc a gyógyszerészeti ügyek érdekében szólott. Szerinte a gyógyszerészeti intézmény nálunk helyesen van megalkotva. Az módosításra nem szorul. Csak a legfőbb administratívában volna szükség, hogy a belügyministeriumban gyógyszerész lenne a gyógyszerészeti ügyek referense. Kivánatos lenne továbbá, hogy a személyjogi gyógyszerértékesítők özegeire és gyermekeire is kiterjesztessék az átruházás joga. Kivánatos továbbá, hogy az új gyógytárak engedélyezése csak a szükségesnek megfelelő helyekre nézve történjék és a betöltés minden esetben pályázat útján foganatosíttassék. A méregtartalmú és mérges hatású szerek a kereskedésből teljesen kivonassanak és kizárólag a gyógyszerárban árulassanak. Kivánja, hogy a reáljogi gyógytárak törzskönyvezhetők legyenek. A gyógyszerkülönlegességek elárulása szabályoztassék és egy gyógyszerészeti törvény alkottassék.

Hadzsy János fejtegette, hogy a közegészségügy tekintetében az országban még mindig sok a kívánni való. A népszaporodás az utóbbi népszámlálások szerint ugyan elég kedvező, de a gyermekhalálozás még túlnagy. A járványos betegségek elterjedésére és megszüntetésére szükség lenne az eddiginél erősebb intézkedéseket tenni. A gümőkór gyógyítására minden megyében kellene felállítani legalább egy sanatoriumot. Erősebb intézkedéseket kíván az alkoholizmus terjedésének megátolására is. Óhajtja a közegészségügyi törvényeknek revisioját is. E tekintetben ajánlja azon javaslatok figyelembe vételét, melyek a bácsodrogmezei fiók orvosszövetség kebelében ez iránt felmerültek. E javaslatok tenorja az, a mi úgyszólván az egész ország összes orvosainak véleménye, hogy a közegészségügyi szolgálat államosítandó. Kivánja továbbá e javaslat azt is, hogy az egészségügyi közegek államosítás esetén külön szolgálati státust képezzenek saját szolgálati utasításokkal és közigazgatási hatóságokkal csak annyiban legyenek érintkezésben, a mennyiben ezek végrehajtják a javaslatba hozott intézkedéseket. A járási orvosi állásokat meg kellene szüntetni, helyettük a körorvosok számát szaporítani, 1600 koronával dotálni.

Major Ferenc a mult költségvetési vita alkalmával előadta nézetait a hazai közegészségügy emelésére vonatkozólag. Sokat azok közül az egészségügyi kormányzat figyelembe is vett. Az elmebetegügy rendezésénél pl. elfogadta az általa mondottakat. Szerinte minél több állami tébolyda állítandó fel megfelelőleg kiképzett elmeorvosok vezetésével és perhorrescálja a meglevő közokmányoknak elmeorvos-táborral való kibővítését, ez a mód többre kerül, és mégsem felel meg a célznak. Indítványozza, hogy az elmeügyek fejlesztésére és felügyeletére alkosson a minister egy országos elmeügyi tanácsot.

A bábaügy fejlesztésében szóló dícséretes haladást lát. Ő az okleveles bábák szaporítását kívánja esetleg stipendiumokkal a már meglevő és felállítandó bábaképezdekekben. A trachoma elfojtására felforgó azon intézkedést, hogy trachoma-kórházak állíttatnak fel, nem helyesli, specialis szemkórházakat kell létesíteni szakorvosok vezetésével. Ez lesz a győkeres megoldás. Élénk színekben festi azután a belügyministeri statistikai jelentés adataiból illusztrálva azon visszasságokat, melyek a hét éven aluli gyermekek gyógykezelésében még mindig fennállanak, a halottkémlés hiányos ellátását, sürgeti a közegészségügyi szolgálat államosítását még a közigazgatási reformok előtt, kívánja a tisztiorvosi és törvényszéki orvosi vizsgák reformálását, egyszerűsítését vagy összevonását.

Szell Kálmán mint a belügyministerium vezetésével megbízott miniszterelnök a legmelegebben üdvözlö a felszólalók buzgalmát, mivel a közegészségügy fontosságától ő is át van hatva. A felszólalókkal az elmondottakra nézve nagyjában egyetért. Ő maga igyekszik minél több költséget fordítani a közegészségügyi kiadásokra. Tavaly is két millió koronával többet költött e cím alatt az előirányzott összegnél. Igéri, hogy minél előbb betérjeszti az orvosi szolgálat államosítása iránti tervezetét. A babaügyre vonatkozólag hangsúlyozza a másodrendű bábaképzés szükségességét, de e mellett ösztöndíjakkal segíti elő az okleveles bábaképzést is.

Felhozza az elhagyott gyermekek védelmére tett intézkedéseket, melyek szintén közegészségügyiek. Jelenleg 18–19,000 ilyen gyermek kap ápolást és három millió költetik rájuk. E gyermekmenhelyek felállítására a vidéken is folytatnati fog. Egy nagyobb szabású elmegyógyintézetnek valahol a vidéken felállítását szintén az előtanulmányok alatt áll. 32 állami trachoma-orvos és 10 trachoma-kórház van az országban. Ez intézmény is tovább fog fejlődni. Állami szemkórházak felállítása jelenleg még pénzügyi akadályokba ütközik.

A tuberculosusra vonatkozólag szakértő közegészségügyi felügyelőt küld ki a belügyminister tanulmányozni a praeventiv és prophylaktikus kérdéseit az ügynek, a végből, hogy teljesen foganatba vehető rendszabályokat lehessen e tárgyra vonatkozólag felállítani. Azon igyekszik, hogy minél nagyobb energiával megmozdítsa és lendületbe hozza a közegészségügyet. Végre Buzáthnak válaszolt a patika ügyben.

12,144/1902. B.M. számú körrendelet.

A betegszállítási költségterítmények portó- és bélyegmentességéről szóló 98,853/1900. számú belügyministeri körrendelet¹ kiegészítése tárgyában. (Valamennyi vármegyei és városi törvényhatóságnak.)

Múlt évi július hó 11-dikén 98,853/1900. sz. a. kelt körrendeletem azon részét, a melyben az közöltetett, hogy a közkórházak és nyilvánossági jelleggel felruházott kórházak által a községi előjárásához küldött és az 1898. évi XXI. t.-cz. 3. és 9. §-ának a) pontja értelmében az országos betegápolási alaptól, illetőleg az államkincstáról fedezendő betegszállítási költségterítmények, ha az illető utalvány vagy pénzeslevél (50 frton felüli) „betegszállítási költségterítvány portómentes” záradékkal van ellátva, portómentesen kezelendők, a kereskedelemügyi minster úrnak folyó évi január hó 26-dikán ad 4293/1902. sz. a. kelt átiratában kifejezett kívánságához képest akként módosítom, hogy az állami, a köz- és nyilvánossági jelleggel felruházott kórházak a betegszállítási költségterítványokat 100 koronán felüli és aluli összegben is portómentesen küldhetik meg a községi előjáráságoknak, a 100 koronát meg nem haladó összegek azonban csakis postautalvány útján, de nem pénzeslevél alakjában küldhetők, mely szabály egyébként a hivatalos pénzekre egyáltalában fennáll.

Erről a törvényhatóság területén levő köz- és nyilvános jellegű kórházak értesítendők. Budapesten, 1902. évi márczius hó 7-dikén. A minster helyett: Szell Ignác s. k., államtitkár.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A csonttörések és a ficamodások kór- és gyógytanának haladása.

Közi: Chudovszky Móricz dr. műtő, volt sebkezikai tanársegéd.

(Vége.)

91. Höflinger: Die operative Behandl. irrep. traum. Hüftgelenksluxationen. Inaug.-Diss. 1900. — 92. Payr: Ueber blutige Reposition von patholog. und veralteten traum. Luxationen des Hüftgelenkes bei Erwachsenen. Chl. für Chir. 1901. — 93. Friedländer: Die habituelle Luxation der Patella. Langenbeck Archiv. 63. kötet. — 94. Hildebrand: Habituelle Patell. Luxation. 30. német seb. congr. — 95. Hoffa: Zur Behandlung der habit. Patellarluxation. Arch. f. klin. Chir. 59. k. — 96. Eames: Five cases of complete forward dislocation of the knee joint. etc. Brit. med. journ. 1900. — 97. Kollmann: Ein Fall von traum. Kniegelenkluxation. Münch. med. Woch. 1899. — 98. Hildebrand: Zwei Fälle von Luxatio pedis sub. talo. Beiträge zur klin. Chir. 30. k. — 99. Grunmach: Élettani társulat ülése. Berlin. 1901. febr. 22. — 100. Lévy-Dorn: Der Schutz des Untersuchers gegen Röntgenstrahlen. Fortschritte auf dem Gebiete etc. 1901. — 101. Schuchard: Ueber das Studium und die Reproduktion von Röntgenphotographien. Ugyanott. — 102. Ludloff: Hilfsmittel zur Demonstration etc. der Röntgenplatte. Centralbl. für Chir. 1901.

Höflinger⁹¹ az erőművi úton támadt idült csipőzületi ficamodásokkal egy összefoglaló közleményben foglalkozik. A ficamodások legtöbbje oly állapotban volt, hogy a ficamodást már csak véres műtét útján lehetett megszüntetni. 24 esetben megnyitották a tokszalagot, két esetben utólag csonkolni kellett a fejecset, az egyik esetben a rossz eredmény, a másik esetben a fejecs elhalása miatt. 16 esetben a műtét a fejecs azonnali csonkolásában állott. A tokszalag megnyitását s ily módon a fejecs helyreigazítását tartja a helyes eljárásnak az idült csipőzületi ficamodások esetében, és ha ezzel nem ért célzt, csak akkor csonkol. A műtét után fellépő gonyedések részben a fertőzéstől, részben a helyreigazításnál létrejött szövetroncsolástól támadtak. Dollinger utolsó kimutatása szerint az idült csipőzületi ficamodás egy esetében véres műtét útján igazította be a ficamodást.

Payr⁹² három idült csipőzületi ficamodást véres műtét útján igazított be, ezek közül az egyik erőművi úton támadt, a másik kettő

csúszos csipőzületi lob következménye volt. A műtét után az egyik ízület csontosan összenőtt, a miért is a tompor alatt át kellett vésnie a czombesontot. A másik esetben a letört izvápa szélét helyére varrta. Az utókezelésnél fontosnak tartja azt, hogy a sebet részlegesen taponálja és a végtagot állandóan nyújtsa.

A térdkalács ficamodásának a tanát Friedländer⁹³ két esettel szaporítja. Az egyik esetben a ficamodás veleszületett, a mely a kezelés híján szokványossá vált, a második esetben a kétoldali térdkalács-ficamodás annak következtében fejlődött ki, hogy a gyermeknek kétoldali veleszületett csipőzületi ficamodása volt. A műtét beavatkozás abban állott, hogy a térdkalács saját szalagját befelé varrta, a tokszalagból egy ráncot metszett ki, s ekkép szűkítette a tokszalagot. Hildebrand⁹⁴ a térdkalácsficamodás egyik esetében a czombesont kis részletét vészte le, a másik esetben a sípesont dudorának eltávolításával segít a bajon. Hoffa⁹⁵ a térdkalács ficamodásának két esetében műtétet segít a beteg, még pedig oly módon, hogy a tokszalagon két hosszanti ráncot összeférezel és ekkép biztosítja a térdkalács jó helyzetét.

Eames⁹⁶ a térdzületi ficamodás öt esetét közli. Még pedig öt bányamunkás az emelő kosárral együtt lezuhan s mind az ötnek a térdzülete ficamodott ki. Az alszárcsontok előre ficamodtak. Négyük-nél beigazította a ficamodást, az ötödik esetben, a melynél sípesonttörés is társult a ficamodáshoz, a térdzület lötyögő maradt, s az elülső sípideg béna lett. Kollmann⁹⁷ egyik esetében a térd ficamodása oly módon jött létre, hogy az illető egyén lépcsőn legurult. E ficamodást, a mely a térd belső és részleges ficamodása volt, úgy igazította helyre, hogy húzás és ellenhúzás közben a kificamodott ízületi véget helyére tolt.

Hildebrand⁹⁸ a lábficamodások ritkán észlelhető két esetét közli, még pedig az egyik esetben a láb egy év előtt befelé ficamodott, a másik eset még régebb keletű, s a láb hátsó ficamodásának az esete. A szt. János-kórházban ez év folyamán többszörös alszártöréssel kapcsolatban egy lábficamodást észleltünk, a mely a Chopart-izületben jött létre. Röntgenképét az 1901. évi M. Orv. Archivumban közzé tettük.

A mint látjuk, a csonttörések és a ficamodások kór- és gyógytanának fejlődésére az van lényeges befolyással, hogy a jól berendezett sebészeti intézeteket nemcsak felszerelték Röntgen-laboratóriummal, hanem egyúttal azt ott igénybe is veszik. A Röntgen-sugarak alkalmazásának helyes irányát már kijelölve látjuk, most következik annak kifejlesztése. A végcél az, hogy kevésbbé romló és olcsóbb készülékek birtokába kell jutnunk, úgy hogy azok épen úgy, mint a göröső, a gyakorló orvos birtokává válhassanak. A Röntgen-készülékeknek elért javítások közé kell soroznunk azon hűtő és megújító készülékeket, a melyek segítségével biztosítjuk lámpáink tartósságát. Müller hamburgi physikus nyerte el ez évben a londoni nagy díjat az ő javított lámpájával, a melynek bonyolódott hűtőkészüléke azonban semmi esetre sem alkalmazható ott, a hol sokat dolgoznak. A megújító készülékkel felszerelt lámpák közül azok czélszerűek, a hol egyszerűen a készülék melegítése útján puhítjuk meg a kemény lámpát.

A lámpákban szétcsúszó fénysugarak összegyűjtésére Grunmach⁹⁹ uránvegyületekkel beitatott ernyőket használ s ily módon erősíti a fényt.

Sokan tapasztalták azt, hogy a kik sokat foglalkoztak a kathód-sugarakkal, kezükön súlyos, évekig tartó bőrrizagot szereztek; ennek az elkerülése céljából Lévy-Dorn¹⁰⁰ védőernyőt, tokot, keztyűt s kézelőt szerkesztett.

Tapasztalataink azt bizonyítják, hogy a Röntgenképek finom és igen aprólékos árnyalatainak a felismerésére mindig az szükséges, hogy az eredeti negatív lemezt nézzük meg, mert sem a másolatok, sem az irodalmi közlésekre szánt fénynyomatok nem jók e célra. Ezen az alapon Schuchard¹⁰¹ azt ajánlja, hogy az irodalmi közlések céljára rajzokat készítsünk; véleményem szerint, ha valaki rajzról megelégszik, annak czélszerűbb módja az, hogy a negatív lemezt erősítsék.

Tömeges bemutatás céljaira Ludloff¹⁰² egy szekrényt szerkesztett a Hirschmann-céggel, a melynek segítségével az eredeti negativeket 8–10 meternyi távolságban is bemutatni lehet. Ebben a szekrényben a fény egy homályos üveglapra esik, s ez elé jön a negatív. Mackenzie Davidson fluoroscop neve alatt egy stereoskopikus ernyőkészüléket mutatott be a londoni Röntgen-társaság ülésén. Ezzel az ernyővel úgy látható a stereoskopképek, hogy két különböző helyre helyezve lámpa váltogatva világít s ugyanakkor egyidejűleg nyitódó, záródó készülék segítségével váltogatva látjuk a fluoroskopikus képet. A készülék elmés, de gyakorlati értéke nincs, a mennyiben a testek átvilágítása legtöbb-ször a laikus közönségnek való, az orvosnak fényképre van szüksége.

Könyvismertetés.

Maurice de Fleury: Les grands symptômes neurasthéniques. (Pathogénésie et traitement.) Paris. Félix Alcan éditeur. 412 l. Ára 7 frank 50 cent.

Szerző e könyvében nem akarja rendszeresen tárgyalni a neurastheniát, csak annak egyes tüneteit ismerteti és azokból folyólag adja elő saját észleletein alapuló felfogását. A neurasthenia elnevezést csak szokásból tartja meg és az idegkifáradás szóval helyettesitené, ha a régi név nem volna már kipszttithatatlann az orvosi nyelvben. A mi ma neurasthenia néven ismeretes, sok mindeféle okból származó, egymástól különböző baj összekeverése, melyek mögött gyakran szervi megbetegedések, tüdővész, iszákosság, arteriosclerosis, syphilis, tabes, agylágyulás stb. rejlenek, de ha elhagyjuk e másodlagos ideges depressziókat, még mindig marad egy neurasthenia, melyet essentialisnak lehet mondani. A

¹ B. K. 1901. évf. 302. lapon.

neurasthenia psychoneurosis és egyszersmind a táplálkozás megbetegedése, melyben a fáradékonyság játsza az egyik főszerepet.

Ezen bevezetés után áttér a neurasthenia egynehány fontos tünetére, legelőbb a kifáradásra. Egy arab közmondásra utalva jellemzi legjobban a kifáradás kínos voltát, a mennyiben azt írja, hogy bizonyára neurastheniás volt az illető, a ki azt mondta: „Jobb ülni, mint állni; jobb feküdni, mint állni; jobb halva lenni, mint feküdni”. Szerző kikel azon felfogás ellen, hogy a fáradtságérzés tisztán psychikus volna, bár a beteg túlozza is, hogy részvétet keltsen maga iránt és súlyt fektet arra, hogy e tünetet suggestio nem javítja. A fáradtság vizsgálatára szolgáló dynamometereket és ergographokat nem tartja elég objectív vizsgálati eszközöknek, de azon tapasztalatra jutva, hogy a harántesikolt és sima izmok magaviselete párhuzamosan halad, az utóbbiak magaviseletét tanulmányozza, különösen az ereken.

Az érrendszer vizsgálatá alapján a neurastheniákat két csoportba osztja: „neurasthenie à hypotension artérielle” és „neurasthenie à hypertension” és e felosztás szerint más-más kezelésben óhajtja részesíteni a betegeket, a vérnyomás ismeretét tehát elsőrendű fontosságúnak tartja és ez irányban minden betegét megvizsgálja. Hibaforrások elkerülése czéljából nem veszi tekintetbe azon adatokat, melyeket az első, a beteg felizgató vizsgálat révén nyert, sem azokat, melyek az emésztés idejével összeesnek, mert ilyenkor a vérnyomás fokozott. A kezelés alatt is mindig figyelemmel van a vérnyomásra, a mennyiben a hypertensiósok vérnyomásának a javulás alatt alá kell szállnia, a hypotensiósokénak pedig emelkednie. A hypertensiós neurasthenia nagyobb részét a másodlagos neurastheniák adják.

A neurastheniások táplálkozászavarát tárgyalva, ugyancsak két osztályba sorítja azokat, ezek: dyspepsie par atonie gastro-intestinales és dyspepsie hypersthénique.

A vizeletre vonatkozó vizsgálatokat következőkben foglalja össze: a vizelet mennyisége csökken, fajsúlya magas, a húgyanyag, phosphatok, chlor-sók növekednek. Mindezen említett szervi elváltozásoknak, valamint a neurastheniában észlelt enteroptosisnak eredő oka az idegrendszerben fekszik.

A neurastheniás elmeállapotot vizsgálva, arra az eredményre jut, hogy az nagyon elüt a hysteriástól, a mennyiben ez utóbbi az idee fixe uralmia alatt áll, az előbbi ellenben csak egy bizonyos testi állapotnak, táplálkozászavarnak másodlagos következménye.

A mondottakból a kezelésre vonatkozólag a következő következtetésekre jut. A hypertensiós neurastheniában fokozni kell a húgysavkiválasztást, mintegy ki kell mosni a mindig túlságosan telített folyadékok kiválasztó vesét, a vasoconstructioval birkozó szív munkáját meg kell könnyíteni. Erre szolgál a tejdiet, esetleg növényi étrend, lugos vizek, massage, torna. A hypotensiós neurastheniában az erőt emelni kell, a tonust növelni, a vérnyomást fokozni; ilyen esetekben száraz, hűs étrendet ajánl, hogy az amúgy is kevés gyomorváladékot ne higítsuk, e betegeket pihentetni kell, magas hegyekre küldjük, esetleg konyhasós injectiókat kapjanak. A psychotherapiában nem bizik a szerző.

A kissé bőbeszédű, sokszor ismétlődésekbe bocsátkozó, túlságosan sematizáló könyv kétségtelen kiemelendő jó oldala, hogy a neurasthenia objectív tüneteit, a vérnyomás, vizeletelválasztás zavarait, részben önálló vizsgálatok alapján jól kiemeli, hogy a neurastheniában rámutat a táplálkozászavar fontosságára és ellene szegül ama orvosok között is elterjedt elavult felfogásnak, mely a neurastheniásokban még mindig csak Molière képzelt betegeit látja. Kollarits Jenő dr.

Növényzeti közlemények. Klein Gyula közreműködésével szerkeszti Schilberszky Károly.

A „Növényzeti közlemények” című új szakfolyóiratnak, melyet a K. M. Természettudományi Társulat növényzeti szakosztálya ez évben indított meg, első füzetét megjelent. A gondosan kiállított és az előtűnk fekvő füzet tanúsága szerint gazdag és változatos tartalmú folyóirat tudományos és gyakorlati célokat egyaránt szolgál. E feladatának teljesítésében az a körülmény adja meg jelentőségét, hogy a természettudományi társulat növényzeti szakosztálya a hazai botanikusok zömét foglalja egységes testületbe. A harmadik füzet terjedelmében megjelent első füzet tartalma a következő: Beköszöntő, Klein Gyula-tól. A fás növények vesszejének éréséről (8 ábrával), Kővessi Ferencz-től. A szarvasgomba Pestmegyében, Hollós László-tól. Zsályáink bővebb ismertetéséhez (1 ábrával), Borbás Vincze-től. A lokvai hegység növényformációi, Bernátsky Jenő-től. Sopron vidékének flórája, Gombocz Endre-től. A fák kettős égyűrképződésének érdekes esetéről, Tuzson János-tól. Irodalmi ismertető: Tuzson „A fenyőfák Botrytis-gomba okozta betegségéről” (1 ábrával). Növényzeti repertorium.

Ajánljuk e folyóiratot a botanika iránt érdeklődő kartársaink figyelmébe.

Új könyvek. König: Die specielle Tuberculose der Knochen und Gelenke. II. Das Hüftgelenk. Berlin, A. Hirschwald. — Loos: Bau und Topographie des Alveolarfortsatzes im Oberkiefer. Wien, A. Holder. — Foerster: Die Physiologie und Pathologie der Coordination. Jena, G. Fischer. — Burgerstein und Netolitzky: Handbuch der Schulhygiene. Zweite Auflage. Jena, G. Fischer. — Buret: Traitement des maladies contagieuses de l'appareil générateur. Paris, Société d'éditions scientifiques. — Vibert: L'appendicite, sa pathogénie. Paris, Société d'éditions scientifiques. — Vieillard: Essai de sémiologie urinaire. Paris, Société d'éditions scientifiques. — Debove et Achard: Manuel de thérapeutique médicale. Tome III. Paris, Rueff.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A heveny gümőkóros mellhártyagyulladások felismerése. A tuberculosus pleuritisek pathológiája újabb időben jelentékenyen fejlődött s különösen a diagnostica tett méltán csodálható haladást. Most Dieulafoy tollából jelent meg egy feltűnést keltő cikk, melyben össze van gyűjtve mindaz, a mit csak a tuberculosus pleuritis diagnostizálásánál felhasználhatunk.

Régebben a pleuritiseket két csoportra osztották: 1. primaer, „idiopathikus” pleuritisek, melyek közé a meghülésből származó (e frigore) tartozott, 2. a secundaer pleuritisek, melyek más bántalmakhoz csatlakoztak. A tuberculosus pleuritisek beillesztése e rendszerbe kissé nehéz volt; ha egy különben is súlyosan beteg tüdővésztes egyénél lépett fel, kétségtelen volt secundaer volta; ha egy különben egészséges ember kapta meg, kinek azonban úgy testalkata, mint anamnestikus adatai előrement tuberculosist sejtettek, még akkor is bátran másodlagosnak lehetett tekinteni; de midőn erőteljes ép embert lepett meg, nem lehetett biztosan elkülöníteni az obscurus pleuritist e frigore-től, mert számtalanszor tapasztalták, hogy a kigyógyult betegen előbb-utóbb mégis csak kitört a gümőkór. („Pleurésie phthisogène” Jaccoud.)

Ezen tapasztalatok alapján Landouzy 1884-ben kimondotta, hogy minden mellhártyagyulladás gümőkóros eredetűnek tekintendő mindaddig, míg csak az ellenkezőről meg nem győződünk. Ez a kijelentés szinte tagadása a pleuritis „e frigore” létezésének.

A bonczasztalon csakugyan még oly esetekben is ki lehetett mutatni az elrejtett tuberculosist, midőn klinice a meghülésből eredő pleuritis képe állott előttünk. Más esetekben az „e frigore” pleuritishöz kigyógyult betegen pár év múlva tüdővész, meningitis stb. lépett fel s így ez előbbi diagnosis hitele megingott. De viszont arra is van eset — nem is egy —, hogy már 20—22 év is elmúlt a pleuritis után és tuberculosisnak nyoma sincs.

A pleuritis „e frigore” mellett szől Lamarre érdekes megfigyelése is. Egy katonai raktárból 50 kilogramm terhet cipiztek a kijelölt katonák az 1 kilométernyire levő szállásra. Az útnak mintegy közepén egy fal mellett mindannyiszor megpihentek. E pont minden oldalról védve van, csak a csipős északkeleti szél érhetette a kihevült, izzadó katonákat. S íme pleuritis e frigore epidemia ütött ki a teherhordók közt, mely valamennyinél jobboldali volt és szépen, gyorsan gyógyult. Mikor Lamarre kérésére megtiltották a katonáknak a megpihenést, a pleuritisek egyszerre megszűntek. Midőn új ezred jött arra a helyre, a katonák között hasonló okból újra kitört a pleuritis epidemia, mely újabb tilalomra ismét megszűnt.

Állatoknál is gyakori a kétségtelenül meghülésből származó mellhártyagyulladás, mint azt Trasbot, Baumann és mások constatálták; miért ne fordulhatna elő embernél is?

Nézzük most, hogy mit szólnak a diagnostika a pleuritis „e frigore”-hoz s mikor sikerül kideríteni, hogy voltaképpen tuberculosissal van dolgunk. A mellhártyalob gümőkóros eredetének felderítésére öt út áll előttünk.

1. *Oltási kísérlet.* A pleuraürből vett folyadékból 10—20 cm³-nyit tengerimalacz hasüregébe oltunk s megfigyeljük, fejlődik-e ki gümőkór. Csak a positiv lelet bizonyít, a negativ nem mond semmit. Ezen eljárásal a primaernek látszó pleuritisek 40—50%-a mutatkoztott tuberculosus eredetűnek.

2. *Tuberculin reactio.* Az állatorvosi gyakorlatban pompásan bevált, alkalmazása azonban embernél bajos. Ismeretes veszélyes hatásaira nem terjeszkedhetünk ki. Ne feledjük, hogy túlságosan kicsi adag még gümőkórosnál sem vált ki reactiot, néha pedig egészséges egyénél is látunk hőemelkedést.

3. *A bacillusok kitenyésztése.* Legjobb a Bezançon- és Griffon-féle vérsavó-glycerines-agar-agar, melyet Erlenmeyer-féle palaczk fenekére öntünk. E fölé öntjük a vizsgálandó folyadékot. Thermostatban (37°) 3—4 hét múlva tipikus kulturákat látunk kifejlődni. Ez az eljárás sem egészen megbízható. Mindenesetre több kísérletet kell végezni egyszerre.

4. *Serumdiagnostica.* Gümőkóros mellhártyagyulladásban szenvedő ember vérsavója és exsudatuma gyakran bir specifikus agglutináló képességgel. Courmont szerint az exsudatum 74%-ban, a vérsavó 82%-ban adta a serumreactiot oly esetekben, melyeket bátran „e frigore” pleuritiseknek tarthattunk volna.

Mellékesen megemlíthetjük, hogy a vizelet diazoreactioját is megkísértették felhasználni, de nem valami nagy eredménnyel.

5. *Cytodiagnostica.* Widal és Ravant 1900-ban hívták fel a figyelmet arra, hogy a kóros izzadmányokban a különböző betegségek szerint más és más sejtalkakokat találunk, úgy, hogy ezekből a betegség fajtát felismerhetjük. Ha néhány gramm mellhártyaexsudatumot centrifugálunk s az üledékből egy platin-kacsával véve, azt fedőlemezen egyenletesen szétkenjük s a készítményt thioninnal, Ehrlich-féle triacid-oldattal stb. megfestjük, mikroszkop alatt vörös vérszöveteket, polynuclearis leukocytaikat, nagy mononuclearis sejteket, lymphocytaikat és endothel sejteket fogunk látni, még pedig ez utóbbiakat részint külön-külön, izoláltan, részint lapokká (placards) egyesülve. Az egyes pleuritis-alakoknál azonban más és más lesz a sejtek viszonylagos mennyisége, még pedig oly jellemző módon, hogy belőle a baj minőségére a leghatározottabban következtethetünk.

Es ez természetes is. A bántalomnak különbözősége szerint más és más fajta sejtek lépnek a szervezet védőiként a harcra s mások is pusztulnak el.

Szívbajosok, Bright-kórosak stb. mellüri folyadékában — mely

hogy régi kifejezéssel éljünk, transsudatum és nem exsudatum — nyomát sem találjuk a fertőzés elleni harcoknak. Alig látni itt-ott néhány vörös vagy fehér véresejtet, az egész kép a nem ritkán egész lemezeket (placard) alkotó leváltott endothelsejteket uralja. Widal és Ravant számos esetet vizsgáltak s arra az eredményre jutottak, hogy a lemezekben előforduló endothel nemcsak hogy a folyadék transsudatiós eredete mellett szól, hanem egyúttal apodictice kizárja a tuberculosus származást. Ha a hydrothorax későbbi stadiumában találunk is lymphocytaikat, mégis a lemezekbe csoportosult endothelsejtek jelenlétére kell fektetnünk a főszólyt.

Ha polynuclearis és nagy egysejtű fehér véresejteket találunk nagy, túlnyomó mennyiségben — oly sejtek, melyek a phagocytosist játszanak nagy szerepet —, míg a lymphocyta és magános endothelsejtek csak itt-ott látszanak, biztosra vehetjük, hogy a szervezet fertőző agensek ellen folytat küzdelmet s így bizvást kereshetjük a pleuritis okát streptococcus-, pneumococcus-, typhus- stb. infectioban.

Végül, ha a lymphocyta a tér s csak keresve találunk más fehér véresejtet (vörös véresejtek elég bőven vannak), oly biztossággal diagnosztizálhatunk gümőkört, minő biztonságot a régebbi eljárások egyike sem nyújtott.

Vizsgáljuk már most ezzel az új eszközzel az „e frigore“ származású mellhártyagyuladásokat. Kitűnt, hogy ezek mind tuberculosus alapon nyugszanak. Ez könnyen meggyeztethető az előbbi észleletek látszólagos ellentmondó adataival is, ha tekintetbe vesszük, hogy a gümőkór gyógyulhat is.

Ez az új eljárás már eddig is sok érdekes esetre derített fényt: egy tuberculosus egyén mellhártyagyuladásáról kiderült, hogy az nem gümős eredetű, egy traumatikusnak látszó pleuritisről kiderült, hogy az voltaképpen tuberculosus invasio következménye stb.: csupa oly dolog, mely fényesen igazolja a felfedezés nagy fontosságát.

A teljesség kedvéért meg kell jegyeznünk, hogy a nagyon régen fennálló gümős pleuritisnél, főleg a hydropeumothoraxnál, néha a lymphocytosis helyett deformált „öreg“ polynuclearis sejteket találunk. Ilyen esetekben különben oly határozottan szokott lenni a kórkép, hogy a többi vizsgáló eljárások alapján is biztos diagnosist állíthatunk fel.

Összefoglalva a mondottakat, állíthatjuk, hogy a cytodiagnosztikában oly eszközt birunk, melylyel a legkönnyebben megállapíthatjuk a pleuritis okát, s mely már eddig is kiderítette, hogy az eddig idiopathikusnak tartott pleuritis „e frigore“ felvétele nem jogosult, mert itt is a mellhártya gümős bántalmával van dolgunk. (Le semaine médicale. 1901. 48. szám.)

Dalmady Zoltán.

Belgyógyászat.

A heveny hurutok gyógyításáról ír Nothnagel. Két momentumot tart kiemelendőnek: 1. Hogy az acut catarrhus csak magának az organismusnak, illetőleg a megbetegedett szöveteknek folyamatai által gyógyulhat és 2. a restitutio in integrum csak heveny catarrhusoknál lehetséges.

Gyógyszerünk a catarrhus megszüntetésére nincs, csak azokat az ártalmakat kell távol tartanunk, melyek a szervezet gyógyító folyamatát akadályozzák. Ha ez nem történik, úgy a catarrhus lassabban fejlődik vissza, s rendesen megmarad a szöveteknek könnyebb vulnerabilitása, mely újabb s mindinkább chronikussá váló catarrhusokkal szemben érzékenyebb teszi. Chronikus catarrhus anatomiai értelemben gyógyíthatatlannak tart. Ezért emeli ki, hogy minden acut catarrhus, bárha egészen csekély is, az első naptól kezdve gondosan kezelendő és pedig azon ártalmak távoltartása által, melyek a visszafejlődést gátolhatnák. (Ther. d. Gegenw. 1902. 1. füzet.) —nt.

Mellkasi anomáliák mint disponáló momentumok tüdőgümőkorra és tüdőlégdagra. A tüdő működése Freund szerint a mellkashoz szabott s ennél fogva a mellkas minden elváltozása a tüdőbeli állapotra befoly. Az első borda, illetve bordaporc a mellkas működésében fontos szereppel bír, mert a feszítő erő oda koncentrálódik. F. Bayle is kiemelte e tény fontosságát, midőn arra utalt, hogy ha az első bordagyűrű nem tud emelkedni, a többiek működése is renyhébbé válik. Ha az első bordagyűrű rugalmassága csökken, rugalmassági kitérése nem következik be. Az első bordagyűrű működésében bénulás áll be. Az első bordagyűrű, illetőleg porc rövidülése miatt támadt működési bénulás a tüdőgümőkorra és tüdőlégdagra praedisponál. Az első pár borda hiányos fejlődése miatt támadt működési zavarhoz az antagonista izmok (scalanus, subclavius) működése miatt perichondritis és periostitis társul, a mi a bordaporc elcsontosodását elősegíti. Az első bordagyűrű működését ilyen körülmények között a második bordagyűrű veszi át részben s ez uralja a légző mozgásokat; ilyen körülmények között érthető a supra- és infraclavicularis árkok besüppedése, a claviculák előugrása és megvastagodása, a mely olykor oly fokú, hogy a claviculák izületi üregeiket elhagyva, a manubrium elülső részén ülnek.

Az első bordának csupán a foetalis életben vagy a zsenge gyermekkorban fellépő elváltozása támasztja a leírt elváltozásokat, a későbbi korban találhatók elcsontosodás ilyen zavarokat nem okoz. Sok gyermekkorban mellkasi anomáliával bíró egyénnél compensatorius folyamatok fellépése gátolja a gümőkór kifejlődését, s ez magyarázná meg azt, miért nem lép fel minden ilyen esetben a gümőkór. Freund a felső apertura constatat stenosist az első bordaporcnak a manubrium sterni közelében való felhasítását ajánlja.

Freundnek már 45 évvel ezelőtt is hangoztatott ezen felfogása Schmorlnak újabb időben a boncolatoknál talált leletével egyezik, a ki gümőkórosoknál az első borda exostosisából magyarázható barázdát talált a tüdőcsúcsban s a ki az ebből származó vérkeringési és légzési

zavarokból magyarázza a tüdőcsúcsokon fellépő elváltozásokat. A zsenge gyermekkorban a barázdák a tüdő felfuvasakor még eltűnnek, a későbbi korban fellépett kötőszövet a tüdő rugalmasságát csökkentvén, az többé nem egyenlítődik ki. Ezzel akarja megmagyarázni azt, hogy miért lép fel ilyen egyéneknél a későbbi korban a tüdővész. Tudvalevőleg Birch-Hirschfeld is a hörgőknek és véredényeknek a tüdőcsúcsok közelében való megtöretéséből magyarázza a gümőkór iránti dispositiot. Más szerzők ezen felfogást csak részben osztják. A mellkasi anomalia hozzájárulhat a tüdővész kifejlődéséhez, azonban kizárólag nem ez okozza, hanem egyéb okok is, bakteriumok invasioja stb. A thorax paralyticust tudvalevőleg az izmok sorvadása által okozott működési elégtelenségből magyarázzuk. Rothschild, a ki Freundhez hasonló vizsgálatokat végzett, ellentétes eredményekre jutott. (Berlin. klin. Wochenschr. 1902. 1. sz. és Deutsche med. Wochenschr. 1902. 3. sz.)

Torday Árpád dr.

Venereás bántalmak.

A syphilis áoltását sertesre kísérte meg Neisser tanár Boroszlóban. Hasonló oltásokat végeztek már előtte Adrian, valamint Hügel és Holzhauser. Különösen az utóbbiak határozottan kijelenték, hogy a syphilis vírusa a melegvérű állatokra s első sorban a sertesre átvihető. Akkor bizonyos skepsissel fogadták Hügel és Holzhauser közleményét a tudományos körök s bizonyosan nagy feltűnést fog kelteni, hogy a nagy hírű boroszlói tanár, Neisser is foglalkozik ez irányú kísérletekkel. Neisser 18 sertesét oltott be részint kezelésben nem részesült, syphilises betegek vérével, syphilises szövetekkel, primaer sclerosis váladékának eldörzsölésével az állat bőrén, egészséges egyén serumával. A 18 sertes közül egynél, melynek vaginájába egy még nem kezelt syphilis malignában szenvedő beteg praeputiumáról származó nedvező papulát varrt, két hét múlva az egész törzsön papulosus circinaer exanthea keletkezett, melyet Neisser képen is bemutat. Ismét 14 nap múlva az exanthea elmúlt, de később újabb, inkább impetiginosus kiütés mutatkozott. Pofanyálkahártya és mirigyek épek maradtak, de a sertes többi, vele egyivású testvéreivel szemben fejlődésében visszamaradt. Neisser szerint a syphilises infectio mellett szól az exantheának papulosus, illetőleg circinaer-papulosus, és impetiginosus jellege s az egyes efflorescentiáknak annularis alakzat felé való fejlődése, valamint az, hogy a Hügel-Holzhauser-féle lelettel részben egyezik, s hogy az állatorvosok az esetet serteseknél teljesen ismeretlen exantheának minősítették s más ok kimutatható nem volt. A syphilises fertőzés ellen szól, hogy három ugyanazon anyagból hasonló módon inoculált sertes közül csak egynél mutatkozott, hogy a megbetegedett állatról más sertesekre átvitt anyag nem fertőzte azokat meg s a histologiai lelet is ellene látszik szólni az eset syphilises voltának, úgy hogy Neisser esetével nem tekinthet bebizonyítottak a Hügel-Holzhauser-féle vélelményt, mely szerint a syphilis sertesre átoltható lenne. (Archiv für Dermat. u. Syphilis, 59. k. 2. f. 1902.)

Poór.

Orr-, torok- és gégebajok.

A heveny nátha gyógyításáról új szempontból ír Spiess (Frankfurt.) Szerzőnek feltűnt azon eddig még nem hangsúlyozott jelenség, hogy a heveny náthánál jelentkező, gyakran kínos orrfuvas éjjel, álmokban szünetel; ennek okát a vasomotorok csökkent ingerlékenységében keresi. A gyógyítást is ezen feltevésre alapítja. Az orthoformot alkalmazta tisztán, vagy a hasonló, de gyengébb hatású natrium sozojodolummal keverve. A befúvásokat a szájon keresztül az orrgaratüregebe alkalmazta azon tapasztalat alapján, hogy a catarrhalis infectio a garat felső részéből indul ki. Orthoformnak ezen módon naponta többszöri befúvásával kitűnő hatást ért el különösen egészen heveny esetekben és a gyógykísérletet igen ajánlja. (Archiv f. Laryng. u. Rhinologie.)

Pollatschek dr.

Angina phlegmonosa folyamán fellépett nagyfokú arteriosus vérzésről tesz említést P. Veillard. A vérzés a phlegmone fennállásának kilenczedik napján lépett fel és nagyfokban egymásután négy ízben ismétlődött, úgy hogy közel állott egy nagyobb sebészi beavatkozás indíciójára. Szerencsére a teljes nyugalom, jégdarabkák és ergotinnak adagolása következtében a vérzés végre is megszűnt. A garat vígyázatos kimosása után a hátsó szájpadív és a mandola felső részlete között helyet foglaló véralvadék mutatta, hogy a vérzés honnan indult ki, valószínűleg egy nagyobb arteria kifehélyesedése folytán. A vérzés hirtelen való megszűnése azt mutatja, hogy a beavatkozással nem kell nagyon sietni, miután még nagyobb vérvesztés után is képződhetik egy az elzáródást létrehozó véralvadék. Mindazonáltal hasonló esetben el kell készülnünk, hogy esetleg a carotis lekötésével mentsük meg a beteget az elvérzéstől. (Arch. internat. de laryng., d'otol. etc. 1901. 3. sz.)

Tóvölgyi Elemér dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A lecithint Riez nagyobb számú tapasztalata alapján ajánlja oly esetekben, melyekben a hiányos tápláltság gyors javítása válik szükségessé. Naponként kétszer ad 10–10 centigrammot. (La clinique, 1901. 49. szám.)

A puro-húsnedvvel Schaefer a müncheni fegyház kórházában sok betegnek kísérletezett s a szer hatásával nagyon meg volt elégedve. Különösen dicséri étvágygerjesztő hatását gyomorajokban, úgyszintén hiányos táplálkozás és ebből eredő inanitio eseteiben, valamint szegényvérség különböző alakjaiban és ezeknek következményes bajaiban is a legmelegebben ajánlja. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1901. 51. szám.)

Folyóiratok átnézete.

Gyógyászat. 1902. 11. szám. *Sidlauer Ármán*: A Botalli ütérés vezeték nyitva maradásáról. *Ferenzi Sándor*: Homosexualitas feminina. *Alexander Béla*: A Röntgen-sugarak.

Orvosok lapja, 1902. 11. szám. *Plesch János*: A tüdővész tüneteinek gyógyszeres kezelése. *Porosz Mór*: A prostata kezelésére szolgáló műszerek.

Magyar orvosok lapja, 1902. 11. szám. *Weisz Ferencz*: Az érzéki-segről. *Kovács Mór*: Hogy állunk a diphtheria hygienéjével? *Goldzieher Vilmos*: Az orbitalis syphilis. *Vidék Richard*: Adatok az „amblyopia ex anopsia” tanához.

Wiener klinische Wochenschrift, 1902. 11. szám. *Ullmann*: Kísérletes veseátültetés. *Töpfer*: A fehérjék sorsa a májban. *Pendl*: Az epityphlitis Douglas-tályog gyógyítása. *Rudl*: Uterus bicornis ikerterhességgel és incarcerált placenta. *Neumann*: Kaposi.

Wiener medizinische Wochenschrift, 1902. 11. szám. *Klein*: Ulcus corneae posticum. *Beck*: Az emberi test elektromos vezetési ellentállása. *Gertler*: Antisputol. *Erdheim*: Vesegumma. *Samberger*: Pemphigus vegetans. *Hammerschlag*: A esecsnyújtvány heveny megbetegedései és sebészi kezelése.

Wiener medicinische Presse, 1902. 11. szám. *Benedikt*: Kérdések a gümőkór köréből. *Koepe*: Az ásványvizek physico-chemiai sajátosságai. *Porosz*: A blennorrhoea gyógyítása acidum nitricummal.

Prager medicinische Wochenschrift, 1902. 8. és 9. szám. *Pribram*: Banti-féle betegség. *Springer*: Venaesectio postscarlatinás nephritis okozta uraemiánál. *Zdekauer*: Formalin diphtheriánál. *Reichmann*: Az idült nem gonorrhoeás urethritis kezelése.

Berliner klinische Wochenschrift, 1902. 11. szám. *De Grazia*: A tüdőgümőkór serumdiagnosisa. *Hirschfeld és Alexander*: Eddig még nem észlelt lelet acut leukaemia esetében. *Rosenheim*: Az oesophagus táglata anatómiai stenosis nélkül. *Cassirer*: Myogen csigolyamerevség. *Reinert*: Liebermeister.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1902. 11. szám. *Fraenkel*: A gümőkór-esetek bejelentése. *Feinberg*: A rákos daganatok oka. *Karewski*: Epekő-ileus. *Schmiedicke*: Tetanus-csirok a kereskedésbeli gelatinában. *Graefe*: Mérgezés chloroxyddal és chlordioxyddal fotografozásnál. *Lenné*: Pankreas- és májmegbetegedés glykosuria nélkül; a pankreatin és pankreon kedvező hatása. *Müller*: Collargol intravenosus befecskendezése septikus megbetegedéseknél.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1902. 5. szám. *Huber*: Sebészi beavatkozások gyomorbetegségekben.

Centralblatt für innere Medicin, 1902. 11. szám. *May és Grünwald*: Vérfestések.

Centralblatt für Chirurgie, 1902. 10. szám. *Garnerus*: Krause-féle anastomosis-csípővel kezelt anus praeternaturalis.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 58. kötet, 1. és 2. füzet. *Freund*: Adat az epidermis élettanához, tekintettel fénycsugarhatására. *Judawitsch*: A lágy naevusok histogenesise. *Vollmer*: Mycosis fungoides. *Alibert*. *Reiss*: A primaer syphilis fogalma megfelelő-e a tisztán helyi affectionak? *Almkvist*: Adatok a plasmasejtek ismeretéhez főképp lupusnál. *Kreibich*: Az erythema multiforme szövettana. *Goldberg*: Streptococcus okozta heveny elsődleges húgycsőlob. *Jadassohn*: Gyermek mek orrbőrének sajátosság megbetegedés (granulosis rubra nasi). *Ledermann*: A macska hátsó végtagjai izzadságmirigyeinek zsírsecretiója. *Róna*: Rhinoscleroma második esete táji uyiromirigy-metastasisokkal. *Huber*: Szövettani leletek rhinoscleromás mirigy megbetegedésnél. *Gassmann*: Naevi cystepitheliomatosis disseminati. *Pick*: Epithelioma adenoides cysticum és viszonya a fagygyümörigyek adenomájához. *Philippson*: A morphologiai és az anatomogenetikai irány a mai dermatológiában.

Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen, 3. kötet, 1. füzet. *Leyden*: A londoni gümőkórcongressusról. *Flügge*: Elégethető köpöcsészék, köpöpalaczkok és zsebkenők tüdővészszek számára. *Knopf*: A gümőkór állami és egyéni prophylaxisa a gyermekkorban és gyermeksanatóriumok szükségessége. *Kayserling*: A pseudogümö-bacillusok. *Wedding*: A levegő szén-sav okozta megromlása. *Josselin de Jong*: A tüdővész gyógyítása. *Rumpf*: A tüdővész sanatórium-kezelése. *Karwowski*: A gümőkór Posen kerületben.

Zeitschrift für Heilkunde, 1902. 1. füzet. *Springer*: A hüvely gümőkór genesise. *Joannovics*: Branchiogen carcinomák és ébrényi eredetre visszavezethető tömlős daganatok a nyakon. *Münch*: A húgyhólyag perforatioja a bal ovarium dermoidecystájának papillomatosis növedéke következtében. *Kretz*: A bacteriaemia. *Reuter*: Kórbonczani vizsgálatok a gerincoszlop anchylosisáról.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 46. kötet, 3. füzet. *Heinsius*: Adatok a tubaris terhesség tanához. *Emanuel*: Mirigyrák és felhárak egyidejű előfordulása a méhtestben. *Saniter*: Egy petéjű hármas ikrek. *Krönig*: Kézsterilizálás és gyermekági megbetegedés.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 21. kötet, 1. és 2. füzet. *Hoffmann*: A központi idegrendszer sclerosis multiplex. *Haenel*: A hemiatetosis kórbonczatanához. *Voss*: Agyacsdaanat öt esete. *Bikeles*: A disseminált hátsó-oldalsókötég megbetegedés tünetesportjának ismeretéhez. *Müller*: Klinikai és kísérletes tanulmányok a húgyhólyag, a végbél és a nemi szervek beidegzéséről.

Therapeutische Monatshefte, 1902. február. *Solt*: Ergotin mint a gyermekági láz prophylacticuma és specificuma. *Reichert*: Adat a csecsemők táplálásához. *Reich és Ehrcke*: A bromocoll használata epilepsiánál. *Homburger*: A gyermekgyógyászat jelen állása. *Singer*: A mellékvesék és hatóanyaguk. *Liebreich*: Nosoparasitismus és orthoparasitismus. *Liebreich*: A berlini nyilvános betegkónya. *Homburger*: Megjegyzések az orthoformra nézve. *Bergmann*: Atropinmérgezés esetei.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane, 13. kötet, 2. füzet. *Herzog*: Álút prostatatútlengésnél, halál medencze-beli tályog és a tüdőútér emboliája következtében. *Englisch*: Vele-született cysták a külső nemi részek rapheján.

Gazette hebdomadaire, 1902. 20. szám. *Mouchet*: Vele-született sokszoros difformitás érdekes esete. *Lesguillon*: Mérgezés olajban konzervált sardiniakkal. 21. szám. *Gilbert*: Megnyitó előadás. 22. szám. *Marie és Guillaín*: Melanoderma bizonytalan okból. *Cackovic*: A gyomor teljes retractionja és jejunosomia.

Le progrès médical, 1902. 11. szám. *Murri*: Paramyoclonus multiplex.

La semaine médicale, 1902. 11. szám. *Munch*: Létezik-e vese-diabetes?

Journal médical de Bruxelles, 1902. 11. szám. *Funk*: Toxinok és antitoxinok. *Weymeersch*: Myxomás jellegű térdgümőkór.

Revue de chirurgie, 1902. 2. füzet. *Tavel*: A nervus pubicus internus resectioja vaginismusnál és pruritis vulvae-nél. *Terrier és Gosset*: A gastrostomia. *Quénu és Petit*: A maró anyagok nyelése után támadó heges pylorus-szűkületek. *Julliard*: A cytologia, kryoskopia és haematolysis klinikai használata egyes savós hárták sebészi megbetegedéseiben.

Archives générales de médecine, 1902. január. *Tillaux*: Alfred Velpeau. *Mathieu és Roux*: A gyomor és a bél uraemiás ulceratioi. *Oddo és Audibert*: Familiaris periodikus paralysis. *Boix és Noé*: Néhány toxalbumin közömbösítése natrium hyposulfittal az állati szervezetben. *Grandmaison és Boidin*: Hydarthrosis syphilitica praecox voluminosa. *Marcou*: Szent-Pétervár kórházai. Február. *Oddo és Audibert*: Familiaris periodikus paralysis. *Sergent*: Generalizált melanosarcoma cutis. *Meige és Feindel*: „Torticosis mental.” *Regnault*: Az achondroplasia.

Bulletin général de thérapeutique, 143. kötet, 4. és 5. füzet. *Lyon*: Az enterocolitis mucromembranosa és kezelése. *Leredde és Pantrier*: Az arcz lupus tuberculosusának phototherapiája. *Camescasse*: Inter-mittáló tejdiaeta. *Camescasse*: A pustula maligna kezelése oxygenes vízzel és natrium bicarbonicummal.

The lancet, 1902. I. 10. szám. *A. Marmaduke Sheild*: Az emlő rosszindulatú álképletének 60 műtett esete. *F. G. Parsons*: Az emlősek véredényeinek viszonya az ember véredényeihez. *Dyce Duckworth és A. E. Garrod*: Adat a bélfény ismeretéhez. *M. H. Gordon*: Izal-olaj mint bédiesinficiens. *E. Swales*: Hugyanynyal és Röntgen-fénnyel sikeresen kezelt lupus vulgaris két esete. *R. O. Callaghan és H. Dardenne*: Méhrák miatt végzett hysterectomia abdominalis két esete. *F. B. Aspinall*: Elektromos sokk. *J. W. Washbourn*: Latens vaccinia. *D. Bruce*: Egy új trypanosoma. *J. Mc Clymont*: A szív-lökés és szívhangok reduplicatiojának esete. *J. P. zum Busch*: Az inguinalis mirigyek eltávolítását követő elephantiasis a külső nemi szerveken. *T. H. Goodwin*: Végbélrák műtett esete.

British medical journal, 1902. március 15. *J. Magee Finny és E. J. M. Watson*: A Röntgen-sugarak haszna intrathoracikus daganatok kórismézésénél. *W. Gordon*: A szívrojúk változása a helyzettől. *Th. Fisher*: A bal szív veleszületett megbetegedésének két esete. *C. Birt*: Traumás aneurysma kezelése proximalis ligatúrával. *A. J. Campbell*: Heveny Basedow-kór esete. *Christopher Childs*: A typhus megelőzésének nehézségei háborúban. *R. Jones*: Puerperalis elme-zavar. *E. Ray Lankester*: A malaria-parasita fejlődési alakjainak terminológiája. *J. G. Watt*: Traumás szemhéjempheyma. *Ransford F. Gill*: A gyomorfekély buzamosabb kezelésének szükségessége. *R. Jardine*: Egy koraszülött, két font súlyú csecsemő további sorsa. *Nesbitt O. D. Burns*: Antitoxinnal kezelt tetanus-eset. *D. Macdonogh*: A mellékvesekivonat mint haemostatikum. *P. T. Cairns*: Hereditaer paramyoclonus multiplex esete.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. március 21.

* **Fodor József emlékezete.** Most egy éve, hogy elvesztette a magyar orvosi tudomány egyik előkelő munkását, Fodor Józsefet. Az Országos Közegészségi Egyesület kegyeletesen ünnepelte meg évfordulóját, f. hó 29-dikán rendkívüli közgyűlést hívott össze, a melyen *Kéty Károly* dr. elnökle alatt *Riegler Gusztáv* dr. kolozsvári egyetemi tanár, Fodor volt assistense mondott a megboldogult családjá, jó ismerősei és barátjai, volt tanártársai jelenlétében emelkedett hangú emlékbeszédet.

Ugyanezen ülésen terjesztette elő az elnök az egylet választmányának javaslatait Fodor emlékeztetének miként való megörökítésére. E javaslatok a következők voltak:

1. Mondja ki a közgyűlés, hogy az egyesületi folyóiratnak, az „Egészség”-nek czimlapján ezentúl rajta legyen annak minden számán: Megindította Fodor József 1887-ben. Rajta legyen azontul a czimlapon képe is.

2. Az Egészségnek az a száma, mely közvetlenül a mai rendkívüli ülés után fog megjelenni, tisztán Fodor József emlékezetének legyen száma.

3. Az egyesület alaptökejének kamataiból három évenként „Fodor-díj” gyanánt 300 koronás pályadíjat tűz ki önálló egészségügyi munka jutalmazására. E díjat a választmány a Fodor József halála napját (március 20) megelőző választmányi ülésen ítéli oda és a legközelebbi gyűlésen adja ki. A „Fodor-díj” legelőször 1903-ban adandó ki.

E javaslatokat a rendkívüli közgyűlés egyértelműleg elfogadta.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatásai szerint az 1902-dik év 10. hetében (1902. március 2-dikétől március 8-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1902-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751,171, katonai 16,484, összesen 767,661. Elve született 502 gyermek, elhalt 283 egyén, a születések tehát 219-el múltak felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra 34.0. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 19.2, az egy éven felüli lakosságnál: 14.5 az öt éven felüli lakosságnál: 12.9 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 3, pertussis 3, morbilli 2, scarlatina 2, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 1, meningitis 15, apoplexia 10, eclampsia 14, szervi szívhibák 17, pneumonia 28, pleuritis 2, pneum. catarrh. 9, bronchitis 10, tuberculosis pulmonum 47, enteritis 9, carcinoma 11, ezek közül méhrák 0, egyéb újképlet 3, morbus Brightii és nephritis 6, veleszületett gyengeség 16, paedatrophia 0, marasmus senilis 8, erőszakos haláleset 17, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 11, bal eset 6, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 3091 beteg, szaporodás e héten 925, csökkenés 919, maradt e hét végén 3097 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi március 5-dikétől március 12-dikéig terjedő 10. héten a tisztai főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 33 (35), diphtheria, croup 23 (37) hagymáz (typhus) 4 (2), kanyaró (morbilli) 304 (258), trachoma 5 (5), vérhas (dysenteria) 0 (1), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 37 (17), orbáncz (erysipelas) 1 (0), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0, (0) járv. fültőmirigylob. (0), ezenfelül varicella 29 (19).

+ **Meghívás** a magyar szent korona országai balneológiai egyesületének 1902. évi közgyűlésére és a XII. magyar balneológiai kongresszusra, április hó 13-dikán és 14-dikén. Közgyűlés. Az országos balneológiai egyesület évi közgyűlését folyó évi április hó 13-dikán délelőtt 10 órakor, a budapesti királyi orvosegyesület üléstermében (VIII. Szentkirályi-utca 21.) fogja tartani. Tárgyak: 1. Elnöki megnyitó. 2. A főtitkár jelentése az egyesület működéséről. 3. A pénztáros jelentése a pénztár kezeléséről. 4. A pénztár megvizsgálására kiküldött számvizsgálók jelentése. 5. Pályakérdés kihirdetése. 6. Indítványok. Ezen közgyűlésre a balneológiai egyesület összes tagjai tisztelettel meghívottak. Közvetlenül a közgyűlés előtt, reggel 9 órakor az egyesület gazdasági osztálya a megnevezett helyiségben évi ülését tartja.

XII. magyar balneológiai kongresszus. A kongresszus ülései április hó 13-dikán és 14-dikén az orvosegyesületben tartatnak meg; az első ülés április hó 13-dikán (vasárnap) délelőtt 11 órakor; a második ülés április hó 14-dikén (hétfő) délelőtt 11 órakor; a harmadik ülés ugyanazon napon délután 6 órakor.

Napirend: I. ülés, április hó 13-dikán, délelőtt 11 órakor. 1. Győry Tibor dr.: Fürdőink és ásványvizeink történelméről. 2. Kármán Samu dr.: A fertőző gyermekbetegségek kérdése fürdő- és nyaralótelepeken. 3. Váradi Gyula (Siófok): A hazai fürdők reklamügye. 4. Arányi Zsigmond dr.: fürdőorvos (Herkulesfürdő): A syphilis kezelése sósfürdőkkel. Délután 4—6-ig az Erzsébet királyné-szénium megtekintése. Kuthy Dezső dr. igazgató főorvos vezetése alatt, ki a szénium bemutatásával kapcsolatosan az ott alkalmazott gyógyrendszerről előadást fog tartani. (Jelentkezés ezen kirándulásra április hó 8-dikáig a főtitkárnál.)

II. Ülés, április hó 14-dikén, délelőtt 11 órakor. 1. Tausz Béla dr. fürdőorvos (Csiz): Tanulmányok a csizi jód-brómos víz physiologiai hatásáról a gyomorra; reflexiók a mesterséges ásványvizekről. 2. Wosinski István dr. fürdőtulajdonos és fürdőorvos (Balf): A balfi lithiumos savanyúvizek hatása, javallata és használati módja. 3. Rigler Gusztáv dr. egyetemi tanár (Kolozsvár): Az ásványvíz-palacek dugaszolása. 4. Weinberger Miksa dr.: A neurasthenia sexualis gyógyításáról.

III. Ülés, április hó 14-dikén, délután 6 órakor. 1. Marschalko Tamás dr. egyetemi tanár (Kolozsvár): Balneoterapia a dermatológiában. 2. Rottenbiller Ödön dr. fürdőorvos (Trencsén-Teplitz): Az iszapkezelés mai álláspontja 1200 iszapalkalmazás kapcsán. 3. Weisz Ed. dr. fürdőorvos (Pöstyén): Az idült csúszos bántalmak lázas alakjairól. 4. Bosányi Béla dr. kir. tanácsos, fürdőorvos, (Szt.-Lukácsfürdő): Az izületi bántalmak balneoterápiája. 5. Boleman István dr. kir. tanácsos, fürdőorvos (Vihnye): A hazai fürdők látogatottsága az 1900 évben (hivatalos adatok alapján).

A záróülés után, este 9 órakor, közös vacsora az István főherceg szállodában; jelentkezés a főtitkárnál. Budapest, 1902. március hó 20-dikán. Az országos balneológiai egyesület igazgató tanácsa: **Tauffer Vilmos** dr. elnök. **Lőw Sámuel** dr. főtitkár.

— A nyilvánossági jelleggel felruházott magyarországi kórházak részére az 1902. évre megállapított napi ápolási díjak jegyzéke. (26,424/1902. B. M. szám.) 1. Bajai városi kórház 1 k. 58 f., 2. Bártfai városi kórház 1 k. 54 f., 3. Besztercebányai vármegyei kórház 1 k. 10 f., 4. Besztercebányai városi kórház 1 k. 12 f., 5. Borosjenői

járás kórház 1 k. 56 f., 6. Csabai községi kórház 1 k. 50 f., 7. Csongrádi községi kórház 1 k., 8. Czeplédi városi kórház 1 k. 32 f., 9. Eperjesi városi kórház 1 k. 76 f., 10. Erdődi vármegyei kórház 1 k. 40 f., 11. Gyergyói kórház 1 k. 64 f., 12. Gyulafehérvári városi kórház 1 k. 20 f., 13. Hódmezővásárhelyi városi kórház 1 k. 58 f., 14. Hódmezővásárhelyi városi szemkórház 1 k. 76 f., 15. Ipolysági vármegyei kórház 1 k. 40 f., 16. Karánsebesi városi kórház 1 k. 30 f., 17. Kassai szülők és gyermekmenház 1 k. 56 f., 18. Kecskeméti városi kórház 1 k. 64 f., 19. Kézdivásárhelyi egyesületi „Rudolf”-kórház 1 k. 12 f., 20. Komáromi városi kórház 1 k. 32 f., 21. Körösbányai járási kórház 1 k. 40 f., 22. Kőszegi egyesületi kórház 1 k., 23. Liptó-szent-miklósi vármegyei kórház 1 k. 50 f., 24. Lugosi városi kórház 1 k. 56 f., 25. Magyaróvári vármegyei kórház 1 k. 52 f., 26. Nagybányai városi kórház 1 k. 40 f., 27. Nagysomkúti községi kórház 1 k. 20 f., 28. Nagyszalontai községi kórház 1 k. 54 f., 29. Nagyszombati megyei kórház 1 k. 30 f., 30. Némethújvári alapítványi kórház 1 k. 42 f., 31. Orsova községi kórház 2 k., 32. Rozsnyai községi kórház 1 k. 50 f., 33. Selmeczbányai városi kórház 1 k. 20 f., 34. Siklói községi kórház 1 k. 46 f., 35. Sümegi községi kórház 1 k. 20 f., 36. Szentesi vármegyei kórház 1 k. 48 f., 37. Szombathelyi emberbaráti kórház 1 k. 60 f., 38. Temesvári „Fehér kereszt” Országos Lelenczház szülészeti osztálya 1 k. 62 f., 39. Túrkeves-szent-mártoni megyei kórház 1 k. 50 f., 40. Újpesti „Gróf Károlyi”-féle kórház 2 k., 41. Újvidéki városi kórház 1 k. 78 f., 42. Veszprémi városi kórház 1 k. 26 f., 43. Zentai városi kórház 1 k., 44. Zirci városi kórház 1 k. 20 f., 45. Zombori városi kórház 1 k. 66 f.

✗ **Új nyilvánossági jellegű osztrák kórház.** A cs. kir. morva helytartóság értesítése szerint f. évi február 15-dikétől kezdődőleg a morvaországi *Neustadt* városi kórház a nyilvános közkórházi jelleggel ruházott fel. A napi ápolási díj a II. osztályban 4 koronával, a III. osztályban 1 korona 80 fillérrel állapított meg. (24,505/1902. B. M. sz.)

✗ **Gyógyszerárkereskedés engedélyezése.** A belügyminister *Huczik István* okl. gyógyszerész, lugosi lakosnak Lugoson gyógyszerárkereskedés nyitására engedélyt adott. (24,857/1902. B. M. sz.)

— **A titkos szerek és gyógyszerári specialitások ügyének rendezése** foglalkoztatja most több állam legfőbb egészségügyi hatóságait. Németországban állami bizottságot alakítottak oly célból, hogy az ily szereket beható vizsgálatnak vessék alá s azokat, a melyek szédelgés-szerűek, kitaltsák a közforgalomból. Németországban ez az intézkedés több szempontból éles bírálat tárgya, főképp azért, mert a bizottság határozatai megfélembre lehetnek és mert nem írták elő azt, hogy mily ténykörmények állapítsák meg valamely titkos szer szédelgés-szerű voltát. Ausztriában legutóbb rendeletet bocsátott ki a belügyminister, a melyben a töle kieszközölhető külön engedélytől teszi függővé ily szerek forgalomba hozását. Az engedély alapos bírósági vizsgálat után adható csak ki. A vizsgálatnál irányadó szempontok is közzétettek e rendeletben.

— **Tauffer tanár szülészeti poliklinikájának** segélyét 1902. február hóban 106 esetben 76 műtéttel vették igénybe.

† **Elhunyt.** *Lax József* dr. Felső-Sztrégován 64 éves korában. 40 évig működött mint orvos Pásztón.

| **Hibaigazítás.** Mult számunk 184-dik lap első hasábján 15-dik sorban „hasonló” helyett „hasadó” a 2-dik hasábon alulról a 11-dik sorban „bomlásokból” helyett „gombák” olvasandó.

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

A pesti izr. hitközség kórházának **Röntgen-laboratoriumában** átvilágítás, képfelvétel és gyógykezelés hétfőn, szerdán és szombaton d. e. 10—11. Laboratoriumvezető: **Simonyi (Schwarz) Béla dr.**, a kórház v. alorvosa. Lakik: V., Hold-utca 25.

A fogászatból és fogtechnikából, valamint annak egyes ágazataiból (arany-, porcellán-tömések, korona- és hidmunka, fémtechnika) kurzusokat ad **Bauer Samu dr.**, Budapest, IV., Deák Ferenc-utca 15.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencéiben az ásványvíz naponként négyszer megújul, **locális iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és ádító-fürdők. Kitűnő szállóház. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az **igazgatóság.**

A KRONDORFI A LEGJOBB NYÁLKALDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (X. rendes ülés 1902. márczius 15-dikén.) 216. l. — Budapesti kir. orvosegyesület otológiai szakosztálya. (1900. október 19-dikén tartott szakülés.) 216. l. — Közkórkázi orvostársulat. (II. bemutató ülés 1902. január 29-dikén.) 217. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(X. rendes ülés 1902. márczius 15-dikén.)

Elnök: Schwarz Arthur. Jegyző: Ritoók Zsigmond.

Elnök az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Rottenbiller, Jurkiny és Hirschler tagtársakat. Jelenti, hogy *Hirschberg* berlini tanár „Einführung in die Augenheilkunde” című munkáját az egyesület könyvtárának ajándékozta. Köszönettel vétetik.

Adatok a szív érzési és mozgási neurosisaihoz.

Rottenbiller Ödön. Szerző bő kórtörténetekkel magyarázza a szív neurosisainak arthritises egyénekben látott gyakoriságát s azt hiszi, hogy ez a kórtörténeti mozzanat egyike a legfontosabbaknak.

Következtetéseit az álszívgyörcs, a lassú és gyors szívverés leírásánál megfelelő kórtörténetekkel illusztrálva a következőkben összegezi: 1. A szívneurosisok létezése elvitázhatatlan. Kimagasló tünetei a szív érzési és mozgási zavarai nyilvánulnak. 2. Ezen neurosisok összefüggése a „csúszos” ízületi gyuladásokkal legalább is feltűnő. 3. Bár az ízületi gyuladások mint ok és másrészt a szívneurosis mint okozat szoros összefüggésben állanak: az okozat kifejlődésére szinte lényegtelennek látszó *alkalmi* okok kellenek. 4. Ha a betegnek az ízületi gyuladást sikerült meggyógyítani, a szív baj is elmúlt. 5. A recidiva rendszerint a másik betegségbe való visszaeséssel jár. Sőt a recidivák rendszerint súlyosabbak, mert úgy látszik fokozott hajlamosság marad a szervezetben vissza. 6. A neurosisok eme csoportjánál a cardiacumok hatástalanok, sőt nem ritkán ártalmasok. 7. A gyógykezeléseket a hydro- és balneotherapie uralkodik. 8. A neurosisok gyógykezelését az izgató szerekkel és szívmérgektől való szigorú eltiltás nagyban elősegíti.

Jendrassik Ernő: Elismeréssel veszi tudomásul előadónak gondos tanulmányait a szív bajok terén, valóban szükséges, hogy épen a meleg fürdő kúrákkal foglalkozó orvosok nagy gonddal ellenőrizzék a szívet és a kellő gyógyításmódot meg tudják választani. Általánosságban egyetért az előadónak nézeteivel. Felszólalásának egyik célja az, hogy a szénsavas fürdők használatát is megbeszéljük e helyen. Kétségtelen, hogy mindazt, a mit a szénsavas fürdővel el lehet érni, más fürdőkkel is lehet. A szénsavas fürdő csak egy, elég kényelmes és észszerű mód, de nem az egyedül hatásos. Nem szabad azonban azt gondolni, hogy azon szénsavat fejlesztő készítmény, melyet egy fővárosi gyógyszerész *Carbonid* néven erősen hirdet, egyáltalában szénsavas fürdőt szolgáltatna. A fürdő ember mellett a dobozból néhány liter szénsav elillan ugyan, de szénsavas fürdő alatt azt értjük, ha a szénsav *oldva* van a vízben. Figyelmeztetni kíván még egy tünetre, a mely az irodalomban kevés méltánylásban részesül, de a mely alkalmas arra, hogy igen gyakran az arterio-sclerosisból támadó zavarokat az egyszerűen ideges zavaroktól megkülönböztethessük. Ezen tünet az *art. brachialisnak látható lüktetése*. A vizsgálat céljára a könyökben meghajlított karon a felkar belső oldalát figyeljük meg oldalt reáeső fényben. Egészséges emberen ezen tünet alig vagy nem is látható, míg ha élénken megvan, az aorta, a subclavia arterio-sclerosisára vall. Igen gyakran ez az egyedül megbízható tünet az ilyen esetekben.

Rottenbiller Ödön: Mikor előadását az orvosegyesület elé hozta, azon remény kecsgettette, hogy a belgyógyászok szólnak azon tapasztalatához, hogy az arthritis és szívneurosis között coincidentia van, hozzá fognak szólni. A mi Jendrassik tanár felszólalását illeti, szöve az általa említett tünetet nem ismerte. A szénsavas fürdőről osztja Jendrassik nézetét, különben Hoffmann legújabb monographiájában szintén azt mondja, hogy a szénsavas fürdők nem sokat érnek, mert minden észszerűen alkalmazott indifferent fürdővel is lehet hasonló hatást elérni.

A budapesti kir. orvosegyesület otológiai szakosztálya.

(1900. október 19-dikén tartott szakülés.)

Elnök: Böke Gyula; jegyző: Váli Ernő.

Elálló és nagy fülkagylók műtéti gyógyítása.

Váli Ernő: K. Sándor 13 éves tanuló ez év szeptemberében kereste fel bemutatót, hogy a bal fülét, mely nagyobb és a fejtől eláll, a normális viszonyoknak megfelelőleg igazítsa. A fülméreteket a következők: J. kagyló hossza 60 mm., szélessége (tragus helix) 30 mm., a concha igen kiszélesedett, az egész kagyló a hajzatos fejbőrtől egy kissé eláll; ez oldalon genyes középfülgyulladás is van. B. kagyló 60 mm. hosszú, 32 mm. széles, a concha igen mély, szinte üstszerűen tágult s az egész kagyló a hajzatos fejbőrtől majdnem derékszögben eláll, mellfelé hajlik. A bántalom tisztán kosmetikus jellegű és csakis a beteg határozott kívánságára történt a műtét Schleich-féle érzéketlenítés mellett. Az antehelix felső részé-

ből kiindulva körülbelül a fossa intercruralis alsó zugától kezdve az antehelix belső oldalán tartva a spina helicisig, tehát a kagylóba is bejutva, egy orsóalakú porcz kimetszetett; hátul, a kagyló tapadási helyétől a proc. mastoideus felé számítva, a kagyló tapadási irányának megfelelő félkör alakú, 6 cm. hosszú metszéssel a bőr visszapræparáltatott, a kagyló hátsó felületén $\frac{1}{2}$, a helix külső karimája irányában, attól körülbelül 1 cm-nyi távolságra; az így támadt négyszögű bőrlébeny kimetszetett és a kagyló hátravonása mellett a sebszélnek csomós varratokkal egyesítették. Gyógyulás erős nyomókötések alkalmazásával simán folyt le, jelenleg ez a kagyló 50 mm. hosszú, 30 mm. széles s a hajzatos fejbőrhez jobban hozzásimul, mint a jobb oldali, nem operált kagyló.

Hallható fülszöreg.

Váli Ernő: N. Gyula 30 éves kereskedő f. é. szeptember havában azzal a panasszal kereste fel bemutatót, hogy nehezen hall, fülszöreg van, és hogy ő maga, valamint környezete is füle közelében pattogást hallanak. Előadja, hogy $2\frac{1}{2}$ év előtt erősen meghűlt, akkor is ugyanezen tünetekkel volt speciális kezelés alatt, de állapota nem javulván, a kezelést elhanyagolta; ez időtől állapota többször javult, majd rosszabbodott; most szeptember havában ismét meghűlt, azóta az objectív szöreg rohamosabban, sőt egy hét óta, bár kis mértékben, a jobb fülben is jelentkeznek.

Tükrövizsgálat: A bal dobhártya vastagodott, igen behúzódtott, a közepén, fenn egy helyen atrophizált, rajta a képletek nem különböztethetők meg, az alul kis helyen látható sugárzó kúp kivételével. Jobb dobhártya szintén behúzódtott, bár kisebb fokban, alsó két negyede tejüveg-szerűen homályos, az umbonál kis darabka sugárzó kúp még látszik. Hallás: J. o. 20 cm., + Rinne, Weber-kísérlet jobb felé; B. o. 10 cm., csontvezetés igen lefokozott. A jobb orrfélen a középső kagyló megnagyobbodott; a bal orrfél, valamint a garat és a tuba nyílása szabad, normális. P. 84. A beteg bal füléhez közeledve, attól 15–20 cm. távolra is saját szerű, perczegető ketyegés hallható, mely szöreg két köröm egymáshoz való lepattantásához hasonlít, száma perczenként 105–110, az érlökéssel nem egyidejű, olykor egy pillanatra megszűnik, majd újra megjelenik. A szöreg a beteg önkéntesen erősítheti, pl. az állkapocs gyors mozgása, vagy egy erőltetett nyelési actus által; viszont a lélegzet visszatartása, a nyelv erőszakos lenyomása, a lágy szájpad ujjal való feltolása, vagy a külső hangvezető erős kitömése csökkenti, esetleg szünteti e szöregt. A carotisra gyakorolt nyomás nem befolyásolja a szöregt; a dobhártya a szöreggel egyidőben semmiféle mozgást nem végez. Ezen hallható (objectív) fülszöreg eredetére vonatkozólag fel kell venni, hogy azok sem véredényhangok, sem a belső fülben képződött szöreg, hanem a szájpad és a tuba izmainak (m. tensor et levator veli palatini, m. salpyngo-pharyngeus) összehúzódása, tonico-clonikus göröcsökbe jutása által jönnek létre, és ezen izommozgások szöregje vezetődik a fülbe. Hogy ezen jelzett izmok mesterségesen sokszor hozzatnak mozgásba, bizonyítja ama tény is, hogy a beteg — rossz szokásból — igen gyakran erőltetve működött ezen izmokat akként, hogy a garatban megszáradt váladékot ezen izmok erőltetett mozgásai által iparkodik naponta több ízben a külvilágra hozni. Gyógykezelése eddig a jelzett izmokra naponta pár percen át tartó digitalis nyomásból és antinervi-numok adagolásából állott.

Neubauer hasonló esetben 20%-os zinkulfatoldatot vezetett be több ízben a tubát át a dobüregebe s ettől jó eredményt látott.

Sugár állandó árammal való villamozást ajánl, szerinte nem ritkaság, hogy az arteria basilaris aneurysmája okoz hasonló objectív szöregket.

Dobüregrák egy esetének göröcsövi készítménye.

Sugár K. Márton: Hazai irodalmunkban Váli és Krepuska írtak le hasonló eseteket részletesen, ez esetekre az Orvosi Hetilap és az Arch. f. Ohrenheilk.-ban megjelent cikkekben azért nem hivatkoztunk, mert csak oly dobüregrákesetekre szorítkoztunk, melyek pseudobulbaer paralysis körképe alatt mutatkoznak. Válinak nagy szorgalommal összeállított, az összes addig észlelt füldaganatokra vonatkozó statistikájában (melyre a szakirodalomban is sűrűn hivatkoznak) között esete kisujjnyi, rúd alakú képletből állott, a mely a külső hangvezetőből rúdszerűleg kinyúlva kutatóval körüljárható volt. Krepuska esetében az elsődleges rákos elfajulás kiindulása a külső hangvezető fűlsírmirigyéből volt kimutatható. Obduktóra egyik eset sem került. A göröcsövi készítményben érdekes a számos mitosis. A felhám atypikus epithel képződése elágazódó s a mélységbe terjedő csapocskák alakjában látható, továbbá az elszarusodott hámsejtekből álló hangyöngyök észlelhetők. A hámsejt közötti kötőszövet legtöbb helyen nyákosan elfajult és helyenként gömbsejtesen infiltrált. Tekintve ez elváltozásokat, a göröcsövi diagnózis felől — carcinoma epitheliale keratodes — nem lehet kétség. Bemutatva a készítményt, a részletek tekintetében az eredeti cikkre utal.

Váli a Sugár által elmondottakat annyiban igazítja helyre, hogy ő nem külső hangvezető, hanem dobüregrákot észlelt, mely azonban kifejezett a külső hangvezetőre is.

Sugár rectificálja a tévesen használt „külső hangvezető” kifejezést.

Neubauer Adolf: Az adenoid vegetatiokról s azok befolyásáról a hallószervre.

Az előadáshoz hozzászólanak:

Baumgarten E.: Neubauer előadásának csak eleje elégitette ki érdeklődését, mert a többiben mind régismert dolgokat hallott. Ezen régismert dolgok hosszas elmondása után az előadó csak igen röviden foglalkozott a következményes fülbántalmakkal és a művi eljárások leírásával.

Sugár szerint téves felfogás az, hogy az északi népeknél gyakoribb az adenoidok előjövele; nem a földrajzi elterülés, hanem a tengervíz közelsége van erre befolyással. Ugy véli, hogy téved az előadó abban is, hogy fertőző bántalom esetén egy jelenlevő adenoid vegetatio complikálja a fülbántalom lefolyását. Nem fogadja el előadó ama nézetét sem, hogy a vérrokonok közti házasság nem lenne befolyással az adenoidok gyakoriságára.

Váli úgy véli, hogy bár az előadó fáradtságos és szép munkát végzett, de a tárgy nagy terjedelménél fogva némely részlet nem volt teljesen kidomborítva; így részletesebben terjeszkedhetett volna ki a műtét eljárássokra, másrészt szeretne volna, ha véleményét mond a csüngő fejjel és a narkosisban végzett műtétekről, továbbá végez-e egyidejűleg tonsillotomiát. Nincs egy véleményen előadóval abban, hogy az adenoidok műtete gyermekeknél oly könnyű lenne.

Paunz szerint helyesebb nézet az, ha nem a „szokott”, hanem azon eszközöket használja a műtő, a melyek illenek az esethez. Nem tartja a műtétet oly veszélynek ki, mint előadó, mert műtét után nagy vérzés, sőt elvérzés, fuladás, vagy minigitis is beállhat. Ő a tonsillákat mindig külön távolítja el.

Lichtenberg szerint Sugár felfogása téves, mely szerint a vegetatiók által előidézett venosus pangás okozná a dobüregi elváltozást. Inkább az előadónak van igaza, ki azt állítja, hogy akkor, midőn adenoidok miatt a tuba zárva van, a dobüregben vacuum támad s ebből kifolyólag tényleg hurut állhat elő.

Neubauer feleletei: 1. Baumgartennek, hogy ő előadásában a fősúlyt a hallószervre fektette, mint azt a czímzésben is jelzi s így a garat stb. részeket csak futólag említi. 2. Sugárnak, hogy a venosus pangás nem egyedüli oka a dobüri hurutnak, hanem inkább érthető az a felfogás, hogy adenoidok miatt a tuba elzáródik s az így támadt vacuum okoz hurutot. Fentartja véleményét, hogy adenoidok jelenléte esetén a fertőző bántalmaknál előálló genyes gyuladások igen komoly következményekkel járhatnak. 3. Válinak, hogy ő narkosis nélkül is tud operálni, de említette, hogy narkosisban is szokás a műtét. Vérspiratio így is, úgy is történhetik. 4. Paunznak, hogy complicatiók minden fajtájú műtétnél fordulhatnak elő s hogy ő is úgy értette, hogy a használandó eszköz kiválasztásánál az eset milyensége az irányadó.

Csontos atresiaival complicált otitis mastoidea radicalisan operált gyógyult esete.

Schvarcz Ede: (L. a budapesti kir. Orvosegyesület otologiai szakosztálya 1899. I. ülésének jegyzőkönyvét).

Közkórházi orvostársulat.

(II. bemutató ülés 1902. január 29-dikén.)

Elnök: Schrodtt Antal. **Jegyző:** Juba Adolf.

Elnök az ülést megnyitja. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Polgár Zsigmond és Roth Róbert tagokat.

Házastársak közti paranoiás infectio esete.

Firiczky János: A házastársak közül, kiket Donáth tanár úr szíves engedelmével mutatok be, a nő lévén a primaer megbetegedett, annak a kórrajzát mondom el előbb.

L. Gy. 40 éves betegnél neuro- vagy psychopathiás terheltség nem mutatható ki. Iskolába nem járt, írni, olvasni nem tud, de azért, mint mondja, tudományosan művelt, mert apjának mindig nagy urakkal volt dolga. Havi baját 14 éves korában kapta meg először, mely azóta rendszeren jelentkezett. 3 ízben volt teherben; első két gyermeke halva született a VI. hónapban, a harmadik 2 1/2 éves korában halt meg, „pedig szép gyermek volt, csak minden ezredik asszony szül olyat”. Elmondja, hogy szép „szegszinű” barna lány volt; sok fiatalember járt utána, de ő nem ment egyikhez sem, bár sokan kérték a kezét. Már lánykorában is voltak ellenségei. Így, midőn apja meghalt, testvérei el akarták titkolni létezését, hogy örökségétől megfoszszák, a mit később meg is tettek anyja halála után. Ő azonban nem tehetett ellenük semmit, egyrészt, mivel a jegyzőt megvesztegették, másrészt, mivel férjhezmenetele óta álmátlan, beteges volt. Férje szülei nem akarták menyüknek fogadni s mikor meglátogatta őket, rosszul fogadták, mert szegény volt; megmondta neki, hogy nem fognak tudni majd megélni s tényleg rövid idő alatt vége lett az ő és férje szépségének. Állítja, hogy 2 év előtt háziasszonya s annak leánya megbabonázott musttal itatta meg, hogy elpusztuljon tőle s férje azután a háziasszony leányát nőül vehesse. Midőn azonban a leány máshoz ment férjhez, akkor férjét is megittatták mérgezett pálinkával; de ezt csak akkor vették észre, midőn egy év múlva soványodni kezdtek s étvágyuk, erejük fogyott. A lány mindig boszorkánymódra mérget kevert titokban; fel is jelentették őt anyjával együtt, de az orvosok nem hallgatták meg őket, mert meg voltak vesztegetve. E miatt planétát huzatott magának, melynek minden szava rájuk vonatkozott, sőt a planétán rajzolt térdelő asszonyban magára ismert.

Jelen állapot. A kis termetű, gyengén fejlett, erősen lesóványodott nő feje kicsiny, biparietal átmérő 13, bitemporal 11, fronto-occipital 15.7 cm., kerülete 48 cm. Szemek mélyen fekvők, pupillák középtágak, renyhén reagálnak. Arca asymmetriás, sulcus nasolabialis d. kissé elsimult. Fogak rendetlen állásnak. Térdtünetek élénkek; triceps, periorst, kéztő feletti reflexek fokozottak. Étvágy, szék, vizezés rendben. Bejövetelekor mindkét betegnél Hochhalt tanár osztályán glykosuriát találtak pár napig. A beteg keveset alszik; baját sok szóval mondja el, melyben folyton befolyásoltatási, üldöztetési, mérgeztetési, nagyzási téveszméket hangoztat. Állapotát kórházba való bejövetele óta változatlanul mondja.

A férj L. Gy. 44 éves, takács, apja, testvérei egészségesek, anyja fejfájásban szenved. Gyermekekorában hideglelése volt, 20 éves korában gonorrhoeát, 26 éves korában ulcus venereumot kapott. Az iskolában nem valami jól tanult; félénk gyermek volt, mert mesékkel ijesztgették, sötétben nem mert járni. Felesége panaszaikat mind elhitte; ő is elmondja a mérgeztetési téveszmét, de a megigézést már nem hiszi el; szerinte az ital csak azért ártott nekik, mert meg volt mérgezve. Ezen gyanúja megerősödött akkor, midőn hasonló esetről az újságban is olvasott. Bevallja, hogy mindezen dolgokat feleségétől tudta meg, de meg van róla győződve, hogy tényleg elszáradtak volna, ha cseppekkel nem segítenek magukon. Nővérét is részesnek tartja a mérgeztetésben, mert különben hogyan mondhatta volna nekik, mikor egybekeltek, hogy úgy sem fognak tudni megélni, ha nem tudta volna előre, hogy meg fogják őket mérgezni. Újabban fivérét is vádolja részességgel, mert azt mondta neki, hogy vizsgáltsa meg magát abban a kórházban, a hol ő szolgá. Szégyenkezve bevallja, hogy felesége rendelkezett mindenben, neki kellett odaadni keresményét s az össze is szidta, ha keveset keresett.

Jelen állapot: Középtermetű, lesóványodott férfi feje kicsiny, homloka alacsony, felfelé keskenyedő; biparietal átmérő 15, bitemporal 14, fronto-occipital 16.4 cm., fejkörület 53.5 cm., koponya a lambda varratnál behorpadt. Pupillák rendben. Térdtünetek, valamint a triceps in-reflexek élénkek; potentia a betegség óta csökkent. Kórházban való tartózkodása alatt étvágya javult, testben gyarapodott s reméli, hogy meggyógyul, csak büntessék meg üldözőiket. Mióta feleségével keveset érintkezik, egyes téveszméket már corrigált, csak a mérgeztetési maradt meg.

A kettő együttes vizsgálatánál feltűnik, hogy a míg az asszony beszél, férje szemlesütve, állat megtámasztva hallgatja, fejével bólingat. Felesége minden mondat után hozzáfordul s kérdezi: „Ugye, így volt papa? Hiszen te jól tudod elmondani, te tudományos ember vagy”. De azért nem hallgat el, férjét nem engedi beszélni; hanem maga beszél helyette; többször ingerülten rászól férjére, hogy mondja el a dolgot, a mint van; majd összeszedi: „Látod, te nem beszélsz semmit; mindig mondom neked, ne hagyd annyiban a dolgot”. Az asszony egész viselkedéséből, beszédéből az tűnik ki, hogy ő volt úr a háznál s szellemi tekintetben is fölényt gyakorolt férje felett.

Már a közönséges életben is találkozunk olyan esetekkel, hogy némely emberek tetteikkel, szavaikkal, egész fellépésükkel annyira imponálnak, hogy nézeteiket, szokásaikat kritika nélkül helyesnek fogadják. Számos példát találunk arra is, hogy egyesek egész tömegeket hódítanak meg eszméiknek. **Werner** szerint a psychikus infectionál a legfőbb momentum az akaratlan utánzás, azután a másodlagosan megbetegedettek örökölt vagy szerzett dispositiója. Analógiába hozták a psychikus infectiot a nevetéssel, ásitással, ájulással, melyek egyik emberről a másikra ragadnak. **Herzog** a suggestioval hasonlítja össze s azt mondja, hogy mély bizalom s a férfi szellemi felsőbbségében való hit csökkent a nő ítélőképeségét, úgy, hogy a férfinnál jelentkező psychikus anomaliákat, mint olyanokat, nem veszi észre. **Legrand Du Saulle** szerint a primaer megbetegedett a secundaert teljesen uralja, az utóbbi csak ehoja az elsőnek s intelligenciája alacsonyabb. **Baillarger** és **Kraepelin** a másodlagosan megbetegedett két állapotot különböztet meg: az illető vagy egyszerűen veszi át a téveszméket, vagy azokat tovább fejleszti; **Schönfeld** szigorú megszorítással csak az utóbbit nevezi psychikus infectionak. **Marandon De Monty** három feltételt állapít meg a psychikus infectiohoz: 1. örökölt dispositio, 2. benső együttlét, 3. folytonos befolyásoltatás a beteg részéről, s elnevezi ezen állapotokat *folie à deux*-nek, melytől különválasztja a *folie imposée*-t, a hol a secundaer esetben az érzelmi csalódások hiányoznak, a *folie communicée*-t, midőn a secundaer esetben hallucinatiók és téveszmék is vannak s a *folie simultanée*-t, midőn több egyén ugyanazon körülmények közt és befolyások alatt betegszik meg. A megbetegedésnél vagy a beteg környezetében levő kedélyizgalom, vagy a beteg folytonos suggestioja játszik szerepet. Ezen között psychosokosok leggyakoribb alakja a paranoia; az ilyen beteget rendszeren egészségeseknek tartják, úgy, hogy azoknak nem nagy fáradtságába kerül környezetüket téveszméik valódiságáról meggyőzni. Statistikák szerint ilyen psychikus infectio legtöbbször vérrokonok közt jön elő, különösen ikrek közt (*folie gemellaire*), azután házastársak közt, s itt ismét leggyakoribb az, hogy a férj inficiálja nejét, míg a fordított viszony, a milyen a mi esetünk is, a ritkábbak közé tartozik.

Hogy pedig jelen esetben a nő részéről történt a psychikus infectio, az könnyen magyarázható a közöttük fennálló viszonyból, melyre már előbb utaltam. A férj, a ki már gyermekkorában is félénk, korlátolt eszű egyén volt, házassága alatt megszokta, hogy mindenben felesége szavára hallgasson, úgy, hogy akkor, midőn az üldöztetési téveszméivel előállott, azokat éppen úgy elfogadta, a mint hogy más véleményében sem kételkedett. Eleinte próbált ellenállani, de csak annyiban, hogy más magyarázatát kereste a dolognak; tudniillik nem a bűvös szavak, hanem az italba kevert mérge okozta romlásukat, s meg

van győződve róla, hogy már régen elpusztultak volna, ha orvossággal nem segítenek rajtuk.

A prognózis az asszonytól, mint a ki kifejezett paranoiában szenved, rendszerezett üldözöttségi és mérgezettségi téveszmékkel, kedvezőtlen, míg a férfinál, a ki a téveszméket inkább csak elfogadta, egyeseket kórházi tartózkodása alatt már corrigált is, kedvezőbb, sőt a teljes gyógyulás sincs kizárva. (Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

Alulírott betegsegélyző pénztár a megüresedett pénztárorvosi állásra pályázatot hirdet. Javadalmazása: évi fizetés 2000 korona, mely utólagos havi részletekben folyósítatik, az egyúttal betöltendő körorvosi tisztség évi fizetése 360 korona, a kézi gyógyszerész évi jövedelme körülbelül 600 korona, az állami anyakönyv vezetésért 160 korona s végül a magánpraxissal járó néhány száz korona. Kívánatos eddigi néhány évi gyakorlat és a köteles magyar nyelv mellett a német s román nyelvek némi ismerete. Az állás f. évi április hó végével elfoglalandó.

Munk H. és Fiai

fűrészgár betegsegélyző pénztára Maros-Szlatina.

Az alulírt betegsegélyző pénztárak egy orvost keresnek, kinek legalább két évi praxisa van. Évi fizetés 2400 korona, valamint természetbeni lakás, fűtés és világítás. Magánpraxis engedve. Belépés f. évi április hó 1-sejéig kívánatos. Ajánlatok az alulírt pénztárak egyikéhez intézendők, Zernestre (pr. Brassó).

Brassói cellulosegyár részvénytársaság betegsegélyző pénztára.
Copony Márton-féle papírgár betegsegélyző pénztára, Zernesten.

83/1902. kórh.

A „Mosonvármegyei Karolina-kórház”-ban M. Óvárótt újonnan rendszerezett alorvosi állásra ezennel pályázatot hirdet.

Ezen állás évi 1000 kor. fizetéssel, teljes I-ös osztályú élelmezéssel, két bútorozott szobából álló lakás (kórházban), fűtés és világítással van javadalmazva.

A pályázni kívánókat felhívom, hogy orvosi tudori képesítésüket, életkorukat és esetleges eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal kellően felszerelt kérvényüket f. évi április hó 6-dikáig hozzám adják be.

Magyar-Óvár, 1902. évi március hó 18-dikán.

A Mosonvármegyei Karolina-kórház igazgatója:

Laehne Ernő dr. s. k.

128/1902. E.

Dobsina r. t. város a nyugdíjazás folytán megürült városi alorvosi állásra pályázatot nyit.

Az alorvosnak javadalmazása: évi 1000 korona készpénz, 150 kor. lakbér és 40 köbm. kemény tűzifa a házhoz szállítva.

Pályázati kérvények az 1886. évi XXII. t.-cz. 74. §-ában megkivánt minősítést és pályázó egészségi állapotát igazoló bizonyítvánnyal ellátva, 1902. évi április hó 3-dikáig bezárólag alulírott polgármesteri hivatalnál benyújthatók.

Dobsina, 1902. évi március hó 16-dikán.

Szontagh, polgármester.

90/1902. szám.

A vezetésem alatt álló magy. kir. javító-intézetnél kormányhatósági megbízás útján betöltendő s évi 1000, azaz: egyezer korona tiszteletdíjjal egybekötött orvosi állásra ezennel nyilvános pályázatot hirdet.

Az intézeti orvos kötelessége az intézetet minden nap az igazgatóval egyetértőleg megállapítandó órában (szükség esetében naponként többször is) meglátogatni s az intézet beteg növendékeit és alkalmazottait minden külön díjazás nélkül gyógyítani. Kötelessége továbbá az intézet egészségügye felett szigorúan őrködni s az intézeti igazgatóság ez ügyben hivatalosan nyilvánított kívánalmainak pontosan megfelelni.

Ezen állásra csak azon orvos urak pályázhatnak, a kik a törvényszéki orvosi vizsgát is letették.

A kellően felszerelt és szabályszerűen felbelyegzett pályázati folyamodványt a nm. magy. kir. Igazságügyi Minister Urhoz kell címezni s legkésőbb folyó évi március hó 30-dikáig az alulírt igazgatóhoz benyújtani, vagy pedig posta útján beküldeni.

Kassa, 1902. évi március hó 1-én.

3-2

Latzkovszky Lajos, igazgató.

Fülöp Szász Coburg Gothai herceg vasgyáránál Pohorellán a vasgyári orvosi állás Helpa székelylyel (Gömör-Kis-Hont m.) betöltendő lévén, arra ezennel pályázat nyitattik.

Pályázni kívánók felhivatnak, miszerint abbeli szándékukat alulírott igazgatósággal az 1902. évi március hó 20-dikáig — később érkező megkeresések figyelembe nem vétetethet — közölni sziveskedjenek, mely is érdeklődőknek az állás mikénti javadalmazása s a teljesítendő kötelek tekintetében felvilágosítást nyújt.

Ezen orvosi állásnál, a mennyiben a körorvosi teendővel és házi gyógyszerértartás kötelezettségével van egybekötve, a tót nyelv ismerete is kötelező.

A kinevezett orvos állását legkésőbb 1902. évi május hó 1-én elfoglalni köteles.

Pohorella vasgyár, 1902. február hó 27-dikén.

Fülöp Szász Coburg Gothai herceg

Ő Fensége vasgyári igazgatósága

Schröder s. k.

2-2

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárati	Állás	Hely	Fizetés	Czím
Márcz.				
30.	k. alorvos	Nagykanizsa	1000 k., lak., ellát.	Városi tanács
30.	felügyelő	Suez és a Mózes-forrásoknál	8000—12,000 frank	Vesztegrár-igazgatóság
30.	orv. állás	Suezi egészségügyi hivatal	26—36, 575—1000 egyiptomi font havi fiz.	Alexandria
30.	orvosnő	Korneiriei és Korneiriei és		detto
30.	intéző	szuakimi egészségügyi hivatal	22—28 egyiptomi font havi fizetés	detto
30.	orv. állás	Kassa	1000 k.	Latzkovsky igazgató, Kassán
30.	j. int. o.	Siklós	1840 k.	Mladin fszb., Elek
30.	körorvos	Radoson	1200 k., 400 k. u. á.	Frideczky fszb.
30.	körorvos	Somogy	2200 k.	Gr. Széchenyi Imre, Bpest, Eötvös-u. 21.
31.	u. orv.			Cseh főszolgabíró, Kézdivásárhely
31.	körorvos	Alcsernáton	2100 k.	Igazgató-tanár
Április		Budapesti		Jilly Victor fszb., Dárda
1.	s. orv.	bábaképezde	600 k.	Igazgató
1.	körorvos	Magyar-Bóly	1200 k.	Haja Gy. fszb., Csorna
6.	m. főorv.	Lipótmező	2000 k., lak., élelm.	Pálffy fszb., Székely-Keresztúr
7.	körorvos	Csorna	600 k.	Pálffy Jenő fszb., Székely-Keresztúr
10.	k. alo.	Kisküküllővár.	1000 k., lak., élelm.	Benedek fszb., Oklánd
30.	körorvos	Etéd	1250 k.	
30.	közs. orv.	Oklánd	1200 k., lakás	

HIRDETÉSEK.

MERAN „Villa Hungaria“

Sanatoriumszerűleg vezetett villaktüdőbetegek számára. Fekvőcsarnokok. Állandó orvosi felügyelet.

Dr. GARA, Dr. ROTH-SCHULZ.

Vegyi, górcsővézeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

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

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

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

BUTOR

készpénzért v. részletfizetésre legutányosabb áron

EHRENTREU és FUCHS

testvéreknél

BUDAPEST, VI., Teréz-körút 8.

Képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

Zambeletti-féle oldható vasarseniát

vérszegénység, sápkórság és kachexiák kezelésére.

Cseppek, labdacso, 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. Kérdezőkódások a következő lerakatokhoz intézendők:

MAGYARORSZÁG: Dr. Budai Emil, Városi gyógyszerész, Váci-utca, 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.

GYNAEKOLOGIA

A BUDAPESTI KIR. ORVOSEGYESÜLET GYNAEKOLOGIKUS SZAKOSZTÁLYÁNAK HIVATALOS KÖZLÖNYE.

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

TARTALOM: Beköszöntő. 1. l. — *Palotai Andor:* Arczfekvésekről. 1. l. — *Scipiadés Elemér:* Az ophthalmoblennorrhoea neonatorum prophylaxisának kérdése, kapcsolatban az ezüst-acetattal végzett instillatiók eredményének ismertetésével. 9. l. — *Pauer Károly:* Uterus duplex separatus esete. 13. l. — *Tárca: Temesváry:* A gynaeologia halottai. 2. l. — *Semmelweisnál.* 5. l. — *Bábaty: Hevesi Arthur:* Jelentés a bábaty országos rendezéséről. 15. l. — 25,313/1902. sz. B. M. körrendelet. 16. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület gynaeologikus szakosztálya. 17. l. — *Irodalomszemle:* I. Könyvismertetés. II. Lapszemle. III. Bibliographia. 21. l. — Congressus. 24. l. — Vegyesek. 24. l.

Az „Orvosi Hetilap” szerkesztőségének megtisztelő bizalma folytán s szíves hozzájárulásával, másrészt a budapesti kir. orvosegyesület gynaeologikus szakosztályának erkölcsi és anyagi támogatása mellett indítjuk meg az „Orvosi Hetilap” „Gynaekologia” című mellékletét.

Régen érzett szükségét, hézagot kíván e lap pótolni orvosi irodalmunkban. A nőorvoslás és szüléset tudományának behatóbb művelése, hovatovább szélesebb térfoglalása mellett kívánatosnak, közérdekűnek látszott, miszerint e tudományágak irodalmi művelői számára tágasabb tér nyíljon arra, hogy hazánk nyelvén közölhessék tapasztalataik, vizsgálódásaik eredményeit s így ezek hazánk orvosainak közkinésévé lehessenek; másrészt a külföld ezirányú irodalmi termékeinek összegyűjtése, lehető kimerítő ismertetése, s az e szakmában felmerülő események tárgyalása képezi majd feladatunkat.

Bár e lap szerkesztésében mindenben szolgálni kívánjuk a gyakorló orvos érdekeit is, első sorban a nőorvoslás és szüléset tudományos irodalmi művelése lebeg szemünk előtt.

Biztató, felemelő érzés hat át minket, a mikor a régi idők emlékei között rátalálunk arra, hogy ugyancsak az „Orvosi Hetilap” már 1864. évben indított meg e szakmával is foglalkozó mellékletet „Gyermekegyógyászat és Szüléset” ezim alatt s ez utóbbinak főmunkása nem kisebb ember volt, mint halhatatlan Semmelweisunk. E melléklet 2 éven át 24 számban jelent meg; 1865. év végén, úgy látszik Semmelweis halála folytán utoljára.

Ilyen nagynevű elődünk nyomdokában s e nagy szellem emlékezetével kezdjük meg szerény munkánkat azon czél által vezetve, hogy szaktudományunknak magyar nyelven való irodalmi művelését, fejlesztését előmozdítsuk.

Erre kérjük igen tisztelt kartársainknak jóakaró, szíves támogatását!

Közlemény az I. számú női klinikáról (Kézmárszky Tivadar tanár).

Arczfekvésekről.

Irta: *Palotai Andor* dr.

Nagyobb klinikai anyag feldolgozása nemcsak akkor bir értékkel, ha abból a gyakorló orvos új szempontokat nyer a betegágnál követendő eljárására nézve, hanem akkor is, midőn más czélt nem tűz maga elé, mint a physiologikus viszonyok feltárását; ez ekkor a természet megismerésére való törekvés, oly czél, melyet a természet végtelenségénél fogva sohasem fogunk elérni, csak megközelíteni, annál inkább, minél több tapasztalatot hordunk össze. E czélt akarja szolgálni jelen dolgozat az egyetemi I. sz. női klinikán 27 év alatt észlelt több mint 20,000 szülés között előfordult száznál több arczfekvésről.

Az arczfekvés tudvalevően az egyenes fekvések olyan variétása, mely sok megfigyelő előtt szinte kórosnak tűnik fel; máig is vitás még azon kérdés, kóros fekvés-e az arczfekvés vagy nem, az arczfekvések története pedig alapjában nem más, mint harcza azoknak, kik az arczfekvést hibás szülésnek tartják, azokkal, kik azt a physiologikus szülések közzé sorozzák.

Az arczfekvésekről először ephesusi Soranus (110 K. u.) emlékezik meg annak „situs in dentes” nevet adva. Ő utána már csak az újkorban foglalkoztak újra az arczfekvésekkel, még pedig Rösslin Eucharius ír róluk bábatankönyvében, mely az első német nyelven megjelent szülészeti mű volt (1513). Az 1564-ben született Bourgeois Luiza — IV. Henrik francia király udvari bábjája az arczfekvéses szülések spontán befolyásáról már tudott, ép így Mauriceau (1660—1709) is, ki azért mégis a koponyafekvésre való correcturát ajánlotta. Kortársa Portal vele szemben határozottan javasolja az arczfekvéses

szülés spontán befejeződésének megvárását; ugyanígy nyilatkozik Siegemundin is 1690-ben megjelent művében. Deventer (1651—1724) az első tudományosan komoly szüléset írója azt ajánlja, hogy a mint az arczfekvés diagnoskálva van a redressiót is meg kell kísérteni, ennek nem sikerülése esetén extraálni kell a fejet szájba vezetett ujjal. A correcturát ajánlók főképviselője Baudelocque volt, az ő pontosan leírt kézfogásai, még mai napig is használatban vannak. Németországban a redressio szószólói Rosshirt és Osiander voltak, különösen ez utóbbi, ki operálási hajlamát (szüléseinek 45,6%-át műtéttel fejezte be) itt is kimutatta. A „furor operativus” illetően elharapódzásával szemben a reactio sem késett soká és az expectatív eljárás a szülések körül újlag követőkre talált. Ilyenek voltak Franciaországban: de la Motte, Mdme Lachapelle, P. Dubois és Deleurye, Németországban pedig Zeller, de különösen Boër. Ez utóbbi 80 arczfekvéses szülésnek egy kivételével való spontán lefolyásáról számol be. Azon egy fájáshiány miatt alkalmazott forceps volt; a magzatok négy kivételével mind élve születtek. Ez olyan eredmény, melyet sem azelőtt, sem azóta senki meg sem közelített és a mely egymaga elégséges bizonyosság arra, hogy az arczfekvéses szülés physiologikus, melynek, ha normális a lefolyása, beavatkozni nem szükséges.

Az utóbbi három évtizednek kiváltképen német irodalma gazdag arczfekvésekről szóló közleményekben. Ezeknek nagy része therapeutikus beavatkozásokkal foglalkozik (Schatz, Fritsch, Welpner, Thorn, Ziegenspeck, Weiss) a másik rész az aetiologia megállapítását tűzte ki czélul (Hecker, Ahlfeld, Zweifel, Schauta, Winckel), sajnos nem nagy sikerrel.

A magyar szülészeti irodalom — néhány casuistikus közleményen kívül — meglehetősen szegény összefoglalt nagyobb számú arczfekvéses szülések eseteinek közlésében. Mindössze két ilyen közleményünk van, az egyik Kézmárszky tanár úr

könyve: „Klinische Mittheilungen über die Jahre 1874—1882“ az I. sz. női klinikából; itt 28 arczfekvés van összegyűjtve. A másik Mann Jakab dr. könyve a szegedi m. kir. bábaképezde 10 évi működéséről (1884—1894), mely műben az arczfekvések (hét) is kellő figyelemben vannak részesítve.

Eseteink összeállítását ott folytatjuk, hol a „Klinische Mittheilungen“ elhagyta: 1882. szeptember havában. 18 év alatt — 1900. december végéig — 17,169 szülés között észleltünk 75 arczfekvést. A „Mittheilungen“-ben közölt 28 arczfekvéssel együttesen tehát 103 arczfekvés szülésről számolhatunk be, mely összeg 21,660 szülésre esik. E nagy számát az eseteknek nagy értékűvé teszi egyöntetűsége: egy intézetben ugyanazon elvek szerint pontosan észlelt tekintélyes anyag, melyhez hasonló a német szakirodalom is csak keveset mutat fel. Legnagyobb anyaga Winckelnek van (400 arczfekvés), ez azonban legkülönbözőbb helyekről összeszedve, mindenféle szempontok szerint észlelt eseteket tartalmaz és így sokat veszít tanulságos voltából.

A mi az arczfekvések gyakoriságát illeti, a fentebbi számok egybevetéséből a következő tűnik ki:

1874-től 1882-ig 4491 szülés közt 28 arczfekvés = 0.62% = 1:160
1882-től 1900-ig 17,169 „ „ 75 „ = 0.43% = 1:228.92

Összeg . . . 21,660 szülés közt 103 arczfekvés = 0.47% = 1:210.29

Tehát intézetünkben 210 szülésre esik egy arczfekvés; ezen arányszám az észlelők legnagyobb részének számaival megegyezik és mint ezek is, a középhelyet foglalja el Spiegelberg 324:1 és Hecker 127:1 extrem számarányai között.

A szülők között volt:

	1874—1882	%	1882—1890	%	Összesen	%
I-szor szülő	8	28.57%	28	37.33%	36	34.95%
II-szor „	6		26		32	
III-szor „	3		11		14	
IV-szor „	4		4		8	
V-szor „	4		3		7	
VI-szor „	1	71.43%	1	62.67%	2	65.05%
VII-szor „	1		—		1	
VIII-szor „	—		1		1	
XI-szor „	1		—		1	
XIII-szor „	—		1		1	
Összeg . . .	28	100%	75	100%	103	100%

A gynaekologia halottai.

Bruck Jakab †.

1845—1902.

Mély fájdalommal tölt el, hogy lapunk e rovatát egy magyar nőorvosról való megemlékezéssel kell megnyitnunk. Néhány év óta éreztük ugyan már az ez évi február havában elhunyt Bruck Jakab hiányát s fájdalommal nélkülöztük a gyógyíthatatlan betegsége miatt körünkől távolmaradni kényszerült szeretett karszár kedves társaságát, de valójában csak most érezzük veszteségét, csak most siratjuk igazán, most, a midőn nemcsak szelleme, hanem teste is elköltözött oda — a honnan nincs többé visszatérés.

Bruck Jakab született Pápán mint szüleinek első gyermeke 1845. október hó 20-dikán. A család nemsokára Budapestre költözött, a hol a gyermek az elemi iskolát s később az állami gymnasiumot látogatta. Irodalmi és különösen költészeti hajlamainál fogva tanuló társai között alakult egy oly lelkes csoport közkedveltségű tagjává lett, mely még évtizedek után is megőrizte a kölcsönös barátság és összetartozandóság meleg érzetét. Bruck az orvosi pályára mutatván hajlandóságot, a budapesti egyetemen végezte szaktanulmányait. Orvostudorrá avatták 1870-ben, azután 1874-ig működött a szt. Rókus-kórházban mint segédorvos. Specialis tanulmányai a szülészeti és gynaekologia mezejére vezettek; Fleischer József hírneves szülész és nőorvos mellett működve Semmelweis Fülöp tanárának lelkes apostola lőn és ennek korszakalkotó tanát hirdette és gyakorolta. A kórház kötelékéből kilépve, önállósította magát és tudományos műveltsége, gyöngéd bánásmódja által csakhamar szép praxisra tett szert. Mint az Erzsébet-sósfürdőnek 1875 óta rendelő orvosa ezen gyógyintézetet igen magas fokra emelte.

Azaz, az először szülők úgy aránylanak a többször szülőkhez mint 100:186-hoz. Ezen arány megközelíti azt, mely a klinikákon felvett először és többször szülők közt fennáll, tehát azon következtetést engedi meg, hogy arczfekvés először és többször szülők között egyforma gyakoriságban fordul elő. Winckel nagy anyaga ugyanezt az eredményt adta.

A szülők korát illetőleg:

Kor	Először szülő 1874-től 1882-ig	Többször szülő 1882-től 1900-ig	Összeg
18—24 közt	7	5	18
25—29 „	1	6	9
30—34 „	—	4	1
35—40 „	—	5	—
Összeg . . .	8	20	28
			47
			103

Ezen általános számadatok után áttérünk az arczfekvések részletes tárgyalására.

Aetiologia.

Ma is vitás kérdés még, hogy az „arczfekvés“ vagy az „arctartás“ elnevezés jogosultabb-e. Pedig a döntés elég könnyű a kérdés megvilágítása után; hiszen az „arczfekvés“ épen úgy mint a „koponyafekvés“, egy összevont rövidített meghatározása a magzat elhelyeződésének a méh üregében. És pedig össze van vonva: „fej végű fekvés előlfekvő rész koponya illetőleg arcz“-ból. Az előlfekvő részből következtünk azután a magzat flektált vagy extendált tartására. Ezért épen oly joggal használható az „arczfekvés“ meghatározás, mint a milyen helytelen volna a „koponyatartás“ elnevezés.

„Arczfekvés“ tehát kifejezi a magzat hyperextensio tartásban való elhelyeződését a méhben. Ezen hyperextensio tartás okát már régen és sokat kutatták a szülészek; számtalan teoriát állítottak fel, de megegyezésre mindeddig nem jutottak. Az összes teoriák felsorolása munkálatunk keretét túlhaladná, ezért a következőkben csak azokról fogunk szólni, melyek észlelt eseteinkben fenforogni látszanak.

Mivel a következőkben gyakrabban lesz szó „primaer“ és „secundaer“ okokról, előzetes magyarázatképen megjegyezzük, hogy Ahlfeld szerint: primaer okok a magzatban, méhben és annak tartalmában keresendők, secundaer okok pedig a genital tractusnak normális és abnormális szűkületei.

A „Pester med.-chir. Presse“-nek egy ideig belmunkatársa, a szülészeti és gynaekologiai rovat vezetője és 1881-ben társ-szerkesztője volt.

1885-ben az országos közegészségügyi tanács rendkívüli tagjává nevezték ki. A Budapesti kir. orvosegyesületnek 1874 óta, ennek gynaekologiai szakosztályának megalakulása (1896) óta rendes tagja s utóbbinak 5 éven át könyvtárosa volt. Az orvosegyesület állandó balneologiai bizottságának 1882—1891-ig tagja volt s mint ilyen a Balneologiai egyesület alapításában (1891) tevékenyen résztvevő, az alakuló közgyűlés jegyzője, majd (1900-ig) az egyesület választmányi tagja volt. Ügyszintén tagja volt az orvosegyesület által „a gyermekágyi láz prophylaxisa“ tanulmányozására kiküldött bizottságnak 1882—1887-ig, valamint a Semmelweis-emlékszóbor bizottságnak is.

Irodalmi munkásságot is fejtett ki, a melynek eredménye két az Erzsébet-sósfürdőt tárgyaló ismertetésén kívül a következő munkák:

Adatok az intrauterin befeeskendezések tanához. Gyógyászat 1874. — Emlékbeszéd Fleischer József felett. Budapesti kir. orvosegyesület 1878-iki évkönyve. — Kurorte und Heilquellen Ungarns. Budapest 1883. — Semmelweis Ignác Fülöp. Budapest 1885. (A Magyar orvosi könyvkiadó társulat kiadásában.) — I. Ph. Semmelweis. Wien u. Teschen 1887. — A női bántalmak helyi kezelése fürdőkben. Balneologiai Egyesület 1893-iki évkönyve és Gyógyászat 1893.

A Semmelweisről irt kitűnő művével nagyban hozzájárult genialis hazánkfiának nevének terjesztéséhez s annak révén számos bel- és külföldi tudós elismerésében részesült. Magam is láttam több ízben, mint iparkodtak nálunk járt külföldi szakemberek Semmelweis életrajzójával megismerkedni s mennyire voltak Bruck szerény, megnyerő modorától elragadtatva.

Az arczfekvések keletkezésére az összes szerzőknél fontos okként szerepel a *medence és magzatfej közti aránytalanság*. Ezen két factor átmérőinek megrövidülése illetve meghosszabbodása szerepelvén, azokkal külön-külön fogunk foglalkozni.

Eseteink közül nyolczban volt a conjugata externa 18 cm.-en alul; csakhogy ezek közül öt esetben még a bemenet felett magasan volt mozgatható a fej, mikor az arczfekvés diagnoskálva lett; a bemenet felett magasan mozgatható fejre a medence hatást még nem gyakorolhatván, a szűkült medence hatását mint aetiologikus momentumot ezekre tagadnunk kell és nálok a primaer okok szereplését kell felvennünk. A visszamaradt három esetben az arczfekvés secundaer keletkezése valószínű. Ezekben a conjugata diagonalis egyszer sem volt 10·9 cm.-en alul, tehát mindenkor I^o-ban szűkült medencékkel állottunk szemben. Eseteinknek tehát csak 4·22%-ában vehető fel a szűkült medence befolyása az arczfekvés keletkezésére és így annak azon fontos szerepet nem juttathatjuk, melyet neki — kivált a német szerzők — tulajdonítanak.

Az itt szereplő három eset lefolyása következő volt:

I. Sz. J. 20 é., ref., I. P.

Felvettük: 1887. december 14-dikén, d. u. 4 ó. Fejlapszám: 967/919.

Sp. II. 24 cm.
Cr. II. 25 cm.
C. e. 17·5 cm.
C. diag. 11·1 cm.
Sp. post 11·5 cm.

I. arczfekvés a terhesség végén. Felvételnél fej a bemenetben rögzítve, bőven ujjnyi méhszáj, intézetten kívül elfolyott magzatvíz. Spontan szülés december 15-dikén d. u. 2 ó. 45 p. Szülési idő 22 ó. 45 p. Magzat érett fiú, algid asphyctikus, melyből 10 Schultze-féle lóbalásra magához tér. Fejen typikus configuratio; bal halántékon ujjnyi széles csurgaszerű impressio.

Az anya gyermekágya rendesen folyt le, legmagasabb hőemelkedése 37·5^o volt. Elbocsátás a kilencedik napon.

II. H. R. 23 é., rk., II. P.

Felvettük: 1890. május 23-dikán d. u. 6 ó. 35 p. Fejlapszám: 462/440.

Sp. II. 23·5 cm.
Cr. II. 26 cm.
C. e. 17·5 cm.
C. diag. 10·9 cm.
Sp. p. 10·5 cm.

II. arczfekvés a terhesség végén. Felvételnél fej a bemenetben rögzítve; két ujjnyi méhszáj; intézetten kívül elfolyott magzatvíz.

Spontan szülés május 23-dikán d. u. 10 ó. 40 p. Szülési idő: 12 ó. 40 p. Magzat felületes livid asphyxiában született élő érett leány; fején typikus configuratio.

Az anya gyermekágya rendesen folyt le: legmagasabb hő negyedik nap délután 38·2. Pulsus 84 (gastrikus hőemelkedés.) Elbocsátás a kilencedik napon.

III. L. M. 23 é., rk., I. P.

Felvettük: 1890. július 11-dikén d. e. 3 ó. 20 p. Fejlapszám: 566/543.

Sp. II. 22 cm.
Cr. II. 25·5 cm.
C. e. 17 cm.
Sp. p. 9·5 cm.

II. arczfekvés a terhesség végén. Felvételnél fej a bemenetben rögzítve; bőven ujjnyi méhszáj; intézetten kívül elfolyott magzatvíz. Spontan szülés július 11-dikén d. e. 11 ó. 10 p. Fenyegető gátrepedés miatt kétoldali episiotomia. Szülési idő: 12 ó. 10 p. Magzat érett leány, algid asphyxiában születik. 220 Schultze-féle lóbalás után szívverése megszűnt.

Az anya gyermekágya rendesen folyt le. Legmagasabb hő: 37·5^o. Elbocsátás a kilencedik napon.

Ezen három eset medenczeméretein végigtekintve az I. számút az általánosan szűk lapos, a II. és III. az egyaránt szűk medenczék közé kell soroznunk. Az általánosan szűk lapos medenczéknel az arczfekvés keletkezése oly módon történhetik, hogy a megrövidült conjugatán megakadt occiput, a harántirányban is megsűkül bemeneten végleg fennakad. Egyaránt szűk medenczéknel azonban az arczfekvés secundaer keletkezése azért kétséges, mert hisz ezeknél a mechanismus nem az extensio, hanem éppen a hyperflexio értelmében folyik le. A Zweifel által fontos oknak feltüntetett egyszerűen lapos medence, eseteink egyikében sem fordult elő.

Medenczéről lévén szó, itt említjük meg, hogy 11 esetben észleltünk 20 cm.-en felüli conjugata externát, sőt egy esetben az a 23 cm.-t is elérte.

A szűkült medenceátmérőknél úgy látszik fontosabb szerepe van a *magzati fejátmérők*, nevezetesen a *biparietalis* átmérő meghosszabbodásának (v. Weisz; Mayr). Ugyanis a koponyafekvéses szülések átlagos 9·2 cm. (Mittheilungen) biparietalis átmérőjével szemben arczfekvéses szüléseink átlagos biparietalis átmérője 9·34 cm., tehát 0·14 cm.-rel hosszabb. Ha a különbség nem is oly szembetűnő, hogy minden esetben az arczfekvések keletkezésének okául ezt mondhatnók, viszont

Bruck Jakab, a ki 1882-ben megnősült s a kinek boldog házasságából egy fia és egy leánya született, ha nem is volt maga művész mint két testvére és egy nővére, mégis mély érzéssel viseltetett a művészet iránt. Maga is szép tehetséggel próbálkozott különben a költészet terén és előszeretettel fordította a magyar költők remekét német nyelvre s csak nagy szerénységének tudandó be, hogy idevágó sikerült kísérletei nyilvánosságra nem jutottak.

Bruck meghalt ez év február hó 12-dikén hosszú szenvedés után; a boldogult földi maradványait ugyane hó 14-dikén kísérték utolsó útjára gyászoló özvegye, gyermekei, testvérei, rokonai és nagyszámú kartársai és tisztelői.

Különös és szomorú játéka a sorsnak, hogy mint Semmelweis, úgy Fleischer József és Bruck Jakab is életük utolsó éveit a paralysis progressiva hosszú, sötét éjjelében töltötték el, Fleischer József, a ki Semmelweis tanítványa volt s mesterének az Orvosegyesületben tartott remek beszéd alakjában állított örök emléket és Bruck Jakab, a ki viszont Fleischer Józsefnek volt tanítványa s a ki ugyancsak az Orvosegyesületben tartott elhunyt mestere felett emlékbeszédet, a mely ép úgy mint a közös mesterükről s mindannyian örök díszeről és büszkeségéről, Semmelweisről irt klasszikus életrajza nemcsak az azokban megörökítettetteknek, hanem az írójuknak is emlékjele marad — aere perennius.

Pernice Hugo Karl Anton †.

1829—1901.

Pernice Hugo született Halleban 1829. november 9-dikén; tanulmányait Göttingenben, Bonnban, Halleban és Prágában végezte; tudori oklevélét Halleban nyerte el 1852-ben s ugyanott 3 éven át Hohl szülészeti klinikáján mint assistens működött,

majd 1855-ben magántanárrá képesítették s 1858-ban Greifswaldba (Pommeránia) nevezték ki a szülészeti és gynaekologia rendes tanárává és klinikai igazgatóvá. Itt 40 évnél tovább működött mint kedvelt tanár és szeretett szülész s érdemeinek elismerésül egészségügyi titkos tanácsossá is tették. 1899-ben vonult vissza a nyilvános pályától. (Helyét azóta Martin August hirneves berlini tanár foglalja el.) Irodalmi működése néhány régebbi eredetű, kisebb dolgozatra szorítkozik; ezek a következők:

Operationum in arte obstetricia examinatio critica et historica. Leipzig 1855. — Die Geburten mit Vorfalle der Extremitäten neben dem Kopf. 1858. — Ueber den Scheintod Neugeborener und dessen Behandlung durch elektrische Reizungen. Danzig, 1863.

Nevét előtűnk az is teszi emlékezetessé, hogy Semmelweis tanait komoly tanulmány tárgyává tette s nem utasította azt vissza ab initio, mint legtöbb kartársa, a miről Semmelweishoz intézett következő levele tanuskodik:

„Nyílt leveleinek” megküldését nagyon köszönöm. Gondos megfigyelésektől teszem függővé annak megítélését, hogy mennyire alkalmasak az Öntől ajánlott rendszabályok a gyermekágyi láz teljes megszüntetésére. Ön maga sem kívánhatja, hogy in verba magistri esküdjünk. En már megtettem a szükséges intézkedéseket s nem fogom elmulasztani Önnek annak idején hírt adni arról, hogy milyenek voltak az eredmények.

Kiváló tisztelettel

Dr. Pernice.

Greifswald, 1861. július 22.

Kugelman Louis †.

1828—1902.

Hannoverből érkezik a hír, hogy a város neves orvosa, Kugelman Louis 74 éves korában elhunyt.

Kugelman nevét különösen az tette előtűnk kedvessé s teszi örökemléküvé, hogy ő volt egyike azoknak a keveseknek,

bizonyos, hogy adott esetben ezen megszüledett occiput a a bemeneten fennakadhat és így okozhatja a fej deflexióját. Egyedül szereplő oknak azonban ezt sem tekinthetjük, mert elég gyakran látunk 9.5 cm. körüli biparietalis átmérőt koponyafekvésben született magzatoknál.

Feltűnően hosszú az arcfekvésben született magzatok fejének egyenes átmérője; ugyanis, míg koponyafekvéses magzatoknál ez 11 cm. (Mittheilungen), addig az arcfekvésben született magzatok átlagos egyenes átmérője 12.6 cm. Egyeszerű reátekintéssel a Hecker-féle dolichocephal theoria megerősítését lehetne látni ezen feltűnő különbözetben, mely pedig onnan is származik, hogy a magzati fej egyenes átmérője az arcfekvés configuratioja értelmében — a szülés után rögtön mérve — mindig meg van hosszabbodva. Nem akarjuk a dolichocephalia befolyását az arcfekvések létrejötté körül tagadni, mert bizonyos, hogy primaer dolichocephalia létezik és ezen formájú fej a szülés mechanizmusa szerint a deflexiora erősen hajlamos, — (szereplő mellékkörülmények: az anya fekvése arra az oldalra, merre a magzat hasa néz, korán repedő burok) stb. Mégis minden arcfekvés okául a dolichocephaliát felvenni oly túlzás, mely Winckel szerint: összetévesztése az oknak a következménnyel.

Mondhatjuk ezek után, hogy a magzat fejátmérőinek meghosszabbodott volta arcfekvést előidéző önálló okként nem szerepelhet. Átlagban nem is feltűnően nagyobb az arcfekvésben született magzatok feje, a miről a fejkerület tesz tanúságot. A koponyafekvések 34.36 cm. („Mittheilungen“) fejkerületével szemben itt 35.48 cm. áll; mivel pedig a fejkerület a meghosszabbodott egyenes átmérő irányában van mérve, a többlet ismét a configuratio rovására irandó.

A magzatok egyéb nagysági viszonyait tekintve v. Weisz azt állítja, hogy hosszúságukhoz viszonyítva súlyos magzatok, praedisponálnak arcfekvésre. Három magzattól eltekintve, melyeknek kicsinységek lehetne az arcfekvés oka (Ahlfeld) és melyeknek méretei

1. 44.5 cm. hosszal 1860 gr. súly
2. 43.5 „ „ 2250 „ „
3. 31 „ „ 785 „ „

arcfekvésben született érett magzataink átlagos hossza 50.1 cm; 3172 gr átlagos súlyal. Összehasonlítva ezen méreteket

koponyafekvésben született érett magzatok átlagos méretével (49.84 cm. és 3268 gr. „Mittheilungen“) kitűnik, hogy az arcfekvésben született magzatok hosszabbak és könnyebbek. Leghosszabb és legsúlyosabb magzatja egy III. P.-nek volt, kinek élő fia 56 cm. hosszal és 4400 gr. súlyal birt.

A tárgyalatból azon következtetés vonható le, hogy az arcfekvés aetiologiájában a szűkült térvizonyoknak jut ugyan szerepe, ezen szerep azonban semmiesetre sem oly fontos, mint azt a szerzők (Winckel, Olshausen, Retze, v. Weisz stb.) feltűntetik; mindazonáltal, mint oly körülmény, mely másokkal komplikálódva okozhat arcfekvést, kiváló figyelmet érdemel.

A magzatok állása az arcfekvések aetiologiájában először Duncan-nál szerepel. Ha a bemenet felett mozgó fej a hát oldalára kitér és ezen kitérés oldala a méh physiologikus versiojának oldalával is megegyezik, úgy a törzs ugyanezen oldalra való átesésével kész az arcfekvés. Mivel pedig a méh physiologikus dextroversioja gyakoribb, gyakrabban keletkezik II. fejevű fekvésből arcfekvés. II. állás javára kell tehát hogy megváltozzék azon arány, mely a koponyafekvésnél az I. állás túlsúlyát jelzi. Eseteinkben:

I-ső állás volt.	38 esetben	50.66% = 102.70
II-dik „ „	37 „	49.34% = 100
Összeg	75 esetben	100%

azaz az I. arcfekvés úgy aránylik a II. arcfekvéshez mint 1.03 : 1-hez. Ezen arányt a koponyafekvések arányával — 2.2 : 1 — („Mittheilungen“) egybevetve kitűnik, hogy II. arcfekvés több mint kétszer oly gyakran fordul elő mint II. koponyafekvés; ez tehát a Duncan elméletének helyes volta mellett bizonyít. A szerzők nagy részénél is hasonló az arány, pl.: Winckel: 1.4 : 1; Hecker: 1.6 : 1; Wullstein: 1.43 : 1; Öpitz: 1.35 : 1. Mig Schauta 2.2 : 1 arányt találván, Duncan theoriáját ennek értelmében változtatta át.

Anenkephalusok a defectus folytán rendesen extendált tartásban születnek. (Ahlfeld, Olshausen, Schauta).

Észlelt két esetünk a következő:

IV. V. Zs. 22 é., ref., I. P.

Felvettük: 1885. márczius 7-dikén. d. u. 11 ó. Fejlapszám: 179/167.

a kik Semmelweis tanait mindjárt ezek megismertetése után elfogadták; sőt ő azok érdekében nyíltan sikra is szállt s Semmelweis óvintézkedéseit működése helyén, Hannoverben azonnal elrendelte, a miért a helyi nagyságok őt is élesen támadták és üldözték. Kugelman különben politikai szerepet is játszott s 1848-ban mint demokrata, később mint socialdemokrata ismert és tisztelt nevet vívott ki magának.

Talán nem érdektelen, ha e helyütt Kugelmannek Semmelweishoz intézett s utóbbinak egyik „Offener Brief“-jében (Ofen, 1862.) közölt két levelét közzé tesszük, a melyek nemesak Kugelmannek jellemére vetnek szép világot, hanem érdekes adalékot is szolgáltatnak azokhoz a küzdelmekhez, a melyeket nagy hazánkfiának folytatnia kellett.

1. levél.

Hannover, 1861. július 18.

Ön oly szíves volt engem két brosurájának megküldésével megtisztelni, a mit őszintén köszönök. Mint Siebold tanítványa Göttingenben 1851-től 1854-ig látogattam ennek előadásait és klinikáját s kötelességemnek tartom Önt arról biztosítani, hogy ez a nagy tudós minden alkalommal kitűnő módon nyilatkozott az Ön felfedezéséről. Talán megbocsátja a fiatalabb kartársnak, ha Ön előtt annak a szerény nézetnek mer kifejezést adni, hogy oly férfiú, mint Siebold Eduard, a ki mint szakmánk történetírója örökké fog élni, még ha téved is, elnézőbb és kiméletesebb elbánást érdemel, mint azok a muló divat-alakok, a kik csak elődeik és kartársaik munkálkodását ügyesen és zavartalanul kiaknázza, magukat nagy regeneratoroknak adják ki.

S most engedje meg, igen tisztelt Tanár úr, hogy néhány szóban kifejezhessem ama szent örömet, a melyet „Die Aetiologie des Kinderbettlebers“ című munkájának elolvasásakor éreztem. Önkéntelenül indíttatva éreztem magam, hogy egy itteni kartársamnak azt mondjam: ez az ember második Jenner; vajha érdeme hasonló elismerésre találna s iparkodásáért ugyanoly elégtétel jutna osztályrészeül.

Véletlenül megszereztem az itt meghalt Kohlrausch egészségügyi

tanácsos könyvtárából Jenner „An Inquiry into the Causes and Effects of the Variolae Vaccinae“ című munkáját. Mint az abban levő autographiából láthatja, ezt a példányt híres szerzője Blumenbach tanárnak ajándékozta. Ön engem nagyon lekötölné, ha teljesítené alázatos kérésemet s ezt a füzetet végtelen tisztelettemnek jeléül tölem elfogadná. Fogadja igen tisztelt Tanár úr kiváló tiszteletem kifejezését.

2. levél.

Hannover, 1861. augusztus 10.

Csak nagyon keveseknek adatott, hogy az emberiségnek igaz, nagy és állandó szolgálatot tehessenek s a világ kevés kivétellel keresztre feszítette vagy elégette jóltevőit. Reményem azonban, hogy Ön a még Önre váró dicsőséges küzdelemben nem fog elfáradni. A közeli győzelem annál kevésbé maradhat el, mivel irodalmi ellenfelei közül már sokan de facto az Ön tanának híveivé lettek. Nem esodálkozhatni azon, hogy emberek, a kik éveken át szóval és írásban, talán önmaguk előtt is érthetetlenül beszéltek és irtak érthetetlen dolgok felett, most nem iparkodnak azonnal ismereteiknek ezt a hézagát kitölteni. Nem sokan helyezik az igazságszeretetet az önszeretet fölé. Némelyek bizonyára a szokott önámításban leledzenek. Másokra viszont illik Heine durva sarcasmusa, a ki egy helyen azt mondja: „Midőn Pythagoras híres tanítéletét felfedezte, hekatombát áldozott; azóta az ökrök ösztönszerűleg félnek új igazságok felfedezésétől.“¹

Különböen ne felejtse el, igen tisztelt Barátom, hogy Ön csak ellenségeinek hangját hallja, de nem értesül arról, hogy hányan hallgatnak az Ön tanítására. Ennek bizonyosságául küldöm Önnek az ide mellékelt sorokat, a melyek kíséretében nekem Dommes, egészségügyi tanácsos, az egészségügyi főtanács tagja és itteni keresett szülész az Ön, neki kölcsönzött könyvét nekem visszaküldte.

Dommes említett levele így hangzott: Hálás köszönettel küldöm Önnek vissza Semmelweis sikerült könyvét. Sokat tanultam belőle; azt is, hogy mily módon kell az igazságért küzdeni.

¹ Ez a szellemes mondás különben nem Heinétől, hanem Börnetől van.

Sp. II. 23 cm.
Cr. II. 26.5 cm.
C. ext. 19 cm.
Sp. p. 11 cm.

II. a. f. a fej megszületése közben lesz megdiagnoskálva az anenkephalus. A törzs nem követvén a fej megszületését azt egy óra múlva kihúzták; vele együtt született meg a lepény is. A 45 cm. hosszú 2200 gr. súlyú leánymagzat halva született. Typikus anenkephalia. Összes születési idő 8 ó. 30 p.

Az anya gyermekágya egy délutáni 38.1^o-os hőemelkedéstől eltekintve rendesen folyt le. Elbocsátás a kilencedik napon.

V. Sch. J.-né Sz. R. 24 é., rk. IV. P. Fejlapszám: 335/311 1892. Esetszám 42.

Felvettük: 1892. április 19-dikén d. u. 9 ó. 10 p.

Sp. II. 24.5 cm.
Cr. II. 27.5 cm.
C. e. 18.5 cm.
Sp. p. 11.5 cm.

I. a. f. fej a bemenet felett mozgatható; haskerület 100 cm. Hydramnios. Méhszáj három ujjnyi. Burokrepesztéskor 6.5 liter magzatvíz ürül. Spontan szülés: április 10-dikén d. e. 10 ó. 40 p. Szülési idő 16 ó. 40 p.; 1 óra 30 percczel a magzat megszületése után lepény-leválasztás atoniás vérzés miatt. A 44.5 cm. hosszú 1860 gr. súlyú leánymagzat halott macerált. Typikus anenkephalia.

Az anya gyermekágya rendesen folyt le; legmagasabb hőemelkedése 37.8^o volt. Elbocsátás a tizedik napon.

Hydramnios. Winckel szerint 30%-ában az eseteknek mutatható ki a sok magzatvíz mint arcfekvést előidéző ok. Ahlfeld a magzat nagyfokú mozgathatóságát hangsúlyozza és mint ilyennek a sok magzatvíznek is fontos szerepet juttat. Eseteink közül kettőben szerepel a Hydramnios. Ezek közül az egyik anenkephalussal, komplikálódva fentebb van közölve, a másik lefolyása a következő:

VI. K. A. 38 é., rk. III. P. Fejlapszám: 655/685 1889.

Felvettük: 1889. október 4-dikén d. u. 5 ó. 20 p.

Szülésszobára jött: október 26-dikán d. e. 11 ó. 15 p.

Sp. II. 26 cm.
Cr. II. 28 cm.
C. e. 18.5 cm.
Sp. p. 9.5 cm.

I. arcfekvés a terhesség végén; fej a bemenetben rögzítve. Méhszáj két ujjnyi; burok ép. Haskerület 100 cm. Hydramnios. Spontan szülés október 26-dikán d. u. 6 ó. 50 p. Burokrepedéskor nagy mennyiségű magzatvíz folyt le. Szülési idő 10 ó. 50 p. Magzat élő, érett, leány; hossza 47 cm. súlya 2850 gr.; fejkerület 34 cm.

Lahs Heinrich †.

1838—1902.

Lahs Heinrich a marburgi egyetemen a szüléset és gynae-kologia rendkívüli tanára, egészségügyi titkos tanácsos, ez évi február hó 20-dikán 64 éves korában halt meg.

Az elhunyt született 1838. június 25-dikén Puttlitzban (Brandenburg); tanulmányai befejezése után előbb mint vidéki magánorvos, majd mint bányorvos működött. 1869-től a marburgi gynae-kologiai klinikán mint assistens működött, 1873-ban rövid idővel habilitatioja után rendkívüli tanárrá nevezték ki ugyanitt. Nagy szorgalma, lelkiismeretessége, ügybuzgósága, nagy műveltsége, előkelő modora és szívósága őt csakhamar keresett szülészszé tették, a kit Hesszen határain túl is gyakran hívtak tanácskozára.¹

Irodalmi működést is folytatott, a mely különösen a szülés mechanizmusáról szóló tanulmányok révén Lahs nevét hazáján kívül is ismertté tette. Munkái a következők:

Studien zur Geburtkunde I—V. Berlin, 1872. — Die Geburt bei unterbrochenem allgemeinen Inhaltsdruck; die pathologische Geburt. Marburg, 1874. — Die Theorie der Geburt (Physiologie und Pathologie der Geburt). Bonn, 1877. — Die Achsenzugzangen mit besonderer Berücksichtigung der Tarnier'schen Zangen. Stuttgart, 1881. — Erörterungen und Richtigstellung einiger geburtshilflich-physiologischer Fragen, angeknüpft an neueste Werke von Bayer, Hofmeier, Schroeder, Olshausen. Berlin, 1883. — Vorträge und Abhandlungen zur Tokologie und Gynae-kologie. Marburg, 1884. — Was heisst unteres Uterinsegment? Archiv f. Gynaek. 1884.

Temesváry.

¹ Az életrajzi adatokat Ahlfeld marburgi tanár szívességének köszönöm.

Az anya gyermekágya rendesen folyt le; legmagasabb hőemelkedés 37.7^o. Elbocsátás a kilencedik napon.

Ahlfeld szerint a magzati nyakizomzat reflexének megszűnése is okozhatja az arcfekvést; ezen okból születnének macerált, továbbá asphyctikus és frissen elhalt magzatok arcfekvésben. A macerált magzatok születési módjára a nyakizomzat reflexének megszűnése nagy befolyással nincs, mert nagy számban előforduló macerált szüléseink között csak épen három született arcfekvésben. Az asphyctikus vagy frissen elhalt magzatokra nézve talán oly módosítással fogadhatjuk el Ahlfeld teoriáját, hogy a reflexnek hirtelen (szülés közben való) megszűnését hangsúlyozzuk.

Gemelli. Ahlfeld szerint: ha két hosszfekvésben levő, vagy egy hossz-, másik harántfekvésben levő iker egyszerre igyekeznek benyomulni a medenczébe, a mechanikus akadály hatása alatt az előlűs magzat tartása extensiobe juthat. Ezen okot Winckel is szerepelteti.

VII. W. K.-né R. A. 36 é., rk., VIII. P. Fejlapszám: 366/351, 1885. Felvettük: 1885. május 30-dikán, d. u. 3 ó. 30 p.

Sp. II. 27 cm.
Cr. II. 29.5 cm.
C. e. 21 cm.
Sp. p. 13 cm.

Gemelli. a) I. egysz. farfekvés, b) II. kf. a) magzat spontan megszületése után belső vizsgálatkor a b) magzat feje bemenet felett mozgatható, elül fekszik a koponya. 25 percczel az a) magzat megszületése után spontan szülés II. arcfekvésben. Összes szülési idő: 12 ó. 53 p. A farfekvésben született a) magzat élő fiú; hossza 45 cm., súlya 2490 gm., fejkerület 32 cm.; az arcfekvésben született b) magzat szintén élő fiú; hossza 50 cm., súlya 3610 gm., fejkerület 34 cm. Két petéből való ikrek.

Az anya gyermekágya rendesen folyt le, legmagasabb hőemelkedése az ötödik nap délutánján 38.1^o volt, melynek okát kimutatni nem tudtuk. Elbocsátás a tizedik napon.

VIII. W. J.-né E. E., 27 é., izr. II. P. Fejlapszám: 1071/1000, 1899. Felvettük: 1899. szeptember 28-dikán, d. u. 9 ó. 20 p.

Sp. II. 26 cm.
Cr. II. 29 cm.
C. e. 18.5 cm.
Sp. p. 11 cm.

Insufficiencia bicuspidalis incompenzált állapotban; nagy lég-szomj, nagy fokú cyanosis. Diagnosis I. kf. Csak az a) magzat megszületése után diagnoskálják a b) magzatot, mely néhány percczel

Semmelweisnél.

Kussmaul „Jugenderinnerungen eines alten Arztes“ című könyvéből.

Semmelweisszal úgy ismerkedtünk meg, hogy kitűnő szülészeti cursusára beiratkoztunk.

Mikor megtudta, hogy Bronner és én az öreg Naegelenek voltunk tanársegédei, a kit ő mélyen tisztelt, úgy fogadott minket, mint barátait; tanulmányainkban tőle telhetőleg mindenben kezünkre járt, sőt kieszközölte részünkre azt is, hogy hat hétig a szülésszótályon működhesünk, a mit pedig akkoriban nehezen engedtek meg. Mindig szívesen fogadott minket, még ha nem egyszer az egész éjet átvirrasztotta is. Bécsben szerzett ismeretségeim között Semmelweisra gondolok legszívesebben és legnagyobb hálával. Megismerkedésünk előtt rövid idővel tette nevezetes, áldásos felfedezését, melyet az emberiség neki köszönhet, folytonosan azzal foglalkozott és az képezte nap-nap mellett beszélgetéseink tárgyát.

Semmelweis Ignác Fülöp magyar állampolgár volt és 1818-ban született Budán. Középtermetűnél valamivel magasabb, széles, erős testalkatú férfiú volt, arca kerek, kissé kiálló arczsontokkal, homloka magas, hajzata ritka; feltűnően húsos, ügyes kezei voltak, élénk temperamentuma, nagy munkabírása és munkakedve, meleg és lelkiismeretes szíve.

Midőn Semmelweis a szülésetnek szentelte magát, a szülőházak réme volt a gyermekágyi láz, mely borzasztó járványok alakjában pusztította a gyermekágyasokat. De nemcsak itt, hanem a magánházakban is gyakran fosztotta meg e betegség a férjet szeretett hitvesétől, gyakran ragadta el a jó anyát családja köréből. A szülésszek tehetetlenül álltak a női nem ezen borzasztó ellenségével szemben. Semmelweis maga mondta el nekünk, hogy alorvosi működésének első négy hónapjában gyermekágyasainak

utóbb II. arczfekvésben meg is születik. Összes szülési idő 24 óra, a) magzat élő kora fiú: hossza 42.5 cm., súlya 1835 gm. Az arczfekvésben született b) magzat halott macerált fiú: hossza 31 cm., súlya 785 gm. Egy petéből való ikrek.

Az anyát szervi szivbaja miatt a gyermekágy negyedik napján a belgyógyászati kórodára tettük át.

Ezen két esetben szembe ötlük, hogy mindkettőben a b) magzat született arczfekvésben, tehát Winckel és Ahlfeld teoriája egyikben sem szerepelhetett; különben is az első esetben arczfekvés csak a születés alatt keletkezett és így a a) magzat befolyása a keletkezésre teljesen kizárható.

Ugyancsak Winckel és Ahlfeld állítják, hogy *előesett kéz vagy láb* okozhat arczfekvést. Winckel közli Smyth két esetét, melyekben egyszer kéz, máskor lábélőesés az arczfekvést előidéző ok.* Egy esetben mi is láttunk arcz mellett előesett kart; de mivel ez már akkor lett diagnoskálva, midőn a fej még a bemenet felett volt mozgatható, nem biztos, hogy az előesés nem-e primaer arczfekvés mellett történt.

Ezen eset, melynél az áll hátra fordulása miatt perforatiót végeztünk, a műtétknél van közölve.

Egy esetünkben az *abnormálisan rövid köldök:sinór* látszik az arczfekvés okának lenni. (Ahlfeld.)

IX. D. Zs. 20 é., ref. I. P. Fejlapszám 418/385. 1896. szám 57.

Felvettük: 1896. április 27-dikén, d. e. 10 ó. 20 p.

Sp. II. 24.5 cm.

Cr. II. 27 cm.

C. e. 19 cm.

Sp. p. 9 cm.

II. arczfekvés; fej a bemenetben rögzítve. Két ujjnyi méhszáj; magzati szivhangok nem hallhatók. Spontan szülés április 27-dikén, d. u. 2 ó. 2 p.

Szülési idő 13 ó. 2 p. Magzat: frissen elhalt érett leány, hossza 51 cm., súlya 3120 gm., fekerület 35.5 cm.; fején tipikus configuratio. Lepény súlya 750 gm. A köldök:sinór hossza 38 cm. Az anya gyermekágya rendesen folyott le. Legmagasabb hőemelkedés 37.7° volt. Elbocsátás a kilencedik napon.

A köldök:sinór rövidsége volt-e oka az arczfekvésnek vagy nem, el nem dönthető; hogy szülés lefolyására birt befolyással onnan tűnik ki, hogy az életképes, erőteljes magzat elhalását in utero, nyilván ez okozta.

* Bang és Hohl eseteiben a koponyafekvés karelőesés folytán változott arczfekvéssé.

Ezzel befejeztük azon esetek felsorolását, melyekben a szerzőknél felemlített okok valamelyike fenforogni látszik. Ha ezeken áttekintünk, azt tapasztaljuk, hogy egy esetben sem volt megállapítható oly ok, mely az arczfekvést kétségen kívül előidézte és majdnem minden esetben több ok valószínű szereplését látjuk.

Bátran levonhatjuk tehát azon consequentiát, hogy *arczfekvés előidézésére egy ok nem elegendő, hanem többnek kell együtt hatnia, hogy az létrejöhesse* és így igazat kell adnunk Winckelnek, a ki azt állította, hogy az arczfekvések pontos aetiologiája sohasem lesz megállapítható, mert az praedisponáló és occasionalis momentumok egész sorának együtt hatásából eredményeződik.

Lefolyás és prognosis.

Az arczfekvéses szülések lefolyásával foglalkozva a következőkben, az itt nyert adatokból meg fogjuk állapítani az arczfekvéses szülések prognosist anyára és magzatra nézve.

A szülések enyhe vagy nehezebb lefolyásának biztos criteriuma a szülési időtartam, normálisnak véve a legenyhébb lefolyású — a koponya fekvéses — szülés normális időtartamát. A „Mittheilungen“ szerint a koponyafekvéses átlagos tartama 13 ó. 14 p., arczfekvéseinké 14 ó. 6 percz, (a fájások kezdetétől a magzat megszületéséig számítva). Ezen 52 percz többlet talán egyformán oszlik el a tágulási és kitolási időszakok között. A tágulási időszak hosszabb voltának magyarázata az, hogy az arcz nem lévén oly gömbölyű, mint a koponya, nem zárja el golyóventilszerűen a méhüregben levő magzatvizet a fejtől és így időelőtti burokrepedés igen gyakori (eseteink $\frac{3}{4}$ részében); burokrepedés után pedig a lapos arcz természetesen nem hat mechanikusan a méhszáj széleinek retractiojára, mint a gömbölyű koponya. A kitolási időszak meghosszabbodásának oka pedig az, hogy a fej 4.72 cm.-rel (Torggler) nagyobb kerülettel halad a szülőúton keresztül, a mi kivált I. P.-nál fontos.

Széjjel választva a primiparák és multiparák szülési idejét:

Primiparák átlagos szülési ideje:	18 ó. 42 p.
Multiparák " " "	9 ó. 30 p.

15%-a pusztult el; tehetetlenségének érzése rendkívül nyomasztólag hatott rá, szinte szerencsétlennek érezte magát. Ekkor történt, hogy egyik nagyrabesült kollegája, Kolletschka, a boncztan tanára, meghalt; ennek bonczolásánál villant át Semmelweis agyán az az eszme, a mely később a borzasztó betegség lényegének megismerésére vezette.

Kolletschka sérült ujjal bonczolva, inficiálta magát és 1847. márczius 13-dikán meghalt. Semmelweis jelen volt a bonczoláson és legnagyobb meglepetéssel látta, hogy a bonczolási lelet ugyanaz, mint a gyermekágyi lázban elhaltaknál. Ez nem lehetett véletlen. A leletből azt következtette, hogy ugyanaz a mérget öli meg a gyermekágyasokat, mely a bonczolónak is halálát okozta; Kolletschkánál az ujj sérülésén átjutott az a vérbe, a gyermekágyasoknál azon sérüléseken át, melyek a szülés alatt létrejönnek. A bonczoló önmaga vitte be a mérget vérébe, a szülők vérébe a vizsgáló ujjak juttatták, melyek előbb rothadó anyagokkal foglalkoztak. Ezen eszme egy feltűnő, eddig érthetetlen ténynek adta meg magyarázatát. A bécsi szülőház t. i. két részből állott; a járvány sokkal gyakrabban és sokkal hevesebben pusztított azon részen, a hova az orvosnővendékek jártak, míg a bábatanulók által látogatott osztályt megkimélte. A magyarázat egyszerű: a orvosok bonczoltak, a bábák nem. Ezen tapasztalás alapján ezentúl csak olyannak volt szabad szülőt vizsgálni, a ki előbb kezeit chlormészoldattal jól desinficiálta; ez volt akkor a legjobb fertőtlenítő szer. A halálozások száma erre tényleg csökkent.

Közel állott már most az a feltevés, hogy nem csak a hullamérgek okoz megbetegedést, hanem ép úgy juttatják be a vírust olyan kezek is, melyek genyedő sebekkel foglalkoznak. Épen az időben, midőn barátommal a szülőházban praktizáltam, két rendkívül tanulságos eset fordult elő, mely feltétlenül bizonyította

ezen feltevés helyességét. Az eseteket atyámnak is megírtam. Különböző időben két szülőt hoztak az intézetbe; az egyik egy vidéki molnár eselédje, kinek felkarját régebben amputálták, rosszul ápolt genyedő csonttal; a másik szegény nőnek a méhnyakon volt egy elevesedett daganata. Mindkettőnek már szülőfájásai voltak és így mindjárt a szülőszobára vitték őket, a hol mindig több vajudó feküdt. Mindkét izben kis járvány lépett fel, mely azokra a gyermekágyasokra szorítkozott, kik ezen két szerencsétlennel egy időben vajudtak és a kiket akkor ezekkel együtt vizsgáltak meg.

Az orvostörténelemben Semmelweis neve Listeré mellett örökké élni fog az emberiség legnagyobb jóltevői között. Az ő éles esze ép oly csodálatra méltó, mint az angol sebészé. Ezen utóbbi Pasteur korszakalkotó felfedezéseire támaszkodhatott, Semmelweis kizárólag a klinikus észlelésből és a bonczleletből merített. Az antisepsis ma már úgy a sebészetbe, mint szülészetbe be van vezetve és büntetést érdemel az az orvos, vagy bába, a ki nem követi pontosan ennek szabályait. Semmelweis nem élte meg eszméinek diadalát; korának legtekintélyesebb szülészeti megvetéssel és ellenmondással fogadták, de ez nem térítette le őt a helyes útról! csak halála után részesült a megérdemelt elismerésben és néhány év előtt szobrot is emeltek neki Magyarország fővárosában.*

Semmelweis neve szorosan összefügg az újabb bécsi iskola történetével. 1855-ben a pesti egyetemen a szülészetnek tanára lett. A hosszú harcok, melyeket e mély kedélyű ember a női nem érdekében vívott, valószínűleg hozzájárultak azon lelki betegség kifejlődéséhez, mely utolsó éveit elhomályosította. 1865-ben halt meg.

* Kussmaul tévedett; bizony ez a szobor még nincs meg, de reméljük, nemsokára állani fog. H.

Winckel a berlini klinikákon átlag két órával hosszabb szülési időket észlelt, Hecker és Walther idői pedig csak a I. P. jóval hosszabb szülési idejével különbözik a miénktől. Egyebekben I. P.-k között leghosszabb szülési ideje — 56 óra 54 perc — egy 25 éves nőnek volt, kinek szülése fogóval lett befejezve. (XIII. sz. eset.) Legrövidebb szülési idő I. P. közt 6 óra volt. A multiparák között leghosszabb szülési idő 32 ó. 7 p. volt következő esetben:

X. Sz. J.-né. K. E. III. P.

Felvettük: 1892. január 10-dikén, d. e. 1. ó. 35 p. Fejlapszám: 5/34.

Sp. II. 25 cm.

Cr. II. 26 cm.

C. e. 18.5 cm.

Sp. p. 11 cm.

I. homlokkékvés a terhesség végén. Fájasok kezdete január 9-dikén, d. e. 8 órákor. Felvételtkor fej a bemenet felett mozgatható, méhszáj tünőfélben. Burokrepedéskor január 10-dikén, d. u. 3 ó. 25 p., méhszáj eltűnt, áll leszállott: I. arczékvés. Spontan szülés január 10-dikén, d. u. 4 ó. 7 p. Szülési idő 32 ó. 7 p. Magzat élő érett fiú; hossza 48 cm., súlya 2920 gm., fejkerülete 36 cm.

Az anya gyermekágyát intercurrents bronchitis zavarta meg, mely a hőmérséklet a nyolczadik napon 38.8°-ra emelte; a következő nap láztalan. Elbocsátás a tizenegyedik napon.

Ebben az esetben a tágulási időszak elhúzódása nem irható az arczékvés rovására, mert ép burok mellett oly viszonyok állottak fenn mint koponyafekvésnél, az elhúzódás oka fájás, renyheség volt. A 42 percznyi kitolás azonban az arczékvésnek tudható be.

Legrövidebb szülési ideje a multiparák között 2. ó. 45 p., egy II-szor szülőnek volt.

Azon 52 perc különbözet, mely a koponyafekvések és arczékvések átlagos szülési ideje közt fennáll oly csekély többlet, mely alig jöhet számba, és ezért az *arczékvést a koponyafekvéshez hasonló enyhe lefolyású szülésnek kell minősítenünk, melynek prognosisa a szülési időt illetőleg alig különbözik a koponyafekvések prognosistól.*

Arczékvéses szüléseink eseteiben semmiben sem térünk el azon szempontok betartásától, melyeket a koponyafekvéses szülések vezetése körül alkalmazni szoktunk. Ilyen módon négy eset hijján összes szüléseink spontan fejeződtek be. A műtéttel befejezett négy esetünk lefolyása következő volt:

Mikor Bécsből való elutazásom előtt Semmelweistől elbúcsúztam, megígérttem neki, hogy felfedezését az öreg Naegelel közölni fogom. Igéretemet be is váltottam, de szavaimat elnyelte a forradalom zaja, mely az öreg úrnak sok bajt okozott.

Miután ifjú éveimnek embereit és viszonyait lehetőleg híven akarom lerajzolni, szólnom kell Semmelweis főnökéről, Klein tanárról is. Gyakrabban találkoztam vele a szülőházban; tipikus alakja volt azon kornak, mely Ausztriában II. József halála után következett, a mikor gyakran sokkal könnyebben lehetett protektio útján, mint érdemek alapján hivatalhoz és kathedrához jutni.

Klein elődje a nagytehetségű Boër volt, a kit József császár Európa első iskoláiban képeztetett ki szülészsé és azután a bécsi egyetem szüléstanárává nevezte ki. Boërt Európa első szülészének tartották és a császárnál nagy kegyben állott. Épen ezért gyűlölték József utódai és a papság. Hozzájárult még az a szerencsétlenség is, hogy Ferencz főherczeg, később császár, első felesége, Erzsébet főherczegnő, szülése után néhány órával eklampsiát kapott és meghalt. Az udvari eselszövényeket megunva 1822-ben Boër lemondott állásáról. Azok között, kik a megürült állásra pályáztak, Boër határozott kijelentése szerint Klein, salzburgi tanár volt a legjelentéktelenebb, — de éppen ezért hitták meg őt a tanszékre, hogy a gyűlölt Boërt egészen elkeserítsék. Én úgy mondom el a dolgokat, a mint Bécsben hallottam.

Klein egy egészen közönséges praktikus benyomását tette ránk. Mialatt osztályán foglalatostokdunk, néha-néha bejött a szülőszobába, de csak rövid időre, barátomat és engem észre sem vett, talán azért, mert ki nem állhatta a külföldieket, mint az osztrák gyakornokok mondták. Egy este azonban ahhoz a szülőnőhöz lépett először, a kivel én foglalkoztam, kérdezte, mennyire

XI. K. J. H. U. 26 é., rk. I. P.

Felvettük: 1887. május 1-jén, d. e. 9 ó. 5 p. Fejlapszám: 349/382.

Sp. II. 23 cm.

Cr. II. 27.5 cm.

C. e. 17.5 cm.

C. I. 10 cm.

II. a. f. a terhesség végén, fej a bemenet felett mozgatható; bőven ujjnyi méhszáj; ép burok. Ritka renyhe fájások. Az anya emelkedő hőmérséke miatt május 3-dikán, d. e. 8. ó. 30 p.-kor tünőfélben levő méhszáj mellett burokrepesztés, majd *fordítás és extractio*. Magzat élő érett fiú, hossza 52 cm., súlya 3620 gm., fejkerülete 37 cm. A leány megszületése után atoniás vérzés lépett fel, mely azonban jeges sublimatoldatnak a méh üregébe való fecskendése, — a méh bimanualis massáže — is két Ergotin-injectio után megszűnt.

Az anya hőmérséke a gyermekágyban kétszer érte el a 38.2°-ot, ezen hőemelkedések oka a hüvelyben levő lepedékes seb volt. Elbocsátás a tizenkettedik napon.

XII. J. M. 27 é., rk. I. P.

Felvettük: 1893. április 9-dikén, d. e. 40 p. Fejlapszám 316/293.

Sp. II. 25 cm.

Cr. II. 28 cm.

C. e. 20 cm.

Sp. p. 10 cm.

Felvételtkor II. homlokkékvést diagnoskáltak egy ujjnyi méhszáj és bemenet felett, mozgatható fej mellett. Hat óra múlva status idem, csak hogy nem a homlok, hanem az áll a legmélyebben fekvő rész. Április 9-dikén, d. u. 55 p.-kor 0.5 perczig tartó eklampsiás roham; 1 cntgm. morphium, felületes chloroformnarcosis. Ezen első roham után 2 órával a második, mely 1 perczig tartott és a mely alatt és után 1—1 cntgm. morphiumot adagoltunk. Belső vizsgálat az előbbi status változatlan voltát deríti ki, ugyanígy a d. u. 10 ó. 20 p.-kor megejtett vizsgálat is. Szülőnő nyugodtan alszik április 10-éig, d. e. 4 óráig; ekkor jelentkezik a harmadik, 1 perczig tartó roham; morphium, felületes chloroformnarcosis. A csapolt vizelet véres. Ettől kezdve elég sűrű fájások kezdődnek, úgy hogy a d. e. 7 ó. 7 perczkor két perczig tartó roham után végzett vizsgálat eredménye: tünőfélben levő méhszáj, fej legnagyobb kerületével a bemeneten túl, áll balra előre. Mély narcosisban *forceps*. Magzat élő érett fiú. Hossza 50.5 cm., súlya 3300 gm., fejkerület 37.5 cm.

Az anya a gyermekágy három első napján lázas volt, legmagasabb hőemelkedés 39.0°. A láz okául a hüvelyben levő lepedékes sebet vették fel; Elbocsátás a tizenegyedik napon.

XIII. B. T. 25 é., rk. I. P.

Felvettük: 1898. február 17-dikén, d. u. 3 ó. Fejlapszám: 201/172.

Sp. II. 21 cm.

Cr. II. 24.5 cm.

C. e. 17.5 cm.

Sp. p. 8.5 cm.

haladt a szülés, mire én pontosan megmondtam az adatokat. Eddig még a szokásos módon járt el, de ezután igazán tapintatlan, sőt sértő volt. Ha adataim helyességéről akart meggyőződni, vizsgált volna ő maga utánam, avagy az assistensét, Semmelweist bízta volna meg ezzel; ő azonban a bábát hívta oda, hogy vizsgálja felül az én leletemet. Ez még orvosnövendékkel szemben sem lett volna illő, velem, orvossal szemben határozottan illetlen volt, de mit volt mit tennem, hallgattam és vártam, mi fog következni. Valószínűleg, hogy tanárának hizelegjen, a baba helytelennek mondta az én leletemet. Klein haragosan végignézett és kérdezte, hogy mit szölok hozzá? Én nyugodtan azt feleltem, hogy a baba téved, az ő lelete hamis, az enyém helyes. Nem csak én, hanem az összes jelenlevő gyakornokok és Semmelweis, ki Klein mögött állt és láthatólag felháborodott főnökének eljárásán, feszülten várták, hogy mi lesz most. Klein hallgatott, egy pillanatig gondolkodott, azután maga vizsgálta meg a szülőnőt, a mint már előbb illetlen volt. Én oly biztos voltam dolgomban, hogy neki is ellentmondtam volna, ha a bábának ad igazat; Semmelweis szintén tudta, hogy a szülészeten ezen abc-jét tökéletesen értem és — mint később mondta — el volt határozva, hogy szükség esetén ő is utána vizsgál és nekem ad igazat. De erre nem került a sor; Klein becsületes volt, barátságosan bólintott felém és így szólt: „Igaza van.“ — Viselkedésének csak az volt a célja, az osztrákok szerint, hogy egy külföldit lealázzon.

Assistensének törekvései iránt Klein semmi érdeklődéssel sem viseltetett. A bécsi iskola korypheusai, Skoda és Hebra megismerték Semmelweis felfedezésének fontosságát és tőlük telhetőleg támogatták is őt; Klein még akadályokat is gördített elé, inkább tudatlanságból, mint rosszakaratból.

Fordította Hevesi Arthur dr.

Felvételkor ujjnyi méhszáj és ép burok mellett magasan a bemenet felett mozgatható fej: I. arczfekvés. Renyhe fájások. Február 18-dikán, d. e. 9 ó. 30 p. Méhszáj négy ujjnyi, burok ép. Február 18-dikán, d. u. 2 ó. 54 p. burokrepedés, méhszáj tűnőfélben. A továbbiak alatt a méhszáj állandóan ilyen marad; a fej a renyhe fájások közben reányomul a medence bemenetére, de nem rögzítődik. Az alkalmazott 33° R. fürdők daczára sem erősbödnek a fájások. Szülő hőmérséke 38·3 és 37·3 közt ingadozik. A magzat szívhangjai állandóan jók.

Február 19-dikén, d. u. 11 ó. fenyegető ruptura miatt fogót alkalmazunk az állal jobbra hátul beigazodott, de még nem rögzített fejre. A Naegle-féle hosszú fogóval nehezen sikerül a fejet a kimenetig lehúzni, az állat előbb „in situ” előre forgatván. A kimenetben a kis fogót alkalmazzuk.

Magzat rezgősszerű szívűködéssel születik meg, mely 8 perc múlva megszűnt; érett fiú. Hossza 53 cm., súlya 3130 gm., fejkerület 38 cm. Fején a tipikus configuration kívül a jobb fül előtt a falsontól a halántékontra haladó 2 cm. hosszú horpadás volt.

Az anya sérülései közül a méhszáj baloldali berepedt szélét — melyből vérzés állott fenn — és a gátat összevartuk. Gyermekágyban a negyedik és nyolczadik napon hőemelkedések 38·7°-ig; okúl a lepedékes sebeket vettük fel. A nyolczadik naptól fogva a hőmérsék normális; mindazonáltal a gyermekágyas nagyfokú gyengesége miatt még két és fél hónapig tartózkodott intézetünkben.

XIV. O. E. 22 é., rk. I. P.

Felvettük: 1899. október 18-dikán, d. e. 10 p. Fejlapszám: 1141/1069.

Sp. II. 26 cm.

Cr. II. 28·5 cm.

C. e. 18 cm.

Sp. p. 10 cm.

Felvételkor I. arczfekvés jobb kar előesés; két ujjnyi méhszáj; fej a bemenet felett mozgatható. Erőteljes fájások. Október 18-dikán, d. e. 7 ó. 15 perczkor a magzati szívhangok nem hallhatók; méhszáj eltűnt; fej a bemenetre rögzítve, áll jobbra hátul. *Perforatio*. Frissen elhalt leánymagzat: hossza 52 cm., súlya (agy nélkül) 2450 gm.

Az anya gyermekágya rendesen folyt le, legmagasabb hőmérséke 37·6° volt. Elbocsátás a kilencedik napon.

Ez esetek közelebbi megtekintésénél azt látjuk, hogy a kilencedik számú esetről a műtét indicatioja az anya emelkedő hőmérséke volt, mely körülmény az arczfekvés rovására nem írható (burokrepesztés közvetlenül műtét előtt); a XII. sz. esetben eklampsia volt a műtét beavatkozás oka, már pedig arczfekvés és eklampsia közötti összefüggést, még a legmerészebb eklampsia theoretikusok sem állítottak fel. A XIII. sz. eset hosszas elhúzódása már tényleg az arczfekvés hatása és így közvetve oka a műtét beavatkozásnak, ép így a XIV. sz. esetben is úgy látszik az arczfekvés okozta a magzat elhalálózását és így közvetve indicatiót szolgáltatott a perforatio.

A „Mittheilungen”-ben közölt 28 eset folyamán két műtétet végeztek, egy esetben „docendi et demonstrandi causa” correcturát combinált műfogásokkal, ezt természetesen tekinteten kívül fogjuk hagyni, a másikkban fogót.

Tehát öt műtétünk közül kettőben kizárhatjuk az arczfekvést mint beavatkozást előidéző okot, azért százalékos kimutatásunkat két részre fogjuk osztani: arczfekvéses szüléseink műtéteinek százalékára és az arczfekvés következtében végzett műtétek százalékára. 103 arczfekvéses szülés folyamán összesen öt műtét beavatkozás = 4·85%. Meglepően csekély szám más szintén conservative eljáró klinikák számai mellett — Zweifel 7·63%; Kamm (Breslau) 28·20% stb. — úgy, hogy Boër eredményéhez legközelebb állónak mondhatjuk a miénket, mint lentebb látni fogjuk a többi szempontokat is tekintetbe véve. Az arczfekvés következtében végzett műtétek százaléka 103 esetből három műtét beavatkozás = 2·91%. Ezen számarányok különösnek tüntetik fel mindazok törekvését, kik az arczfekvéseket — eo ipso — corrigálni, redressálni akarják.

Mindezek után második consequentiánk az, hogy az arczfekvéses szülések — ily kevés műtét beavatkozást igényelvén — feltétlenül a physiologikus szülések közé sorozandók.

Az anya prognózisát tekintve 105 arczfekvéses szülésünk között egy anyát veszítettünk el, következő esetben:

XV. H. Gy.-né 35 é., rk. II. P.

Felvettük: 1900. július 1-jén, d. u. 10 ó. 25 p. Fejlapszám: 1104/1040.

Sp. II. 25 cm.

Cr. II. 29 cm.

C. e. 21 cm.

Sp. p. 10 cm.

Felvételkor II. a. f. bőven három ujjnyi méhszáj, repedt burok, fej a bemenetben rögzítve. Szülő felvételkor szédülésről, rossz látásról és gyomorfájdalmakról panaszkodik. Vizeletben közepes mennyiségű fehérje. A tüneteket eklampsia prodromáiként felismerve 1 egm. morphiumot adagolunk subcutan. Sűrű erőteljes fájások, melyeknek hatása alatt december 1-jén, d. u. 11 ó. 45 perczkor gyenge expressio segítségével megszületik az algid asphyktikus érett fiúmagzat, mely 230 Schultze-féle lóbálás után meghalt. Hossza 53 cm., súlya 3315 gm., fejkerület 37 cm. Szülési tartam 3 ó. 20 p. A lepényi időszakban a méh renyhén contrahálódik, de vérzés nincs. Tizenöt perc múlva exprimáljuk a levált lepényt hiánytalanul, hiánytalan burkokkal. Ettől az időtől kezdve bő vérzés áll fenn, mely daczára az alkalmazott összes vérzéscsillapító eljárásoknak nem szűnik, úgy hogy 3 órával a szülés után bekövetkezik az exitus.

Ezen halál semmiképen sem róható fel az arczfekvés következményének. A szülés rövid tartama, spontan lefolyása mutatják, hogy itt egy véletlen, intercurrent complicatio volt dolgunk, mely kétségen kívül minden más fekvésben történt volt szülésnél épen így bekövetkezett volna. Ezért ezen halálesetet százalékszámításunkba bele nem vonjuk, mert belevonásával csak zavarnók azt a tiszta képet, melyet százalékos kimutatások alkotni hivatva vannak. Mondhatjuk tehát, hogy arczfekvés következtében egy anyát sem veszítettünk el 103 arczfekvéses szülés keretében. Ezzel szemben v. Weisznek (bécsi Braun-klinikán 5·7%, Wullsteinnek 5·16% halálzásai arczfekvés következtében majdnem érthetetlenek.

A gyermekágyat illetőleg következőket bocsátjuk előre: gyermekágyasaink, ha észleltetésük ideje alatt 38·0°-ot meghaladó hőemelkedésük nem volt, vagy a rendesen lefolyó gyermekágy képét rontó egyéb tünetet nem tapasztalunk, nyolcz napig maradnak fekvő, a kilencediken pedig elbocsátatnak. Az arczfekvéses szüléseink utáni gyermekágyasok átlagban 8·6 napig feküdtek. Ezen számításból kettőt zártunk ki; az elsőt, mert a negyedik napon incompensált insuff. bicuspidalis miatt áthelyeztük az I. sz. belkóródára, (VIII. sz. eset) másodikat, mert 3 órával a szülés után meghalt (XV. sz. eset).

Hetvenöt esetünk közül hat esetben észleltünk ismétlődő 38·0° felüli hőemelkedéseket; ezek közül csak egy haladta meg a 40°-ot is. Ezen hőemelkedések oka három esetben ulcus puerperale, egyben bűzös folyás, egyben baloldali parametritis volt; azon esetben pedig, melyben a hőmérséklet 40°-ot meghaladó volt, curettazást végeztünk a hatodik napon, melylyel visszamaradt lepényszöveteket távolítottunk el. Nyolcz esetben volt egyszeri hőemelkedés 38·0°-on felül; mindegyikben negatív volt a genitalis lelet és így azt más oknak tulajdonítottuk.

Többszöri hőemelkedés kimutatható genitalis eredettel: 5·82%
Egyszeri hőemelkedés negatív genitalis lelettel: 7·77%

Összes morbiditás: 13·59%

Ezen csekély arányszám alig különbözik klinikánkon általában tapasztalt megbetegedési arányszámtól

Mielőtt harmadik következtetésünket mindezekből levonnók, meg fogunk még emlékezni a gát sérüléseiről, melyek a szerzők nagy részének állítása szerint (Zweifel, Winckel, Torggler, Schauta) arczfekvéses szüléseknél nagyobb számban és terjedelemben fordulnak elő mint rendes körülmények között. A magyarázat az arczfekvések mechanizmusában keresendő: a fej submento-occipitalis átmérővel halad át a szeméremrésen, már pedig ez 1—1·5 cm.-rel hosszabb mint a fronto-suboccipitalis átmérő; visznylagosan a submento occipitalis kerület 4·5—5 cm.-rel (Torggler 4·72 cm.) hosszabb a fronto-suboccipitalisnál.

103 arczfekvéses szülésünk után 13 esetben kellett a gát repedt sebéet egyesíteni (egy esetben kétoldali episiotomia nagyfokú feszülés miatt). A repedések átlagos hossza 1·6 cm.

Százalékban 12·62% az aránya az egyesítést igénylő gátrepedéseknek, melyet szembe állítva Torggler 16% -ával (arczfekvések után) vagy Szabó dr. (Mittheilungen) 14·26% -ával (összes szülésekből) kitűnik, hogy a mi arczfekvéses arányszámunk feltűnően előnyös.* Ezen tényt a mechanizmusról mondottakkal csak úgy egyeztetjük össze, ha kiemeljük,

* v. Steinbüchel is hasonló előnyös eredményre jutott.

hogy arczfekvéses szüléseinknél a gát megvédésekor a rendesen is nagyobb óvatosságra intjük a gát védelme körül foglalatostkodó egyént.

Harmadik következtetésünk tehát: *arczfekvéseknél az anya prognosisa (élete, gyermekágya, sérülések) éppen oly kedvező, mint bármely más szülésnél.*

Eseiteinkből végül a magzatok prognosist fogjuk megállapítani. 103 arczfekvéses szülésből ötöt elhagyva (hármát macerált magzatok, kettőt 44—45 cm. hosszú halott anencephalus miatt) 98 arczfekvésben született magzat közül 83 hagyta el élve klinikánkat (84.68%). Az elhalt 15 magzat közül hat szülés alatt pusztult el (5.1%); ezek közül háromnál a köldökzsinór rövidsége (IX. sz. eset) vagy szoros körülburkolódása volt a kimutatható halál oka; háromnál (közük a XIII. és XIV. sz. eset) az elhalálozás oka nem volt kideríthető. Öt magzat (4.08%) halt meg közvetlen szülés után, azaz született algid asphyxiában és meghalt az alkalmazott (összesen 818) Schultze-féle lóbálás alatt. Négy magzat pedig az ötödik napon túl halt meg intercurrents betegségek folytán. (Itt említjük meg, hogy négy magzatunk született felületes algid asphyxiában, mely néhány (legtöbb 50) Schultze-féle lóbálásra lividbe ment át, hét magzatunk pedig mindjárt livid asphyxiában született. Mind a 11 élve hagyta el klinikánkat.)

A szülés alatt elhalt hat magzat közül hármát, — melyeknél, egyébként tipikus lefolyás mellett a köldökzsinór okozta rendellenességek idézhették elő a magzat elhalását és így az arczfekvést, mint halált előidéző okot kizárhatjuk — kivonunk százalékos számításunkból. Tehát nyolcz magzat halálát okozhatta közvetve vagy közvetlenül az arczfekvés, a mi megfelel 8.16%-nak. Winckel és Olshausen 13%, v. Weisz 12%-ával szemben jókora különbség. A koponyafekvések 5% körüli halálozási arányszámával szemben mégis, hogy mi idézi elő a 3%-nyi rosszabbodást, midőn minden más tényező azt mutatja, hogy arcz- és koponyafekvések minden tekintetben egyformán enyhélefordulású szülések, azt megfejteni talán Ahlfeld azon teoriájával lehetne: hogy az arczfekvés keletkezésére primaer ok többek közt az is lehet, ha a magzat in utero halálán van.

A magzat prognosisa arczfekvéses szüléseknél tehát valamivel rosszabb a koponyafekvéses szüléseknél. Ezen valamivel rosszabb prognosist azonban époly kevésbé magyarázza meg és indicálja a redressálók és corrigálók törekvését, mint azt a 2.91 műtét tette; annál kevésbbé, mert lehetséges, hogy ezen rosszabbodásnál a halál nem is az arczfekvés következménye, hanem oka.

Therapia.

Az elmondottak után therapiáról sok mondani valónk nincsen. Ugyanazon elveket kövessük az arczfekvéses szülések vezetése körül mint koponyafekvéseknél; csak a magzati szivhangokra való szorgosabb felügyelet ajánlható. Röviden: helyezkedjünk teljesen a conservatív álláspontra — nyugodt expectatioval.

Legvégső megállapodásunk mindezek után ez: mivel a több ok összegeződéséből keletkező arczfekvések prognosisa a koponyafekvések prognosissal minden irányban megegyezik és talán valamivel nagyobb veszéllyel csak a magzatra nézve bír, azt feltétlenül az *eutokiák* közé kell soroznunk.

Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetemi II. sz. női klinikáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos egyetemi tanár.)

Az ophthalmoblennorrhoea neonatorum prophylaxisának kérdése, kapcsolatban az ezüstacetattal végzett instillatiók eredményének ismertetésével.

Irta: Scipiadés Elemér dr. klinikai gyakornok.

Ha tudjuk Aëtius, Galenus és Soranus adataiból azt, hogy az újszülöttek ophthalmoblennorrhoeája s annak kezelése már a régi görögöket is foglalkoztatta, ha számba vesszük azt a hosszú időt, mely onnan Credéig eltelt s mely alatt e kérdés kisebb-nagyobb szünettel állandóan actualis maradt, ha végiggondoljuk

tárgyunkkal kapcsolatban főleg azt a kettős decenniumot, mely Credének ezen kérdésben való epochális állásfoglalása óta eltelt, ha továbbá végigtekintünk azon számszerint is, óriási irodalom, mely ezen tárgyhöz csak 1880-tól 1900-ig fűződik, akkor azt kell hinnünk, hogy ennyi idő és ennyi munka eredményeképp teljesen ki van már kristályosodva ezen kérdésre adandó azon leghelyesebb felelet, mely a vita ezerszámra menő lapjait lezárja.

Ha azonban az ezen tárggyal csak Credé óta foglalkozó irodalom lapjaiba mélyebb pillantást vetünk, látni fogjuk, hogy ezen kérdés felett a tudomány még máig sem tért napirendre, s hogy még messze van az az idő, mely a vitában összehordott sok anyagból épülő alkotás zárókövét leteszi.

Hogy mennyire a felszínen tartja magát a kérdés ma is, annak bizonyosságául álljon a többek közt az is, hogy csak kevés idővel ez előtt hangzott el a Budapesti Királyi Orvosegyesületben is felőle Leitner dr. szemész főorvos ajkairól egy nem kis érdekű előadás, melyben idézett a Credé-féle eljárás kötelező behozatala mellett foglalt állást.

Tekintettel tehát ezekre és arra, hogy e kérdés tudomásom szerint magyar részről kellő terjedelemben megvitatta még nem volt s főképp arra, hogy legutóbb magam is behatódobban foglalkoztam az ezen tárgy körébe eső kérdések megismerésével és elbírálásával, el akartam hozni ide adataimat, hogy a soraim élén álló czimben foglalt tárgynak minden, főleg újabb érdekességű pontját lehetőleg megvilágítsam, megmutatandó: mely határpontokig jutott el máig itt a tudomány, azaz, melyek felvetett kérdései, a mikre a feleletet még várja.

Ezen czélunk köszöni értekezésem születését.

Ezeknek előrebocsátása után, részletesen kell tehát áttérnem arra, a mit tárgyalásomban fejtegetni akarok s melyek a következő kérdések kifejtésében culminálnak.

1. Hogyan vált be a Credé-féle eljárás az ophthalmoblennorrhoea neonatorum megelőzésében?

2. Specificum-e az argentum nitricum a genyedő szemgyulladás vírusa ellen, vagy más szerek és eljárások is vannak, melyekkel a morbiditás a kívánt módon lecsökkenthető?

3. Melyik ezen eljárások közül az, mely az újszülöttek blennorrhoeás szemgyulladásának elhárításában a legelőnyösebb eredményt adja?

4. Bevezessük-e azon eljárást az orvosok és bábák magán-gyakorlatába?

a) S ha igen, facultativ vagy obligat módon-e?

b) Ha pedig nem, melyik eljárás volna ma az, mely a privat gyakorlatban az ophthalmoblennorrhoeának szörnyű következményeitől a társadalomtól a legbiztosabban megóvná?

Az hiszem, felesleges munkát végeznék, ha külön akarnám kiemelni, hogy Credé először 1880-ban az Archiv f. Gynäcologie hasábjain „Die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen“ cz. munkájában ajánlotta közismert eljárását a csecsemők ophthalmoblennorrhoeájának elhárítására s hogy eljárását csak további két év alatt praecisírozta ki azzá a törvénynyé, mely alatt ma az eredeti Credé-féle eljárást ismerjük s mely két sarkalatos pontban kívánja:

1. Az anya hüvelyének desinfectioját szülés előtt ismételtlen sublimattal végzett irrigatiókkal;

2. A szülés után a magzat köldökének elmetésése előtt „egy csepp“ 2%-os argentum nitricumnak az újszülött conjunctivális zsákjába való becseppentését.

Nem is akarok erre bővebben kiterjeszkedni, hanem mindjárt felveszem fejtegetését első kérdésünknek, mely arról lesz hivatva számot adni, hogyan vált be máig ezen eljárás.

Tekintettel arra, hogy e pont ismertetendő feladataim közül legkevésbbé, vagy épenséggel nem vitás, csak a kiemelendőbb adatokra hivatkozom.

Közismert tény, hogy a csecsemőknek ophthalmoblennorrhoeában való megbetegedési százalékos száma Credé előtt általában a 9—15% közt ingadozott, akadtak azonban helyek, a hol a megbetegedések ezen számokat jóval meghaladták úgyannyira, hogy vannak 50%-os morbiditásról is feljegyzéseink. (Bonn. Haussmann Monographie.)

Lássuk mit javított ezen Credének ismeretes eljárása.

A régebbi statisztikus adatok közül, mint legteljesebbet csak a Köstlin-ét (1896) akarom kiemelni, mint a mely 68 szerzőnek több mint 100,000 esetre vonatkozó észleléséből összehasonlító táblázatos kimutatást közölve, a bizonyításra a legalkalmasabb eszközül használható.

Ezen statisztika szerint az ophthalmoblennorrhoeás megbetegedések arányszáma 13·5%-ot tett ki Credé előtt, míg utána 0·6%-ra esökkent.

Közvetlenebb összehasonlítás czéljából álljon itt e statisztikából kiszakított néhány ismertebb szerző adata:

A morbiditás Credé előtt:

Credé 1874—80	9·97%
Haase 1829	50·00%
Winckel 1875	15·04%
Olshausen 1865—69	12·50%
Ahlfeld 1867—82	5·20%
Haidlen 1877—80	11·65%
Karafiáth 1881—83	4·16%
Konrád 1881	6—10·0%

A morbiditás Credé után:

Credé	0·086—0·17%
Zweifel	0·2%
Leopold és Wessel	0·69—0·0%
Gusserow	0·45%
Haidlen	0·10%
Kruckenbergr	0·56%
Kaltenbach	0·85%
Karafiáth	0·72—0·0%
Konrád	0·14%

A régebbiek közül csak még Erössnek, a Kézmárczky vezetése alatt álló budapesti I. sz. szülészeti klinikáról való kimutatását kívánom felhozni, a mely szerint 1883-ban 1000 esetre vonatkoztatva a morbiditás 0·4%-ot tett ki.

Az újabb adatok közül Leitner statisztikai adataira hivatkozom, melyek szerint a jelenlegi átlagos morbiditás 0·26—0·30% között ingadozik.

Mindezekhez mint legújabbat a magam adatait csatolom, melyeket a Tauffer tanár vezetése alatt álló budapesti kir. magy. tud.-egyetemi II. szülészeti klinikának 1892. január 1-étől 1901. február 22-dikéig terjedő működési anyagából gyűjtöttem össze s mely 4106 elveszületett életképes, mindkét nemű újszülötthez vonatkozik. Ennek végeredménye a morbiditás százalékos számául, Credé-eljárás után, az említett idő alatt a 0·36%-ot adja.

Azt hiszem, tudva azt, mennyire a köztudatban él ma már a Credé-féle eljárás értéke, megelégedhetem ezen adatokkal.

Tekintettel azonban arra, hogy a Credé-féle eljárással járó nagyfokú lapis-reactiók ezen prophylacticum értéket nagyban csökkentik, fel kell vetni azt a fontos kérdést, vajon specficum-e az argentum nitricum a blennorrhoeás szemgyulladás vírusa ellen vagy vannak-e más szerek és eljárások is, melyekkel az óhajtott czélt épen olyan eredményekkel el lehet érni?

E kérdésre a kívánt feleletet nem olyan könnyű megadni, mert annyi ellentétes adat, annyi eltérő vélemény s annyi neves szerző áll e ponton egymással szemben, hogy az igazságot nehéz megtalálni.

Felhozom ezért sorban azon szereket, eljárásokat és véleményeket, megemlítve a lényegteleneket, bővebben fejtegetve a pontosabbakat s megkísértem, azokat a Credé-féle eljárással összehasonlítva, corollariumként feleletül a helyes igazságot ki-keresni.

Az ophthalmoblennorrhoea vírusát positive csak Neisser fedezése óta (1879) ismerjük; helyesebben azóta, hogy a gonococcust az ophthalmoblennorrhoeás váladékban Haab, Hirschberg, Sattler, Krause (1881), majd mások is kimutatták.

Hosszabb időn keresztül ezután az élt a közhiedelemben, hogy az újszülöttek genyedő szemgyulladásának a gonococcus kizárólagos vírusát képezi.

Újabb vizsgálatok azonban új világosságot vetvén e kérdésbe, ezen hiedelmet megdöntötték.

Igy Chiavaro már 1896-ban figyelmeztetett arra, hogy az ophthalmoblennorrhoeának nem csak a gonococcus lehet a kórokozója, hanem sok más pyogen bacterium is s csakugyan, mikor

Chartres 1897-ben 26 ophthalmoblennorrhoeás váladékot bacteriologikus vizsgálatnak vetett alá, kitünt, hogy esetei közül csak 36% volt gonorrhoeás, míg 12%-ban a Löffler-féle bacillusok, 12%-ban mikrococcusok és 8%-ban streptococcusok szerepeltek a pathogenesisben.

Ezen vizsgálatokat később Axenfeld, Doléris, Groenouw, Stephenson (1898) Cramer, Lundsgaard, Biatti (1899) és Zur Nadden (1900) észlelései egészítették ki, melyek kiderítették, hogy ophthalmoblennorrhoeát a gonococcusokon kívül még a Löffler-féle diphtheria-bacillus, a mikrococcus, streptococcus, pseudogonococcus, pneumococcus, a coli-bacillus, a Koch- és Weeks-féle bacillus, a diplo-bacillus, a staphylococcus pyogenes albus és aureus s végül a pseudoinfluenza-bacillus is okozhat.

Ezen mikrobászorozatra vetett egyetlen pillantás megadja nekünk most a keresett feleletet, mert csak természetes az, hogy a vírusoknak ilyen sokfélesége esetén a bántalom ellen egy szer, mint az argentum nitricum is, specficumot nem képezhet.

Már magában ez az egy tény is indokolná azt a körülményt, hogy sokan nem kötötték meg kezöket az ophthalmoblennorrhoeákat elhárítani hivatott prophylaxis alkalmazásában a Credé-féle eljárással, hanem más szerekkel és eljárásokkal is megpróbálkoztak.

Tehették pedig ezt annál is inkább, mert igazában a Credé-eljárással soha sem sikerült általánosságban az ideális 0·0%-ra csökkenteni a morbiditást s mert az argentum nitricum instillációk mögött, mint árnyék folytonosan ott settenkedett a lapis-reactióknak kellemetlen hátránya.

De merültek még fel egyéb körülmények is az argentum nitricum alkalmazása ellen.

Igy Schirmer, majd Dowling azon nézetnek adtak kifejezést, hogy az ophthalmoblennorrhoeákat okozó fertőzések nem a szülés alatt, hanem a gyermekágyban jönnek létre, állítván, hogy a magzat szemeit a szülősatornán belül szorosan zárva tartja, tehát a kórokozó vírusnak a conjunctiva zsákjába való bejutása ez által lehetetlenné van téve. Már pedig tekintve azt, hogy a Credé-féle eljárás csak a már megtörtént fertőzéssel képes hatásosan küzdeni, egy később bekövetkezendő ellen azonban immunizálni nem tud, ezen alapon azt állították, hogy annak applicálása sem jogosult.

S jóllehet közöltek eseteket, így Sattler mindjárt kettőt is, melyben az ophthalmoblennorrhoea már a szülésnél jelen volt, tehát csak sub partu eredésű lehetett, mindennek ellenére, hosszabb időn keresztül tartotta magát ez a nézet.

Igy különösen Lundsgaard, Haussmann, Stratz, Kaltenbach, Hegar és sokan mások ragaszkodtak ezen nézethez. S ámbár megengedték azt, hogy ophthalmoblennorrhoeák néha, kivételesen sub partu is létrejöhetnek, pl. elhúzódó szüléseknél, korai burokrepedéseknél, melyekre mint disponáló okokra már Credé is figyelemztetett, továbbá arcztartásos, homlokekvéses és művi szüléseknél, mégis azt erősítették, hogy a legtöbb ophthalmoblennorrhoea a gyermekágygyal függ össze.

S igazán úgy látszott egy ideig, hogy a Credé-eljárás második pontjának jogosultsága megszűnt, s hogy az eljárás, az elmondott alakoktól eltekintve, nem is ezen második pontjának, hanem az elsőnek, vagyis a hüvelynek sublimattal való többszörös kiöblítésének köszöni eredményeit.

Csak a dolognak természetéből folyik, hogy egymásután tűntek fel most azok, kik a blennorrhoeás szemgyulladás prophylaxisánál csak a hüvelynek kiöblítésével s a szemeknek kinyílásuk előtt való szorgos letisztogatásával akarták a kívánt eredményeket elérni, az irány főképviseleiül mégis Keilmann-t, Haussmann-t, Abadie-t, Rómie-t és Kaltenbach-ot kell felemlíteni.

De még Ahlfeld is, ki bár kijelentette, hogy az ophthalmoblennorrhoeák zöme a szüléssel áll kapcsolatban, erre az eljárásra fekteti a főszúlyt, jóllehet ő már inkább azért, mert különben sem híve a Credé-féle eljárásnak, mint az 1888-ban adott közléséből kitetszik s mert ilyen módon remélt vagy látszott a conjunctivális reakcióktól s a következményes conjunctivitis suppuratívától megmenekülni. (Közlése szerint 1883-ig a Credé-féle eljárást alkalmazta s ezen idő alatt a megbetegedések százalékos száma 0—8% között ingadozott. 1883-tól egy ideig 0·01—0·03%-os sublimatnak a szembe való cseppentését vette alkalmazásba, a mire a morbiditás 0%-ra esökkent. Ekkor még ezen becsöppenté-

seket is elhagyta s megelégedett a hüvelynek sublimattal való szorgos desinficiálásával, továbbá a szemeknek, rögtön a fej megszületése után vízzel való lemosásával s ezen idő óta, tehát a közlés idejéig öt éven át nemcsak ophthalmoblenorrhoeát nem látott, de a conjunctivitis suppurativák száma is 0%-ra csökkent.

Hogy azonban ez az eljárás, dacára annak a sok követőnek, melyre a felsoroltakon kívül is egy ideig akadt, nem vált a tudománynak közkinésévé, az a következőkből magyarázható.

Eltekintve ugyanis attól, hogy a hüvely kellő módon való desinficiálásának körülményes eljárását a legtöbb baba sem meg nem tanulja, sem be nem tartja, ez az eljárás már csak azért sem tudott egyrészt az életre kiható fontosságra vergődni, mert a bábákra, a kiknek kezén pedig a legtöbb privat szülés megy keresztül, a sublimatot kellő mennyiségben s állandóan, nagyfokú mérgező hatásánál fogva, bízni nem lehet. Az intézetek határain belül pedig azért nem tudott tért foglalni, mert kitűnt, hogy a hüvelyt biztosan desinficiálni nem lehetvén, az ophthalmoblenorrhoeát elhárítani célzó eredményei legtöbbször még az intézetekben is igen rosszak s továbbá, mert habituális hüvelyöblítések számtalan puerperális betegségnek lettek okozói.

És bár nagyjában igaza lehet Heimnek akkor, mikor azt mondja, hogy „Es gibt kein Prophylacticum, sondern verschiedene prophylactische Verfahren, die alle richtig geübt, günstige Resultate liefern“, mégis úgy látszik, hogy nem lehet megelégedni az asepsisnek, vagy antisepsisnek azon egyoldalú alkalmazásával, mely csak a hüvely desinfectiójában s a szem külső letisztogatásában látja az üdvöztető eljárást, hanem csak az olyan eljárás állhat meg, mint ezt Fürst már 1883-ban megjegyezte, mely a szemek desinfectióját is feladatául tűzi ki.

És valóban úgy látjuk, hogy a Credé-ét helyettesíteni akaró eljárások legnagyobb része ezen utóbbi, helyesebb alapon épült fel, vagyis a szemek desinfectiójára fektette a fűsúlyt.

Nem lehet céltom itt részletesen kiterjeszkedni azon gombamódra felszaporodott eljárásokra, melyek egyrészt értéktelenségek, másrészt rövidéletűségek folytán jelentőségre nem vergődtek. Elegendőnek tartom, ha azokra egyszerűen csak hivatkozom, vagy ha egyikhez másikkhoz néhány szó megjegyzést fűzök.

A lényegtelenebb eljárások azok, melyekben az acidum salicylicum, zincum sulphocarbolicum, β -naphthol, aqua chlorata, kalium hypermanganicum (Sourice), resorcin, thymol, ichthyol (3%-os Schatz 1898.) mercurium oxycyanatum (1:2000 Axenfeld) tömény bőr-oldat (North 1899.) formalin (1%o Castillo 1889.) szerepeltek azon anyagokul, melyek a szem számára desiniciensül szolgáltak.

Ezekhez járultak még a következők:

A citromlé, melynek hatásairól Barbary (1895.) számolt be a Baudelocque klinikájáról, hol a citromlének a szembe való becséppentését az anya hüvelyének (0.5—1.0:1000) jodkalival és higanyjodürrel való többszörös kiöblítése s a csecsemő orbitális tájának szappannal és vízzel való lemosása előzi meg. És bárha Barbarynak dicsérő véleményéhez később a Sawelskyé is (1896.) járult s bár ezeket kiegészítette Reymond-nak (1898-ban) a Pinard klinikájáról származó referatuma is, mely a szemnek valamelyes desiniciens oldattal való lemosása után az 5%-os citromsavnak, vagy a tiszta citromlének a szembe való cseppentésével elért eredményekről szintén dicsérőleg nyilatkozik, még sem tudott ezen eljárás kiterjedtebben, vagy épen a Credé-félének rovására alkalmaztatáshoz jutni. Kitűnt ugyanis más klinikák észlelései alatt, hogy alkalmaztatása esetén az ophthalmoblenorrhoeás morbiditás legalább is olyan, de legtöbbször még magasabb percentszámokat ér el, mint a Credé-féle eljárásnál, másrészt mint azt Valude (1898.) közölte, reactiókat is, 3—4 naposakat s olyan erőseket okoz, hogy az argentum nitricumnak reactiót keltő hátrányán sem javít.

Megemlítem még a lényegtelenebbek közül a jodoformnak, mint egyetlen porban alkalmazott desiniciensnek az alkalmazását is. Erről újabban Valude referált, mint olyan szerről, melylyel Tarnier, kinek a klinikáján 8 év óta van alkalmazásban, igen meg van elégedve. A jodoformnak applicatioját megelőző eljárások itt is úgy, mint a Credé-féle eljárásnál, a hüvelynek előzetes desinfectiójában s a szemnek külső letisztításában állanak s a Credétől az eljárás csak abban különbözik, hogy a 2%-os argentum nitricum helyett jodoformport insufflálnak a szembe.

Az eredmények azonban úgy látszik még sem érnek fel a credézéssel elért eredményekkel, mert, mint Reymond közli, az ophthalmoblenorrhoeák százalékos száma ezen eljárásnál 1.27%-ra emelkedett, a mi a jelenlegi Credé-statisztikák 0.26—0.40%-os arányszámánál lényegesen rosszabb.

Ezen elmondott lényegtelenebbek után rátérek most azon eljárásokra, melyek szélesebb körben próbáltatván ki s az előbbieknél értékesebbek is lévén, nagyobb elterjedtségnek örvendenek.

Ezek azok az eljárások, melyek az argentum nitricum helyett a jodtrichloridot, a carbolt, a steril vizet, vagy a sublimatot használták a kívánt cél elérésére.

Ezek ismertetésénél megint csak a Keilmann statistikájára, mint legterjedelmesebbre és legtanulságosabbra hivatkozom.

Jodtrichloriddal Buchholz és Keilmann végeztek kísérleteket s eredményeik szerint az ophthalmoblenorrhoeás morbiditás 1.0—1.4% közt ingadozott. A középértékül veendő 1.2%-os megbetegedés tehát sokkal rosszabb, mint a Credé-eljárással mostanság általánosan elért eredményeknek fentemlített száma.

A carbollal Olshausen, Königstein, Kruckenberg, Fuhrmann, Valenta és Hubbauer végeztek kiterjedtebb kísérleteket. Észleléseik alatt a megbetegedési százalék 0.62—13.8%-ig ingadozott. Az észlelt esetek összeségének morbiditási középszáma körülbelül 5.8%-ot tesz ki, a mi önmaga tanuskodik az egész eljárás értékéről.

A steril vizet Abegg, Schirmer, Kaltenbach, Ahlfeld, Cohn, Korn, Caro, Sutugin, Hofmeier, Hermann és Rivière tették kísérleteik tárgyává s észleléseik alatt 0.0—17.0% közt variált a blenorrhoeás szemgyuladással megbetegedések száma. Középarányosul az összes észlelésekre 2.22% morbiditás esvén, ezen eljárás sem jöhet szóba a Credé-féle eljárással elért arányszámokkal szemben.

Sokkal jobb eredményeket láttak, mint az előbbi három eljárástól Stratz, Fritsch, Ahlfeld és Erberg az 0.1—0.3%-os sublimat-oldatnak a szembe való cséppentésétől, minthogy anyagukon az ophthalmoblenorrhoeás megbetegedés 0.4-től 0.61%-ig váltakozott.

Ha csak ezen észlelésekből merített középarányost vennők irányadónul, mely körülbelül 0.5%-ot tesz ki, azt lehetne gondolni, hogy a sublimat instillatiók eredménye közel felér a 2%-os argentum nitricum becséppentések értékével s így azt lehetne mondani, hogy egészen irreleváns, akár a Credé-féle ezüst nitrátot, akár a sublimat becséppentést alkalmazzuk prophylacticumnul.

Ha azonban elolvassuk ezen instillatiók értékéről egyrészt Widmark, Fleschhauer és Olshausen nyilatkozatait, kik olyan rossz eredményeket láttak alkalmazásától, hogy azonnal elhagyták és nagyobb anyagon való kipróbálását nem is kockáztatták, másrészt ha számba vesszük azon kezelésre szoruló conjunctivitis (secretio, pirosodás, duzzanat) számát, melyeknek percen-tuatioja Ahlfeldnél 8%-ot is meghaladt, akkor kimondhatjuk, hogy semmikép sem indokolt a sublimat becséppentések alkalmazása, mert sem a morbiditás tekintetében meg nem bizható, sem a reactiók, sem főképp a kezelésre szoruló conjunctivitis számát nem csökkenti, mert hiszen az általam Credé eljárása után a budapesti kir. magy. tud.-egyetemi II. sz. szülészeti klinikáról cikkek elején statistikailag közölt 4106 eset közül is 8.9%-ot tesz ki a kezelésre szorult conjunctivitisek száma.

Úgy látszik tehát, hogy az eddig közölt eljárások egyike sem lesz hivatva arra, hogy a Credétől ajánlott ezüst sót a prophylaxisban felváltsa.

Mielőtt azonban a többi eljárások ismertetéséhez fognék, két nevezetes körülményre kell ráutalni, mert csak ezek magyarázzák meg miért hagytam azon eljárásokat a sorrendben utolsónak s mi az oka, hogy azokkal bővebben foglalkozom.

Az a nézet, melynek főképviselei Schirmer, majd Dowling voltak, s mely az ophthalmoblenorrhoeákat okozó fertőzés intra partum való létrejövetelét tagadta, hovatovább megdőlt. Mert eltekintve Sattler, Magnus és Kruckenberg közölt eseteitől, melyekben az ophthalmoblenorrhoea már a szülés alatt meg volt s melyekkel az intra partum fertőzés lehetősége ki volt mutatva, egyszersmind az is beigazolódott, hogy az ophthalmoblenorrhoeát létrehozó fertőzés, ha nem is minden esetben, de legtöbbször a szüléssel áll kapcsolatban.

Uppenkamp közölt ugyanis egy sorozatos összeállítást, mely szerint az ophthalmoblennorrhoea kitörése napok szerint a következőképpen sorakozott:

1. napon 16; 2. napon 38; 3. napon 80; 4. napon 58; 5. napon 54; 6. napon 29; 7. napon 20; 8. napon 15; 9. napon 5 ophthalmoblennorrhoea lépett fel végig észlelt esetei közül.

Hausmann vizsgálatai szerint a blennorrhoeás szemgyulladások 57%-a az első 4 napon, 46%-a az 5–9-ik napokon lép fel.

Cohn statistikája szerint pedig az ophthalmoblennorrhoea az 5-ik napig 76%-ban, azontúl csak 24%-ban lép fel.

Ezek alapján Ahlfeld, ki különben észleléseinél szintén hasonló eredményekre jutott, jegyezte meg a következőket. Ha igaz volna az az állítás, hogy a legtöbb ophthalmoblennorrhoeás fertőzés nem a szüléssel áll kapcsolatban, nem tudná semmiképpen sem magyarázatát találni annak, mi az oka, hogy a legtöbb ophthalmoblennorrhoea éppen az első hétben lép fel, mikor tehát a gonorrhoeás anya legkevesebbet foglalkozik csecsemőjével s miért kevesbedik a fertőzés éppen a második hét alatt, mikor pedig a csecsemő ekkor kizárólag gonorrhoeás anyjának gondozása alatt áll. Vagy miért nem törnek ki ophthalmoblennorrhoeák a 3-ik héten, mikor pedig nem szűnt még meg teljesen a lochiális secretio, tehát annak a csecsemő szemére való átvitelét illető lehetőség is meg volna még adva.

S csakugyan a gyermekágyi u. n. lochiális fertőzéseknek, a szüléssel összefüggő fertőzésekkel szemben való gyakoriságát fenntartó nézet meg is dőlt, egyrészt azon vizsgálatok által (Zweifel), melyek kimutatták, hogy ha egészséges az anya, a kinek lochiája a csecsemő szemébe vitetik, akkor ophthalmoblennorrhoea nem fejlődik, másrészt azon Haidlen-től származó észlelések által, melyek a lochiális fertőzések gyakoriságát erősítgetők nézetét azzal döntötték meg, hogy közel 1000 (978) pontosan végig észlelt esetben csak kétszer lehetett biztosan a lochiának a gyermekágyban az újszülött szemére való átvitelét kimutatni s akkor is enyhébb természetű volt a megbetegedés.

A felsoroltakat még Köstlin, Cohn, Glaeser és Silex észlelései és állításai egészítették ki, melyekből végérvényesen kikristályosodott az az igazság, hogy a fertőzés leggyakrabban a szüléssel áll kapcsolatban s csak kivételesen a gyermekágyban történik meg, továbbá az, hogy azon fertőzéseket, melyek bár a gyermekágy későbbi napjaiban lépnek fel, inkább a baktériumok enyhébb virulentiájának, vagy az incubatio hosszabb tartamának, mint a lochia átvitelének rovására kell írni.

S most, miután tudjuk azt, hogy a blennorrhoeás szemgyulladásra okot adó fertőzés legtöbbször a szüléssel és nem a gyermekágygyal függ össze, mint második fontos s újabban általánosan elismert azon körülményre kívánok utalni, hogy a kórokozó agenseknek sokfélesége dacára az ophthalmoblennorrhoeás vírusoknak legnagyobb s talán kizárólagos contingensét a gonococcusok szolgáltatják.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti szt. Rókus-kórház szülészeti és nőgyógyászati osztályáról. Főorvos Elischer Gyula dr. egyetemi tanár.

Uterus duplex separatus esete.

Irta Pauer Károly dr.

Az uterus fejlődési rendellenességeinek irodalma az uterus duplex (didelphys) számos variatioját foglalja magában, részint önálló körkép alakjában, részint kombinálva terhességgel, tumorképződéssel, úgy hogy az uterus duplex casuistikája már meglehetősen nagy anyaggal rendelkezik.

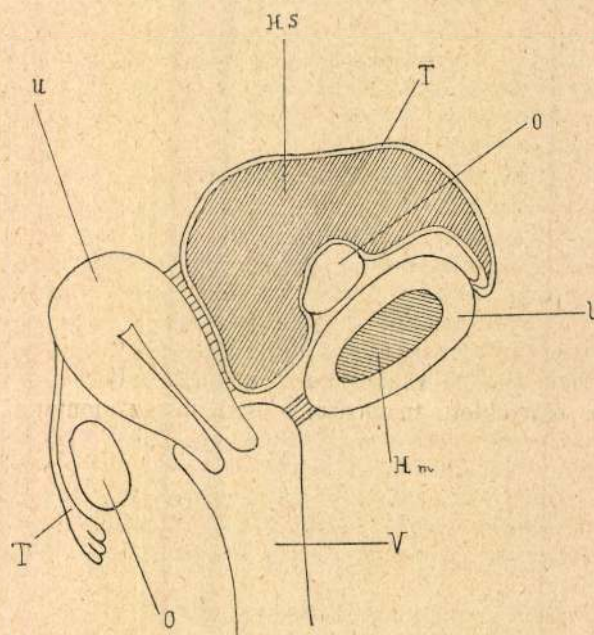
A közölt esetek mind igen részletesen vannak tárgyalva s a szaklapokban (Centralblatt, Zeitschrift és Archiv für Gyn.) megtalálhatók az idevágó irodalom ismertetésével egyetemben; ennél fogva feleslegesnek is tartom ismétlésekbe bocsátkozni s egyenesen rátérek saját esetünkre, mely annál is inkább meg-

érdemli a figyelmet, mert az uterus duplexnek eddig nem észlelt képét tünteti fel.

1901. május havában vettünk fel az osztályra 14,955. kórházi szám alatt egy 18 éves parasztleányt, kinek anamnestikus adatai következők voltak: Havibaja 17 éves kora óta jelentkezik négy hetes időközökben, 9–10 napi időtartammal; utolsó három hét előtt. Már a legelső havadzás alkalmával is s azután a következőkben, óriási görcsös fájdalmai voltak a bal alhasfélben, úgy, hogy csak meggörnyedve volt képes járni s ezért a menses idejét rendszeren ágyban töltötte. Eleintén ezen görcsös fájdalmak csak a menstruális időre korlátozódtak, de egy fél év múlva már az intermenstruális időszakban is állandósultak, habár kisebb intenzitással. Körülbelül két hónap előtt vette észre, hogy bal alhasában a hasfalakon át daganat tapintható ki.

Az elég jól fejlett betegnek külsőleg semmiféle abnormitás vagy kóros állapot nem található.

A gynaekologiai vizsgálatnál felvett lelet: intact virgo, normális külső genitáliák; jól tágulékony hymenalis gyűrű; szűk hüvely, kicsiny, vaginalis portio hátul, de nem a közép-vonalban, hanem attól jobbra s kissé ferdén elhelyezve; úgy látszik jobboldalt folytatás az uterusba.



U = Uterus, T = Tuba, O = Ovarium, V = Vagina, Hs = Haematosalpinx, Hm = Haematometra.

Feltűnő a különbség a két oldalsó fornix között, míg jobboldalt a vizsgáló ujj a portio és hüvellyel közt alig talál helyet, baloldalt két ujj is elférne, mintha a fornix e helyen erősen bal felé volna kivongálva.

Kombinált vizsgálatnál a status volt: Uterus normális nagyságú, egyenes állásban, jobbra áthelyezve. Közvetlenül az uterus mellett, vele széles összefüggésben egy többé-kevésbé rugalmas, felületén behúzódnásokat mutató, jól határolható, nem fájdalmas és mérsékeltén mozgatható tumortapintható, melynek alsó polusa a kivongált bal fornixon át érezhető. A tumornak laterális széle a medenczefalhoz rögzítettnek látszik. A tumor nagysága jó férfikölnyi.

A diagnosis általánosságban adnextumorra lett felállítva. Tekintve a betegnek óriási fájdalmait s munkára képtelen voltát, Elischer Gyula főorvos laparotomia által vélte a bajt orvosolhatónak s ezt május 5-dikén véghez is vitte.

A hasúr megnyitása után előtűnt a tumor, a mely egy nagy mértékben kitágult, feszülő és fluctuáló salpinxnak bizonyult. A tumor patkóalakban hajlott balról jobb s vissza balfelé, domborulatával a jobboldalt fekvő uterusához simulva s felületes adhaesiokkal hozzárögzítve, körülölelve a baloldali ovariumot. A situatio tüzetesebb áttekintésénél kiderült, hogy a salpinxtumor nem a jobboldalt talált uterusból indult ki, a

menyiben ezen uterusnak baloldali adnexumai nem is voltak, hanem beszájadzott bal felé egy tyúktójság nagyságú és alakú képletbe, egy baloldali uterusba és pedig a fundus közepének megfelelő helyen, tehát nem a fundus alatt a bal oldalon, a hogy az várható volt. A mint az ábrából is kitűnik, a tuba ezen a helyen némi megtöretést is szenvedett; a csenevész uterus adnexumai tulajdonképpen a baloldaliaknak kell hogy megfeleljenek s mégis a jobb oldalán találtuk a tubazsákot s az ovariumot; a tuba eleintén tényleg bal felé is volt situálva, a mint az a funduson látható részletéből kilálglik s csak később hajlott át a jobb oldalra, okozván egyszersmind az említett megtöretést közel az isthmushoz. Technikai okokból előbb eltávolítottuk a salpinxtumort a tőle körülzárt ovariummal együtt, hogy így helyet nyerve, áttekintésünk jobb legyen. Ez megtörténvén, a baloldali uterus vizsgálata arra vezetett, hogy ez csak egy kisujj vastag kötőszövetes köteggel van a vagina falához rögzítve; ezt lekötve és átmetszve, az uterusnak teljes eltávolítása egészen könnyen ment, mert csak a medencefali fixatiójából kellett kiszabadítani. Műtét közben a vaginába vezetett ujjal constatálható volt, hogy az, a mit a vizsgálatnál a tumor alsó polusának véltünk, a baloldali rudimentarius uterus volt.

A jobboldali uterus, jobboldali adnexumaival in situ meg-hagyatott.

Megemlítendő még, hogy a nagy csepleszben egy gyermekkölyvi tumor volt található, a melynek felső polusától egy erős köteg vezetett a lép felé; ezt a kis tumort is extirpáltuk s a később megejtett göröcsövi vizsgálattal, mint accessorius lépet ismertük fel. Utólag a léptompulat meghatározásával meggyőződünk egy normalis lép jelenlétéről.

Hastoilette után a hassebet zártuk háromszoros étage-varrattal.

A gyógyulás processusa zavartalan volt; a hasseb per primam consolidálódott s műtét után 20-ad napra a beteg felkelt s rövid időre rá egészségesen távozott. Műtét után 10-dik napra jelentkezett betegnek a havi baja, a mely egész simán, mindenféle fájdalom vagy rosszsullat nélkül folyt le.

Az eltávolított tumorész vizsgálata azt mutatta, hogy egy portio és méhszáj nélküli uterusban kifejlődött haematometrával s e mellett haematosalpinxxal volt dolgunk. Az uterus 8 cm. hosszú, 5 cm. széles ovoid képlet, 5 cm. hosszú ürrel, mindenütt kibélelve nyákhártyával. Az uterusfalzat rendkívül kifejlődésű, a mennyiben egész kerületén $1\frac{1}{2}$ cm. vastag izomréteget képvisel.

Az uterus nyákhártyája göröcső alatt nagy fokban atrophikusnak mutatkozott, a mint az ily esetekben lenni szokott, hisz végső esetben a haematometrás uterusnak menstruatioja meg is szűnik.

Az uterus alsó polusából, a portionak s cervixnek megfelelő helyről készített metszetekből az volt kiolvasható, hogy az atresia congenitalis, mert az a $1\frac{1}{2}$ cm.-nyi szövetréteg, mely lefelé is határolta az uterusürt, tiszta izomrétegnek bizonyult.

A leírt eset megnevezésénél a Winckel-féle beosztást¹ vettem alapul, melyben a Müller-féle vezetéknek, illetőleg az ivarkötegnek hét fejlődési fokozata van felvéve; minden egyes fokozaton az előremet fokozatnak persistálása mint fejlődési rendellenesség tekintendő.

1. I. hónap. Müller-féle vezeték képződése az ösvese epitheliájában, mint szolid köteg.

2. II. hónap. Ürképződés a vezetékben s az ivarköteg létrejötte.

3—4. III.—V. hónap. A Müller-féle vezeték egybeolvadása uterussá, a septum eltűnése.

5. VI.—X. hónap. Az uterus planifundalisból a fundus kifejlődése folytán az uterus foras arcuatus s végre uterus foetalis létrejötte.

6. 1—10 év. Uterus foetalisból u. infantilis.

7. 10—16 év. Uterus infantilisból u. virginalis.

¹ v. Winckel: Samml. klin. Vorträge 251—252. szám.

Azon pathologikus alakok közül, melyek ezen beosztás egyes pontjainak keretén belül létrejöhetnek, jelen esetünkben a 2-dik pont alattiakról lehet csak szó, ezek pedig:

1. Teljesen elválasztott volta a Müller-féle vezetéknek: uterus duplex separatus, vagina duplex separata.

2. Az ürképződés kimaradása az elválasztott vagy összefeküdt vezetékben: uterus solidus rudimentarius (duplex, bicornis, simplex), vagina solida.

3. Részleges ürképződés: uterus rud. (d. b. s.) partim excavatus.

4. Uterus unicornis cum rudimento cornu alterius.

A mi esetünk az 1. és 3. pont combinatioja vagyis uterus duplex separatus, a jobb vezeték rendes kifejlődésével s részleges ürképződéssel a bal rudimentarius vezetékben.

Winckel tanárnak ez esetünk helyes megnevezéséhez levélben adott kegyes tanácsáért ezúttal legyen szabad mély köszönetemet kifejezni.

Az irodalomban felemlített uterus duplexekkel szemben, a mi esetünk érdekes variatio már annál a körülménynél fogva is, hogy úgy az uterus, mint a portio, méhszáj és vagina semmiféle oly támpontot nem nyújtottak, melyek egy esetleges duplicitás biztos diagnózisát elősegíthették volna. Ha áttekintjük az uterus duplexek között sorozatát, értem azokat, melyeknél a diagnosis intra vitam biztos volt, mindegyik esetben találunk olyan leletet, mely nagyban hozzájárult az uterus duplex felvételéhez, pl. dupla vagina, két portio, két méhszáj.

Abel¹ közöl csak egy hasonló esetet, melynél az egyik uterus szintén atretikus volt haematometra s haematosalpinxxel kombinálva; azonban ő is csak gyanakodott, hogy uterus duplexel lehet dolga.

Ilyen fajta eseteknek a biztos, kétséget kizáró kórismézése rendszeren a véletlentől függ. Egyszer olyan egyszerűek a viszonyok, hogy a palpatio egymaga is megadja a kellő felvilágosítást, másszor meg mindenféle complicatio belejátszik, hogy a casussal teljesen tisztába jönni nem lehet.

Mindenesetre azonban nagy szerep jut a diagnosisban azoknak az úgyszólván tipikusan fellépő s igen nagyfokú dysmenorrhéas fájdalomnak, melyek az egész körképet dominálják, mert egyéb magyarázható okok híjjával a figyelmünket a fejlődési rendellenességek fejezetére is kell, hogy tereljék.

Jelen esetünkben, azt hiszem, semmikép sem jutottunk volna abszolút biztos diagnózishoz; magának a rudimentarius uterusnak oly óriási kifejlődése, oly hatalmas izomzattal, egyedül álló az irodalomban s ha egy fenforgó atresias duplex uterus lehetőségét megengedtük volna is, fel kellett tételeznünk, hogy ez oly csenevész alakban van csak meg, a mely a tünetek súlyosságát egymaga nem motiválhatja.

Esetünk érdekes még azon körülménynél fogva, hogy az atretikus uterus óriási haematosalpinxxal volt összekötve, a melynek létrejöttéhez a tubapavillon elzáródása volt szükséges.

Noha a szerzők egy része (Saenger, Landau, Stratz) azon állásponton vannak, hogy a tubából kifolyó vér is képes egymagában organizálása s álhártyák képzése által a tuba abdominalis végét elzárni, mindenféle infectio és lob nélkül is, újabban Veit² ragaszkodik azon nézetéhez, hogy azon atresia, mely haematosalpinxxel van párosulva, nem veleszületett, hanem legtöbbször szerzett, a mennyiben ugyanazon factor, mely primo loco a tuba infectióját és abdominalis végének elzáródását okozta, secundo loco a gynatresiahoz is vezetett. Veit tanítványa Meyer³ pedig hozzáteszi, hogy a vagina hiánya functionáló uterus mellett, lobra vihető vissza, tehát lobnak eredménye, mert a vagina congenitalis hiánya mellett az uterusnak nem functióképesnek kellett volna lennie.

Az irodalmi adatok átdolgozásánál feltűnik, hogy e tekintetben mily ellentmondásokra akadunk s épen ez okból nem is vagyunk képesek a tubaelzáródásra vonatkozólag ma már végleges feleletet adni. A mint egyrészt vannak esetek leírva

¹ Abel: Berl. klin. Wochenschrift 1901. 52. sz.

² Berl. klin. Woch. 1896.

³ Zeitschrift 36. kötet.

(Landau, Rheinstädter¹), a hol constatalni lehetett vérnek kifolyását vagy kiszivárgását a tubákból haematometra esetén, adhaesiok híjjával, ép úgy emlit *Saenger*² pl. egy esetet, a hol hasonló viszonyok közt a tuba körül ú. n. peritubaris haematoma, friss adhaesiok és pelveoperitonitis volt észlelhető. Másrészt egy sorozatában az eseteknek (Landau,³ Stratz⁴) exquisit congenitalis uterusatresia mellett, mely görösvileg s fejlődés-tani alapon volt biztossággal meghatározva, mégis találtatott haematosalpinx. Az a felvétel, hogy az infectio esetünkben a permeabilis, jól fejlett uteruson és tubán át történt volna, a nélkül, hogy ezekben a legkisebb nyomot is hagyta volna hátra, nehezen volna beigazolható.

A kérdés még egészen függő s megoldásra vár, ép úgy, mint pl. a haematocoele retrouterina, értem alatta az eltokoltat, helyes magyarázása. *Veit* kézikönyvében ezt illetőleg szintén csak suppositioiok foglaltatnak, egyes szerzők nézeteinek fel- említése alakjában s ezek közt figyelmet érdemel *Saenger*⁵ vizsgálatainak eredménye, hogy t. i. az eltokolt haematocoele tokja, kérge, a kiömlött vértömegnek saját „megalvadt” al- katrésze.

Esetünkben az uterusatresiát szerzettnek nem tekint- hetjük. A haematosalpinx jelenléte pedig congenitalis atresia mellett a *Veit*-féle nézet támogatására nem szolgál. *Veit* külön- ben maga is csak úgy nyilatkozik, hogy a haematosalpinx mellett jelenlevő atresia a legtöbb esetben („in den meisten Fällen”), tehát nem kizárólag minden esetben, vall szerzett eredetre. Ezzel egyszersmind ki van mondva az is, hogy van- nak és lehetnek esetek, melyek illeten magyarázása nem ki- elégitő s concret viszonyok alapján nem is meggyőző.

A műtők általában mind elismerik azon nagy technikai nehézségeket, melyek a különféle gynatresiák operálásánál dupla genitáliák mellett felmerülnek. Ebben a körülményben rejlik az a tény is, hogy az egyes sebészi beavatkozások alkalmával mily sokirányú módon oldatott meg a feladat; a műtő épen legöbbsnyire a kényszer és nem a választás hatása alatt működik. Gynatresiák mellett végzett laparotomia *Abel* összeállítására szerint, eddig 20 esetben van leírva, ehhez járul saját esetünk mint 21-dik. A műtési eljárások természetesen mindig a radikális műtétet célozták, de ha ez nem volt lehet- séges, hát kiegészítő műtétek váltak szükségessé. Így pl., ha valamely haematometra az uterus exstirpatioja által vagy levezető csatorna képzése által operálható nem volt, szükség- képen castrálni kellett a beteget s a két ovariumot eltávolítani. (13 eset az irodalomban.) Tehát gynatresiák mellett a castratio néha indikálva lehet. Vannak esetek, melyekben abdominalis úton sikerült a haematosalpinxet eltávolítani, de a haemato- metrát nem; azonban vaginalis úton azután lehetett az uterusváladék levezetéséről gondoskodni. Ez tehát laparotomia és vaginalis plastica kombinálása.

Legideálisabb persze, ha véghezvihető a haematometra s haematosalpinx teljes exstirpatioja dupla genitáliáknál. (*Saenger*.)

A műtét leírásánál elmondottakból kitűnik, hogy nagyon szerencsés helyzetben voltunk, mikor a radikális műtetre a viszonyok alkalmasnak mutatkoztak. Tekintve, hogy a haematosalpinx megelőző eltávolítása után a haematometra, illetőleg atresiás uterus kihámozása is, nagyobb technikai nehézségek leküzdése nélkül jól sikerült, megtartható volt az egyik ovarium, a mi a fiatal betegnél nagy jelentőségű.

Legújabbban *Abel*⁶ képes volt a mienkhez hasonló eset- ben, vaginalis úton eltávolítani a haematosalpinxet s a haemato- metrát. Reméli, hogy esetével megkezdődött egy sorozata a vaginalis műtéteknek gynatresiáknál. Véleményem szerint ez a vaginalis úton való operálás csak akkor *feltétlenül* jogosult, ha minutiosus diagnosis alapján az ad hoc situatio teljesen tisztán áll szemeink előtt; s ha biztosak lehetünk, hogy a műtét

folyamán nem kell rátérnünk a laparotomiára. Mindazon eset- ben, a hol nagyobb haematosalpinxkel párosult atresia van jelen, különösen uterus duplex mellett esakis a laparotomiára határoznom el magamat. A hasúr megnyitása után az át- tekintés, az eligazodás sokkal biztosabb és esetleges technikai nehézségek leküzdése is könnyebb; esetünkben is csak annak köszönhetjük a szerencsés műtétet, hogy az abdominalis utat választottuk.

Végül köszönetet mondok *Elischer Gyula* professor- főorvos úrnak, hogy az eset bemutatását és közlését rám bízni szives volt.

Bábaügy.

Jelentés a bábaügy országos rendezéséről. 1902.

Ezen a czímen jelent meg *Taufer Vilmos* egyetemi tanárnak, a bábaügy országos rendezésével megbízott kormány- biztosnak eddigi működéséről szóló első jelentése, melyet a belügyminister elé terjesztett.

A jelentés nemcsak az eddig elért eredményekről számol be, hanem az ezután még szükséges teendők programját is tartalmazza és javaslatokat tesz a jövőre vonatkozólag is.

A rendezés körül a következő főbb szempontok voltak irányadók:

1. Minden 1500 lakosnál népesebb községet kötelezni kell okleveles bába kiképzésére és alkalmazására.

2. Minden 1000—1500 lakossal bíró község is okleveles bábával látandó el; ha a község anyagi viszonyai nem engedik, állami segély útján.

3. Minden 1000 lakosnál kisebb község részére (ha okl. bába kiképzése még állami segéllyel sem lehetséges) két hónapos tanítás útján, ha nem is oly képzett, de mégis tanult bába képzendő ki, mindenekelőtt azok közül, kik már eddig is bábáskodtak a községben.

Világos tehát ebből, hogy másodrendű bábák kiképzése csakis ezen kis községek részére történik, de még ezeket is igekezní kell lehetőleg okl. bábakkal ellátni.

A rendezés munkája körüli költségek fedezésére a tör- vényhozás 1900-ban 20,000, 1901-ben pedig 40,000 koronát bocsátott rendelkezésre.

Ezen összegnek egy része fordítatik arra, hogy az 1500-nál kevesebb lakóval bíró, szegényebb községek részére államsegély útján képeztessék ki diplomás bába. Az elmúlt évben 109 ilyen község részesült egyenként 180 korona segély- ben. Ezen összeg a bábatanulónak összes költségeit fedezi a tanulás ideje alatt (vizsgadíj, tankönyv, műszerek stb.); kötelezi a bábát arra, hogy legalább öt évig működék azon községben, a mely részére ki lett képezve.

Olyan rendezett viszonyok, a hol a kormánybiztosnak ezidejűleg teendője nincsen, hazánk 9 megyéjében találhatók; ezek: Brassó, Bács-Bodrog, Békés, Csongrád, Csanád, Hajdú, J.-N.-K.-Szolnok, Moson és Szeged.

A rendelkezésre álló dotatióból a rendezést az összes megyékben egyszerre felvenni lehetetlen volt; az 1901. év végén 28 megyében van ez megindítva 8, illetőleg 10 másodrendű bába- iskola létesítése által, melyek körül, mint központok körül csopor- tosítottak az egyes megyék, ügyelve a beosztásnál arra, hogy minden ilyen bábaiskola körülbelül 10—15 év alatt képezhessen ki annyi bábát, a mennyire a körzetébe tartozó megyéknek szükségük van.

Részletesen leírja a jelentés azt az eljárást, melyet a kormánybiztos az egyes helyszíni értekezletek alkalmával kö- vetett és örömmel constatalja, hogy a legtöbb helyen ki van fejlődve a fogékonyság a közegészségügy ezen fontos része iránt és bizalommal tekinthetünk a jövőbe.

Következik ezután a jelentésben a számadatok táblázatos kimutatása.

Az I. sz. táblázat azon 28 megyével foglalkozik, mely- ben a rendezés részben már megindult, részben 1902-ben fog megindítani. — Ezen 28 megyében az 1900-diki népszámlálás alapján 271 község bír 1500-on felüli létszámmal, melynek

¹ Archiv 42. k.

² Crtbl. 1896.

³ Berl. klin. Woch. 1901., 8.

⁴ Crtbl. 1900.

⁵ Verhandl. der d. Ges. f. Gyn. 1893.

⁶ Berl. klin. Woch. 1901.

okl. bábája nincs; 609 olyan község van, melynek lakosszáma 1000—1500 között lévén, részben államsegély útján látandó el bábával; ez a valószínűségi számítás szerint 8—10 év alatt lesz lehetséges. Az 1000 lakosnál kevesebb bíró kisközségek (4854) bábászükségletét a II. r. bábaképzők fedezik. Az 1901. év végén 872 ilyen egyén üz bábgyakorlatot a kisközségekben. Ha a tervbe vett nyolcz iskola 1902-től kezdve mind működni fog, ezen szükséglet is 10 év alatt fedezve lesz. Megjegyzendő, hogy nem ajánlatos egy cursusra igen sok egyént felvenni, (legfeljebb 20-at), mert ez a kiképzés rovására menne.

Ezután részletesen tárgyalja a jelentés az eddig felállított nyolcz II. rendű bábaiskola körzetét, feladatait. Ilyen bábaiskola van: Eperjesen, Miskolczon, Rimaszombatban, Nyitrán, Mármaros-Szigeten, Szatmáron (még a tervezés stádiumában), Kaposváron és Nagyváradon.

E helyen újból hangsúlyozza a kormánybiztos, hogy a II. rendű bábaképzés tervszerű keresztülvitele csak előkészítője annak az ideális állapotnak, mikor hazánk minden községében rendes, okleveles baba fog gyakorlatot űzni. Azt, hogy a végleges rendezés fokról-fokra való előkészítésének ez a legjobb és egyetlen lehetséges módja, mutatja a kaposvári iskola példája. Kaposváron már körülbelül 15 év óta képeznek ki czédulás bábákat a közkórház keretében. Most, a mikor a másodrendű bábák megtudták, hogy az 1500 lakosnál kevesebb lakóval bíró községek részére stipendiummal hajlandó a ministerium bábát kiképezni, már az első évben 25 ilyen baba kérte diplomássá való kiképztetését és tényleg kapott ösztöndíjat e végből.

A II. táblázat azon 26 megye bábaviszonyait tünteti fel, melyekben a babaügy még rendezésre vár.

Ezen 26 megyének 180 olyan községe van, a hol a lakosság száma az 1500-at meghaladja és nincs okleveles bábája, 425 község lakos száma van 1000—1500 között és 2862 a kisközségek száma. Ezen 26 megyében csak 7 másodrendű baba üz gyakorlatot. Az egész országban tehát 900—950 olyan község számára kell okleveles bábát kiképezni, melynek lakosszáma 1000—1500 közt van. Ezen feladattal körülbelül 5—6 év alatt készülhetünk el.

A II. táblázatban felsorolt megyék számára 6 bábaiskola felállítása van tervbe véve a kisközségek szükségletének fedezésére. Ezen körülbelül 3000 (2862) baba kiképzése, évenként 15 cursust számítva, körülbelül 10—12 évet venne igénybe.

Kiterjeszkedik a jelentés a rendes bábaképző intézetek működésére is, figyelmébe ajánlva a miniszternek az egészségügyi közigazgatás ez irányú szükségleteit. Így például a déli megyék részére elkerülhetlenül szükségesnek találta a kormánybiztos még egy rendes bábaképző felállítását. Ajánlatára a belügyminister kieszközölte a vallás- és közoktatási miniszternél, hogy egy ilyen Pécsen felállíttassék; Pécs különösen azért látszott erre alkalmas helynek, mert a déli megyéknek kulturális központja és mert itt már régebben tanítanak ki czédulás bábákat és ennek kapcsán már készen is áll a megfelelő nagy tananyag, melynek összeszoktatása Schwarcz Frigyes dr. kórházi főorvosnak elismerésre méltó érdeme a multban. A rendes bábaképző-intézet 1902. márczius 1-jén már meg is kezdte működését és az intézet igazgatójává Doktor Sándor dr. egyetemi tanársegédet nevezték ki.

Szükséges volna a felvidék számára még egy rendes bábaképző-intézet létesítése; legalkalmasabb helynek tartaná a kormánybiztos e czélra Kassát, úgy fekvésénél, mint egyéb viszonyainál fogva és felkéri a ministert, hogy vesse magát közbe ezen intézet létesítése érdekében is. A Kassán felállítandó bábaképző-intézet alapját képezhetné az egykor itt felállítandó III. egyetem női klinikájának is.

Igen fontos eseménye az elmúlt két évnek a hivatalos bábaitankönyv megszerkesztése, mely a bábák kötelességei minden irányban körülírja és a bábák pontos ellenőrzését teszi lehetővé. Ezen tankönyvből készült rövid kivonat alapján taníttatnak majd a bábák a másodrendű bábaiskolákban.

Ezen kívül elkészült a „Jó tanácsok terhesek, szülők és gyermekágyasok számára“ című népszerű füzet, mely 400,000 példányban küldetett szét az országban, minden nyelven, a nép felvilágosítására.

Jelentése végén a kormánybiztos több igen fontos javaslatot tesz a jövőre nézve.

Az első az, hogy a babaügy administratív részletét a törvényhatóságok, bár saját viszonyaikhoz mérten, de mégis bizonyos egységes alapelvek szerint rendezzék. A belügyministerium egészségügyi osztálya már ki is dolgozott egy szabályrendeleti normalet erre vonatkozólag.

Ennek kapcsán felhívja a figyelmet arra, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. a bábák fizetésére vonatkozólag mily hiányosan rendelkezik, mert a törvényhatóságnak nincs joga *elrendelni* a községnek a fizetés megállapítását és így igen gyakran minimalis a fizetése a bábának vagy épen semmi; a törvény ezen rendelkezésének megváltoztatása az ügy érdekében szükséges.

Nagy jelentőségű dologról szól a kormánybiztos, a mikor azokat az előfeltételeket tárgyalja, a melyeknek létesítése után lehető lesz a bábákat rendes bábanapló köteles vezetésére szorítani, mert ez, úgy mond, „az egyedüli mód a baba működésének pontos ellenőrzésére“. E végből azonban szükséges volna, hogy a bábanaplók szigorú állami ellenőrzés alatt álljanak és az anyag statistikailag feldolgoztassék, úgy, mint ez a művelt külföldön már kötelező.

A másik fontos intézmény, melyre a kormánybiztos reá mutat, az ismétlő bábacursusok létesítése. Az olyan bábát, a ki már testileg vagy szellemileg nem alkalmas hivatásának teljesítésére, nyugdíjazni kell. A többire kötelező volna az ismétlő cursusok látogatása; ezen ismétlő-cursusok néhány napig tartának és az abban résztvevő bábák napidíjas kárpótlásban volnának részesítendők. Az ismeretek felfrissítésén kívül e helyen constátálnék az is, hogy alkalmas-e valamely egyén arra, hogy tovább űzzön gyakorlatot. Ilyen cursusok különben Nagyszebenben a vallás- és közoktatási kormány fenhatósága alatt már tartatnak.

Ezzel végződik a tulajdonképeni beszámoló. A jelentéshez a belügyministerium egészségügyi osztálya által kidolgozott *kimutatás* van csatolva az 1900-dik évről az új népszámlálás adatai alapján.

A kimutatás 1. része: Okleveles bábák kimutatása törvényhatóságokként az 1900. évben. A táblázat szerint a törvényhatósági joggal felruházott városokban 10,000 lakosra jut 107 okleveles baba.

A 2. részből azt látjuk, hogy 7534 olyan község van, a hol a lakosság száma 1000-en alul van és okleveles bábával nem bír.

A 3. részből kitűnik, hogy a bábák száma az 1900-dik évben az előző évhez képest 395-tel szaporodott. A bábák aránya a lakosság számához képest csak látszólagosan rosszabbodott, mert az ország lakossága az előző népszámláláshoz képest jelentékenyen növekedett.

A 4. rész a babaügy állását községenként mutatja ki a törvényhatóságok bábaitörzskönyvei alapján. Ezen részben az ország minden egyes községének lakossága, bábáinak száma és azoknak fizetése van feltüntetve.

Az 5. rész az eddig kiképzett másodrendű bábák kimutatását (összesen 879) foglalja magában.

Ezen statistika és bábaitörzskönyv egyedül áll egész Európában; nincsen egyetlen ország sem, a hol a bábaviszonyok jelen állapotát ilyen pontosan feltüntető könyv állana rendelkezésre. Ezen törzskönyv fontos most, mert kijelöli, hol, mi a teendő, fontos lesz a jövőben, mert belőle meg lehet majd látni, hol mutatkozik a haladás.

Hevesi Arthur dr.

25.313/1902. B. M. számú körrendelet.

A babaügyi statistikának s Taufer Vilmos dr. kormánybiztos jelentésének szétküldése tárgyában.

(Valamennyi törvényhatóságnak; kivéve Bács-Bodrog, Békés, Brassó, Csanád, Csongrád, Hajdu, Jász-Nagykun-Szolnok, Moson és Széchenyi vármegyét.)

A hazai babaügy országos rendezése tárgyában 76,643/900. sz. a. czimhez intézett s ezen actiomat bevezető rendelettel megküldöttem volt czimnek az okleveles bábáknak s az ilyenekkel nem bíró községeknek az 1899. évi adatok alapján az egész országra vonatkozólag összeállított kimutatását.

Egyben felhívtam volt címet arra is, hogy azon az alapon bábaügyét rendezze s megfelelő szabályrendelet alkotásával és életbeléptetésével szabályozza.

Az azóta országoszerző megindult üdvös mozgalom folytán szükségessé vált, hogy a szóban levő statisztikai kimutatás, mely összeállítására és részletezésére nézve első volt e nemből, a törvényhatóságok adatainak helyesbítésével s az azóta megjelent népszámlálás legújabb adatainak felhasználásával újra szerkesztessék és több irányban ki is bővítettessék.

Midőn ezen új és bővített statisztikai munkát, címnek több példányban idecsatoltan megküldöm, arra és a bábaügy rendezésére nézve a következőket jegyzem meg: A munkát bevezető kormánybiztosi jelentésből teljes és részletes tájékoztatást meríthet cím arra nézve, hogy a hazai bábaügy rendezését és fejlesztését minő keretben és mely eszközökkel óhajtom végrehajtani; valamint teljes tájékozódást szerezhet cím a mellékelt statisztikai kimutatás adataiból arról is, hogy saját bábaügyének rendezése tekintetében fennálló törvényeink és megismertett intézkedéseink értelmében címre minő teendők válnak.

E tekintetben tehát általában elég címet a megküldött munkát alapos megismerésére és tanulmányozására s ez alapon leendő eljárásra utasítanom; de mégis, hogy a legközelebbi teendőre nézve törvényhatóságunként a fokozatos fejlődést biztosító egyöntetű eljárás kezdeményeztessék és állapíttassék meg, címnek e téren való legsürgősebb teendőit az alábbi főbb pontokba foglalom össze. Címnek ugyanis oda kell hatni:

1. Hogy minden olyan 1500 lakosnál népesebb községe, a hol a kimutatás szerint okleveles bába még nincsen, a legrövidebb idő alatt községi javadalmazású okleveles községi szülész-nővel láttassék el; valamint, hogy mindazon 1500-nál több lakossal bíró községben, a hol a kimutatás szerint s tényleg is van ugyan okleveles községi bába, de fizetéséről eddig nincs gondoskodva, annak részére illő fizetés állapíttassék meg. (1876. évi XIV. t.-cz. 146—147. §§-ai.)

2. Hogy minden 1500 lakosnál kisebb népességű, de 1000-nál több lakóval bíró olyan község, a hol okleveles bába letelepedve nincsen, de a hol hatósági megállapítás szerint egy okleveles bába a megélhetés feltételeit megtalálja s a mennyiben a község arra anyagilag képes is, saját erején okleveles bába kiképzetéséről gondoskodjék; azon esetben pedig, ha az említett számú lakosságú község erre közterhekkel túlterhelt volna miatt önmagától képes nem lenne, történjék gondoskodás az iránt, hogy az ilyen községek okleveles bába kiképzethetése végett állami ösztöndíj elnyeréséért folyamodjanak (1876. évi XIV. t.-cz. 140. §. b) pont).

3. Hogy az 1000 lélekszámnál kevesebb lakóval bíró olyan községek, a hol okleveles bába letelepedve nincsen s a melyek ilyen saját akarattukból kiképzetteti vagy alkalmazni nem hajlandók, rászoríttassanak arra, hogy az általam felállított és a szükséghez képest jövőben felállítandó bábatanfolyamokon kiképzett s főorvosi képesítést szerzett II. rendű bábákkal lássák el magukat. (1876. évi XIV. t.-cz. 50. §., 162. §. e) pont.)

4. Hogy az ezután üresedésbe jövő körbábái állások, a mennyiben a kört egymástól távolabb fekvő községek alkotják, ne töltessenek be, hanem osztassanak fel s az azt alkotó községek nagyságukhoz és egyéb viszonyaikhoz képest okleveles bábák beállítására, illetőleg II.-od rendű bábák alkalmazására utasíttassanak, annál is inkább, mert jövőben olyan bábái körök fentartását, illetőleg alakítását fogom csak engedélyezni, a hol a községek egymással összeépítve vannak, vagy közvetlen egymás mellett fekszenek, avagy egymástól legfeljebb 1—2 kilométer távolra vannak.

5. Hogy használja fel cím minden befolyását arra, hogy az 1500-nál kevesebb lakossal bíró községek, melyek a törvény szerint községi bábái állás és fizetés rendszeresítésére nem kényszeríthetők, az ott letelepedett, a község által vagy állami ösztöndíjjal részükre kiképzett, avagy a teljesen ingyenes bábatanfolyamokon számukra képesített II.-od rendű bábáknak valamely méltányos fizetést már csak azért is állapítsanak meg, mert ezek szerint az illető községre a kiképzésből semmi, vagy csak alig számbevéhető teher hárulik.

Végül értesítem címet, hogy a csatolt példányok a vármegye alispánja és tisztí főorvosa részére küldettek, részben a járásorvosok közt osztandók ki.

Budapest, 1902. évi márczius hó 10-én.

Széll s. k.

Jegyzet. A bábaügy rendezésére vonatkozó kormánybiztosi jelentés s az ország bábaügyének statisztikai kimutatása Bács-Bodrog, Békés, Brassó, Csanád, Csongrád, Hajdu, Jász-Nagykún-Szolnok, Moson és Szeben vármegye közönségének két példányban azzal küldetett meg, hogy azokat a vármegye alispánjának és tisztí főorvosának adják ki.

A budapesti kir. Orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

Lovrich József: Ovarialis abscessus két esete a corpus luteumban.¹

Az ovarium lobos bántalmái elég gyakran fordulnak elő kapcsolatban gyermekágyi megbetegedésekkel vagy a gonorrhoeával. Az ovarium lobos megbetegedései között mint külön alakot ismerjük az ovarialis abscessusokat, melyek elhelyezésük szerint lehetnek interstitia-

lis, follicularis és corpus luteumban előjövő abscessusok; ez utóbbi a különféle szerzők szerint a genyedésnek a leggyakoribb előfordulási helye.

Ha egyoldali az abscessus és a tuba nem mutat kóros elváltozást, úgy gyermekágyi, esetleg bélből támadt fertőzéssel van dolgunk, melynél a genyet okozó mikroorganizmusok (streptococcus, staphylococcus, bact. coli) szerepelnek. A gonorrhoeás fertőzéseknél ellenben mindkét ovarium lesz beteggé a már előbb megbetegedett tuba közvetítésével. Számba veendő még külön a gonorrhoeás infectio által okozott abscessus, mely a gyermekágyban vagy utána fejlődik ki. Ezenkívül még egyesek szerint a tuberculosis bacillus által okozott fertőzésekre is kell gondolnunk.

Az utóbbi időben két esetben észleltünk valószínűleg gonorrhoeás eredetű ovarialis abscessust, mely tipikusan mutatja a corpus luteumban való elhelyeződését. Mindkét esetben a megbetegedett tuba az ovariumra tapadva, a megnagyobbodott ovariummal együtt egy közös daganatot képez.

Ezeket kívánom az alábbiakban ismertetni.

Az első eset egy 24 éves egyszer szült nőtől származik, ki 5 év előtt szült s bár a gyermekágyban is hat hétig lázas volt, ezután ki-gyógyulva, 4 évig teljesen jól érezte magát s csak egy év óta érez hasában fájdalmat s egy fél éve vette észre, hogy hasában daganat nő. Ez idő óta többször volt hidegrázása és forrósága. Vizelet alatt szűrő fájdalmak voltak.

Felvételkor jobboldali pyosalpinxra tettük a diagnózist; 3 hétig észlelte a beteg, laparotomiát végeztünk. Műtétnél jobboldali adnex tumor a vakbéllel függött össze szorosan, csepleszszel borítva. A daganatot ágyából in toto kifejtve távolítottuk el. A másik oldali tojásnyi daganatot, mely megvastagodott tubából s a vele szorosan összenőtt ovariumból állott, szintén eltávolítottuk. Műtét után a nő teljesen láztalanul gyógyult, azonban a rétegesen összevarrt hasfal varratainak kiszedése után a sebvarrat közepén fennálló genyedés miatt kis tályog támadt, melynek begyógyulása után a nő műtét utáni egy hónappal teljesen egészségesen távozott a klinikáról.

A jobboldali eltávolított daganatot felmetszve tanulmányozhatjuk az itteni viszonyokat.

A tuba vakon végződő zsákot képez, fala teljesen összeforrvan az ovarium szövetével; nyákhártyája megvastagodott s ürét egész lefutásában geny tölti ki. Az ovarium egész terjedelmében megnagyobbodott, jó tojásnyi s a tubával ellentétben polusán közel a hasi felülethez egy dionál nagyobb, genynyel kitöltött üreget találunk, mely belfelületén nehezen levonható, papillaris növedékek borított, sárga sávot-képező hártájával van kibérelve. Ezen sárga szín és a papillaris növedékek jellemzők a corpus luteum abscessusokra. Ezen kívül még kifelé egy halvány, fehér szívos burok következik, melyet szabad szemmel is kivehetünk. A túltengett ovarium szövetében több kisebb kölesnyi s egy nagyobb fött babnyi, sima belfelületű, tiszta savóval felt follicularis cystát láthatunk. A tuba ürege nem közlekedik a corpus luteumban képződött abscessus üregével. A görösi vizsgálatnál a genyben gonococcusokat már nem találunk, csupán staphylococcusokat; különben görös alatti is beigazolódik, hogy az abscessus fala corpus luteumra jellemző eredetű, mert a belső rétegben a lutein sejteket ki lehet mutatni, melyek a genyes, infiltrációs göczök között nagy számmal fordulnak elő. A keskeny tunica fibrosaréteg néhol összefolyik a lutein réteggel úgy, hogy a kettő között éles határ vonható. A tunica fibrosa réteget széles övben veszi körül a lobos infiltratio. A tuba megbetegedése a nyákhártyára s alapszövetére, valamint a túltengett izomrétegre is kiterjed; mindenütt infiltrált göczök láthatók.

A másik eset egy 27 éves kétszer szült nőtől származik, ki 8 év előtti első terhessége alatt már prolapsus tüneteiről panaszkodott. Fájdalmak alhasában s vizeleti panaszai szintén ez időből származnak. Utolsó szülése két év előtt volt, mely után három hétig lázasan feküdt. A felvételt kétoldali adnex tumort, fixált retroflexio uteri-t s prolapsust állapítottunk meg a nőnél, ki a klinikán 3 hónapig feküdt műtét előtt. Ezen idő alatt forró öblítések mellett állandóan masszálta, mire a méh csakhamar mozgatható lett; a jobboldali tubo-ovariális tumor megkisebbedett, a baloldali jó tojásnyi pedig mobilissá vált. Ezen kezelés mellett egyetlen egyszer sem észleltünk sem hőemelkedést, sem fájdalmat.

Február 23-dikán a bal tubo-ovariális tumort vaginalis úton távolítottuk el. A jobb elzárt tubát megnyitva s a seb széleit körülszegve, visszahelyeztük a hasüregbe. Ezen tubából csupán tiszta savó ürült. Boltozati seb összevarrása után colpoperiphia anterior-t és colpoperineoraphiát végeztünk. A nő teljesen láztalanul gyógyult s ma 17. napon is teljesen jól érzi magát s láztalan. Az eltávolított tubo-ovariális daganat teljesen hasonló az előbbihez. A tuba ennél is vakon végződik, le-tapad az ovariumra, ennek üre azonban genynyel kitöltve nincs. Nyákhártyája és muscularis rétege erősen megvastagodott. A tojásnyinál nagyobb ovarium szabad felületén szívos kötőszöveti kötegek maradványai találhatók még és számos kis cystává degenerált folliculus. Metszfelületén egy dionál jóval nagyobb üreg látható, mely csaknem az egész ovarium szövetét elfoglalja; ezen üreg belfelületét egy barszoros sima tapintatú, számos apró granulomából összetett egyenetlen felületű réteg képezi, mely vérvésektől van átvédve s ezáltal tűnik el az előbbinél jellegzetes sárga színeződés. Ezen réteget szabad szemmel kivehetően helyenként 5 mm. széles fibrosus sáv fedi. Hogy ezen abscessus is corpus luteumban elhelyezkedt, azt igazolja az előbbihez teljesen hasonló görösi vélet. Itt is a lutein sejtréteg tisztán felismerhető az abscessus belfelületén. A genyből vett fedőlemez készítmények csupán egyes diplococcus formákat mutatnak, azonban ezek csak inkább

¹ Lovrich két bemutatásának szövege tévedésből kimaradt a szakosztály 32. ülésének tudósításából. (L. Orvosi Hetilap. 1902. 3. sz.)

emlékeztetnek a gonococcusra, de sem elrendeződésük, sem elhelyeződésük nem olyan, melyekből a gonococcusra biztosan következtethetnénk. Az eset klinikai lefolyása is mutatja, hogy steril genyvel volt dolgunk, mely a betegnek 3 hónapi észlelése, massageval való kezelése alatt sohasem okozott kiújulást vagy lobos tüneteket. Mindkét esetben fel kell vennünk, hogy gonorrhoeás eredetű megbetegedéssel van dolgunk, s hogy a tubák közvetítése folytán fejlődött ki a corpus luteumban, mint praedilectionaris helyen, az elváltozás. Az első esetben a tubo-ovarialis daganatnak a processus vermiformishoz való közelsége nem vonta maga után a bact. coli-val való fertőzést, mert az abscessus genyében coli bacillust kimutatni nem sikerült. Mindkét esetben a másik oldali ovariumok és tubák is meg voltak támadva, habár nem oly mérvben, mint az ellenkező oldalon.

Lovrich József: Rendes helyen tapadó lepény időelőtti leválása abortusnál.

Ezen eset egy 29 éves, négyszer szülő nőnél fordult elő, kinél az első szülések és gyermekágyak rendes lefolyásúak voltak. Utolsó tisztulása szeptember elején volt s január elején minden kimutatható ok nélkül erős vérzést kapott; 3 napi szünet után hetenként 2–3-szor kisebb vérzése voltak. Február 6-dika óta folytonos alhasi fájdalmak kíséretében erősebb vérzések léptek fel. A vidéken lakó nő orvosai nagyfokú anaemiával az I. női klinikára küldték. Felvételnél a méh fenekét a köldök magasságában tapintottuk s feltűnő volt a méh jobb sarkában elődomborodó ökölnyi göb. A méh lágy, térszatapintatú, belső vizsgálat alkalmával a hüvely telve laza, régi, lakkszerű véralvadékokkal; méhszáj 2 ujnyi és az erősen feszes burkokon keresztül a magzat feje tapintható; placentát tapintanunk sehol sem sikerült. 13-dikán délután egy erőteljes fájás után magzatviz ürül s utána spontán megszületik a magzat lepénnyel együtt. A lepény mögött mintegy ökölnyi alvadt vér távozott. Az összes elváltozott régi véralvadékok súlya 940 gm. A magzat hosszúsága 26 cm., bőre teljesen ép s a lepény méhi felületének több mint $\frac{3}{4}$ részén sötét, régi véralvadékok tapadnak, melyek eltávolítása után a cotyledók sötét barnás-vörösen beivódtak, ellentétben a világos, vérrel nem borított cotyledók színével. A nő felvételénél nem volt lázas, de másnap hőmérséke 38-6 C. fok volt, 108 könnyen elnyomható pulussal. Szülés előtt csupán kétóránként végzett hüvelyöblítéssel kezeltük az esetet. Vizeletben sem szülés előtt, sem szülés után fehérjét nem találtunk. Szülés után a hőmérséklet egy kisebb hőemelkedést (a 3-dik napon 38-2°) leszámítva mindig normalis volt, pulusa azonban az első 8 napon állandóan 100 körül maradt, időről időre 116-ig felemelkedve. A nőt a 16. napon teljes egészségben bocsátottuk el 88 pulussal. Ezen esetben tehát a normalis helyen tapadó lepény időelőtti leválása okozta az abortus megindítását. A lepény a fundus jobb sarkában tapadt s az ide kiömlött vér okozta a hasfalón át tapintható ökölnyi göböt. Ezen esetben nem placenta praevia van dolgunk, hisz a belső vizsgálatnál placentát tapintanunk nem sikerült. A lepény időelőtti leválásának okát esetünkben nem sikerült kiderítenünk. Nem lehetetlen, hogy egy észrevétlenül fellépett trauma indította meg a folyamatot.

XXXIII. ülés 1901. november 12-dikén.

Elnök: Elischer Gyula; jegyző: Temesváry Rezső.

Elnök jelenti, hogy a szakosztály évkönyve elkészült. Jelenti továbbá, hogy Schultze tanár levélben köszönte meg a szakosztály üdvözlő iratát 50 éves doktori jubileuma alkalmából.

A jegyzőkönyv hitelesítésére Platzer és Szász tagokat kéri fel. I. Előadás:

Platzer Sándor: Jogosult-e a helyi kezelés fürdőkúra alatt?

A vizsgálat a kúra megkezdése előtt okvetlenül szükséges, sem helybeli, sem az egész szervezetre kiható káros következményei nincsenek, ellenben elmulasztása a betegre nézve káros lehet, mert megeshetik, hogy carcinomát vagy graviditást fel nem ismerünk. A vizsgálat elengedhető, ha a beteg szakembernek írott diagnózisával jön fűrdőre.

A helyi kezelés ellen felhozott érvek tarthatatlanok, ugyanis nem áll az, hogy a fürdőorvosok nem értenének a helyi kezeléshez, mert kell, hogy képzett nőorvosok legyenek; nem áll az sem, hogy a legtöbb beteg már agyonkezelve érkezik fűrdőre, mert kivált nálunk Magyarországon igen sok beteg, ki fűrdőre jön, egyáltalán nem volt még kezelve; végre az sem áll, hogy a helyi kezelés következtében a beteg általános egészségi állapota szenvedne, mert az ilyen kivételes esetekben a fürdőorvos ép úgy nem végez helyi kezelést, mint más nőorvos. Ezen érvekkel szemben a helyi kezelés jogosultsága mellett szól az azzal elért jó eredmény, t. i. 90% gyógyulás vagy javulás, míg csak a fürdőket használó betegek közül csak 60% gyógyult vagy javult, pedig az utóbbiak közt voltak a könnyebb megbetegedési esetek. Csak a kisebb kezelések végzendők fűrdőhelyen, műtéteket végezni nem helyes dolog. A helyi kezelés okvetlenül szükséges: 1. a medenczebeli kötőszövet idült lobos eseteinél, 2. endometritisnél, 3. retrodeviatióknál, mert e bajok tisztán fűrdőhasználat mellett nem gyógyulnak meg. Egyéb lobos bántalmak ugyan meggyógyulhatnak, de az eredmény ezeknél is sokkal jobb, ha a helyi kezelést is igénybe vesszük.

A helyi kezelés contraindicatioira — úgy mint egyébkor — a fűrdőkúránál is szigorúan kell ügyelni! A fűrdőkúrának vice versa a helyi kezelés mellett igen lényeges adjuvans hatása van, úgy, hogy a hol lehet a helyi kezelést fűrdőkúrával kapcsolatosan végeztessük.

II. Bemutatók:

1. Walla Béla: Ruptura uteri gyógyult esete.

Kaiser Antalné 26 éves kocsis nejéhez f. é. július hó 8-dikán d. u. 2 órakor kérték a poliklinika segélyét, mert az erősen vajudó nőnél hirtelen megszűntek a fájások és vérzés indult meg.

A nő háromszor szült. I. P. 6 év előtt, III. P. 2 év előtt. Szülések és gyermekágyak rendesek voltak. Havi baja 9 hó előtt volt utóljára. Szülőfájásai július hó 7-dikén d. u. 4 órakor kezdődtek, miután már 2 órával előbb elfolyt a magzatviz. A fájások kivált éjfél tájban igen erősek voltak; július 8-dikán d. u. 1 órakor hirtelen megszűntek és azóta csekély vérzés is van.

Stat. praes.: A szülő nő sápadt, kis mértékben elesett, hőmérséke 36-9°, pulusa 106, elég telt. Fájások nincsenek. Has puffadt. A magzat harántfekvésben (fej jobbra, hát előre) közvetlenül a hasfal mögött tapintható. A fejtől jobbra a csaknem teljesen retrahálódott méh fekszik. A tág vaginában, melyen a medence üregébe benyomulva találjuk a magzat nyakát, mely könnyen körülfogható, mellette nem lüktető köldökzsinórkaes, egy kar és magasabban a váll van. Medence méretei: Sp. il. 26, Cr. il. 30, C. e. 20. Diagnosis: Ruptura uteri completa.

Therapia: Amak daczára, hogy a magzat csaknem teljesen a hasüregbe nyomult, mégis decapitatio és a lefejezett magzatnak a természetes szülőúton való eltávolítására határoztuk el magunkat azért, mert az adott körülményeknél fogva ezen beavatkozás igen könnyűnek ígérkezett és a betegnek a klinikára való szállítását, a magzatnak megszületése után kevésbé károsnak véltük.

A decapitatio ecraseurel, narcosis nélkül igen könnyen sikerült. A törzs kihúzása az előesett karnál fogva simán és könnyen ment, de e közben a magzat feje egyszerre csak felgurult a hasüregben fel egészen a májig. A törzset rögtön követte a placenta megszületése. Most, hogy a fej a belek közé gurult, más kísérletet nem tettünk a magzat fejének a szülőcsatornán át való eltávolítására, hanem kevés jodoformgázt helyezve a repedés sebébe, erős nyomóköteget alkalmaztunk a hasra és a beteget mentővel a klinikára szállítottuk. Reggel 6 órakor, tehát 5 órával a ruptura történte után végeztük, a szállítás által kissé megviselt és mérsékesen collabált szülő nő a laparotomiát, kinek hőmérséke ekkor 37-1, pulusa 120 volt.

A linea alba mentén végzett hasmetszés után a hasüregből részint darabos, részint hig és friss vér ürül. A méh kigördítése után kihúzzuk a cseplesz alatt a belek között elrejtett magzat fejét. A méhen baloldalt a hüvelytől egész a contractionalis gyűrűig terjedő hosszirányú repedés van, mely alul a hólyag alatt körülbelül 5 cm. hosszúságban harántul is terjed. A repedés a peritoneumra folytatódva felterjed egészen a leghagyó vastagbél mesenteriumába, közvetlenül a bél széléig. A repedés teljesen feltárja a parametriumot úgy annyira, hogy az ureter, az erek és idegek egészen szabadon fekszenek. A bal lig. rotundum kis ujnyi vastag, feszes és teljesen lecsupaszítva fekszik. A méh tehát a hüvelylyel csak jobboldalt és hátul függ össze. Baloldalt a lig. latum csaknem teljesen leszakadt a méhről. A repedés sebéből kevés vér-szivárgás van. Most lekötjük catguttal jobboldalt a lig. infundibulo-pelvicumot és a lig. rotundumot, baloldalt a lig. rotundumot. Ezeket átmetszve letoljuk a hólyagot és a jobb parametrium basisát annyira, hogy successive lekötve és átvágva a hüvelyt, a méhet in toto eltávolítjuk, csak épen jobboldalt, közvetlen a repedés széle mellett maradt vissza a méhszájból egy kis rész. A méh eltávolítása után a medence mélyében baloldalt fekvő, nyitott nagy eret lekötöttük. A sebfelületet most letisztítjuk a vértől és steril gazeval a hüvely felé drainezzük. Ezután a drain felett egyesítjük a peritoneumot, úgy hogy az egész sebfelület extraperitonealis elhelyezésűvé válik. Ezután kiszedjük a hasüregben még található vérrögöket, a hasüreget kimossuk steril vízzel és végül a hasseb zárása előtt körülbelül 800 gm. konyhasós vizet öntünk a hasba. A hasseb zárása csomós varratokkal történt.

A beteg állapota a műtét után hirtelen rosszabbodott, pulusa 140—150 között volt és filiformis. Hypodermoklysisre, több camphor-injectioira és cognacos klysmákra azonban óráról órára javult. Az első két héten csaknem állandóan 38 és 38-4° között ingadozott a hőmérséke, a melynek oka gyanánt a hüvely felett jobboldalt lévő, ott, a hol a cervixből egy kis részlet visszamaradt, tojáshíj érzékeny resistenciát vettünk. A beteg azontúl láztalan volt. A műtét után 33 napra gyógyultan távozott.

Ez az eset bizonyítja azt, hogy távolítsuk el az egész méhet a repedt sebbel együtt, nehogy a repedés sebéből, mely leginkább lehet inficiálva, visszamaradjon valami. Ebben az esetben is a visszamaradt kis cervicális részből támadt ez a bár csekély zavar a gyógyulásban. Felhivom még a t. szakosztály figyelmét az ecraseur okozta sebzésre, a mely a magzat nyakcsontján látható. A csont teljesen sima, csontszilánk nem áll ki belőle.

Tóth István: Nem magához az esethez kíván hozzászólni. Tekintve a rupturák gyakori voltát, a themát elég fontosnak tartja, hogy a kérdés az orvosegyesület plenuma előtt tárgyalassék, annál is inkább, minthogy az anyaegyesület már több ízben felszólította a szakosztályt előadás tartására. A tervezetet úgy gondolja, hogy — miután a rupturák kezelése még függő kérdés — kérjük fel a két női klinikát és a Rókus-kórház női osztályát, hogy nevezzék meg referenst a maga részéről, a ki az intézetben lefolyt esetek alapján a maga nézetét a plenum előtt előadja. Indítványozza, hogy a szakosztály kérje fel az elnökséget, szólítsa fel az említett intézeteket és azokat, a kiket jónak lát, hogy az adatokat összegyűjtve, a tél folyamán bizonyos határidő leteltével az orvosegyesület elé vigyék a kérdést.

Elnök: Önálló indítványról lévén szó, ennek megvitatását későbbre halasztja.

Bársony János: Konyhasóoldatnak a hasüregbe való beöntését laparotomia után maga részéről igen ajánlhatja. Azt tapasztalta azonban, hogy ha ezt kisebb vérvetések után is végezzük, a bélmozgásokat megindítani sokkal nehezebb. Az okot nem tudja tisztázni, lehet, hogy véletlen. A másik kérdés a csontból kiinduló infectio; ezért ajánlja előadói, hogy a csontot is ki kell irtani. A tanács jó, az állítás azonban hypothesis, mert amúgy is elég ok volt az infectióra.

Walla: A nőnél bélzavar nem volt. Az infectio kiindulási helye a ruptura széle volt, ott képződött is exsudatio. Peritonitisnek nyoma sem volt.

Doktor Sándor: Tóth indítványára vonatkozólag megjegyzi, hogy a rupturák gyógyítása csakis intézeteket érdeklő kérdés. A gyakorló orvosokat nem érdekli, mert még nincs is kiforrvá; ezért nem is tartja a kérdést a plenum elé valónak. Ez természetesen nem praecjudikál annak, ha valaki saját akarataiból akar erről előadást tartani. A szakosztály részéről kiinduló előadást nem pártolja.

Bársony: Doktor véleményét osztja. A dolog nem érett arra, hogy a plenum elé vigyük. Ott vitatkozni a dologról nem tartja helyesnek.

Tóth: Épen a nagy gyakorlatot érdekli ezen kérdés, mert épen gyakran orvosok az okai a rupturának. Nemcsak a therapiát kell tárgyalni, hanem az aetiologióra figyelmeztetni az orvosokat. A II. női klinika poliklinikumában öt hét alatt hat ruptura-est fordult elő. Már büntető szempontból is fontos ezen kérdés az orvosokra nézve. A therapiára nézve még eltérők a vélemények; bizzunk meg erre nézve két előadót, mint a congressusokon. Épen a vita érdekelné a plenumot. Ideje már, hogy a hosszas sürgetésre vigyük már valami tárgyat az orvosgyűlés elé.

Temesváry: Indítványozza, hogy a kérdés kivételével az elnök-seget bizzuk meg.

Tóth: Minthogy a két klinika vezetői nincsenek itt, indítványát a következő ülésre függőben tartja. Elfogadtatik.

2. Szász Hugó: Fibroma és carcinoma combinatioja a méhben. Exstirpatio totalis abdomin. sec. Doyen. Gyógyulás.

Ezen eset egy 48 éves O.P.-ra vonatkozik, ki 16 éves kora óta mindig rendesen menstruált 3 év előttig. Ez év február hava óta gyakrabban vérzik és bűzös folyásban szenved, mi miatt október 7-dikén a II. számú női klinikára vettette fel magát. Tükörben a méhszájból bűzös-eves váladék ürül. Combinált vizsgálatnál keskenyebb cervix felett gömbszerű, ökölnyi uterust tapintunk, mely mellett a corpusall csaknem egyenlő mekkoraságú, hasonlóan tömött és kemény képlet foglal helyet a cervix felett. Az uterus és a baloldali képlet között a fundus táján sekély barázda tapintható. Jobboldalt hátul az uterus jobb sarkánál összefüggésben a cervix és corpus határán kisebb almekekcoraságú gőcz tapintható s hasonló gőcz foglal helyet baloldalt mellől is. Az egész képlet in toto jól megmozgatható. A sonda jobbra felfelé vezet 7 cm.-nyire s ekkor azt az impressiót nyerjük, hogy a méh bal fala submucosus képlettől ledomborított. A bűzös folyást illetőleg két lehetőségre gondolunk, ú. m. egy submucosus gangraenás fibromagőczra, vagy egy submucosus malignus képletre. Ezt eldöntendő, egy a méhből kihazott szövetrészletet gőcsövi vizsgálatnak vetettünk alá, melyből kiderült, hogy a submucosus gőcz adenocarcinoma. E diagnózis magában foglalta az egész képlet exstirpatiójának inditációját is. Két út állott most előttünk, ú. m. a vaginalis út és a laparotomia. Mivel a képlet nem volt túlságosan nagy és szabadon volt megmozgatható, nagyon esábitó lett volna azt a hüvelytől kihozni morcellálással. De mivel így a műtői terrenum szennyezését — tekintve azt, hogy a méh üregében gangraenás folyamat van — elkerülni lehetetlen lett volna, a has felől való operálásra határoztuk el magunkat. Ezt megelőzőleg hüvely felől a méhbe gazecskát vezetünk fel, hogy ez a málékony tömeg váladékát magába szívja; azután a külső méhszájat tovaütő selyemvarrattal elzárva a hüvelyt sterilizáljuk. Has-metszés a középvonalban. Közvetlenül tapintva a képletet, ugyanazon viszonyokat találjuk, mint a combinált vizsgálatnál. Ezután a lig. latumok felső részletét szorító csipőbe fogva, azokat átmetszjük. A hüvelyboltozatot hátul megnyitva a portiót a hasüregbe húzzuk s a hüvelyfalat körülmetszjük, miközben sikerült az uterinák sértését elkerülnünk. A hólyagot most feltoljuk s a parametrium mindkét basisát szorító csipőbe fogva a képletet eltávolítjuk. A lig. latumot selyem fonalak-kal ellátva, a hüvelyt tovaütő catgut-varrattal zárjuk, középen kis nyílást hagyva, melyen át jodoformgázt vezetünk be a hüvelybe. E felett a peritoneumot tovaütő catgut-varrattal zárjuk. Három hét múlva a beteg jó erőbeli állapotban távozik a klinikáról.

A készítmény sagittaltal felmetszve szépen demonstrálja a viszonyokat. Több interstitialis fibroma-gőcz ugrik ki a metszfelületen, míg a corpus üregébe promineáló gőcz málékony. Már szabad szemmel is látható, hogy a legrégibb elváltozások a legfelületesebb helyeken vannak s hogy kívülről befelé terjed a folyamat. Gőcsöi kép tipikus adenocarcinoma; a fibroma gőczokban gőcsövel epithelialis alakelemeket kimutatni nem sikerült. E képlet tehát a corpus mucosa adenocarcinomájának az uterus multiplex fibromájával való combinációját érzékíti.

3. Szász Hugó: Cloaca-képződés typhus abdominalis után.

Egy 26 éves VI. P.-t van szerencsém a t. szakosztálynak bemutatni, ki ez év augusztus havában typhus-abdominalisba esett, mely miatt 9 hétig őrizte az ágyat. Betegsége harmadik hetében mérsékelt

vérzés és bűzös folyás lépett fel s néhány nap múlva észrevette, hogy hüvelyén át vizelet távozik. Egy hét múlva bélsár is ürült a hüvelyen át s ez idő óta mai napig minden vizelete és bélsára a hüvelyen át távozik. 1901. november 19-dikén beteg következő jelenállapottal véteti fel magát a II. sz. női klinikára:

Feltűnően halvány, tetemesen lesóványodott nő. Mellkasi szervekben kimutatható rendellenesség nincsen. Hasban rendellenes resistentia nem tapintható. Hüvelyből állandóan bélsárral kevert vizelet ürül. Külső nemi szervek és a czombok belfelülete nagy terjedelemben exoriat. Belső vizsgálatnál azt találjuk, hogy a hüvelynek csak mellő két harmada van meg, hátsó harmada teljesen hiányzik s a nagy terjedelmű defectuson át mellül a hólyag, hátul a végbél nyákhártyája prolábil. A méh valamivel nagyobb a rendesnél, a portio a végbél üregébe merül bele. Uterus egyenes állásban s nagyfokú anteversióban tapintható, a mi természetes, mert a hátsó hüvelyfalak azon része, mely a portionak, illetve cervixnek támaszul szolgál, hiányzik. Kétoldalt a paracervicalis kötőszövet heges s e heges szövet a cervixet eléggé erősen fixálja, de nem befolyásolja a corpus mozgathatóságát. Hogy magyarázható e terjedelmes szövethiány keletkezése? Minthogy a vizeletcsurgás és a bélsárürülés fellépése közt csak 1 heti differentia volt, közelfekvő, hogy a végbélben és hólyagban egy időben keletkezett typhosus fekélyek felül-ről és alulról áttörték a hüvelybe. Azonban a hólyag nyákhártyájában primaer typhosus fekély keletkezésének felvétele idegenszerű, mert a hólyag mucosájában nyirkútszók oly alakban, mint a nyálkahártyatractus egyéb helyein, nincsenek. Ezért én a folyamatot következőképen lennék bátor magyarázni: A végbél felső részletén specifikus typhosus fekély keletkezett, melyhez secundaer infectio társult pyogen mikroorganizmusokkal. E secundaer infectio folytán a septum recto-vaginale-ban phlegmone lépett fel, mely áttért a para-, ante s retrocervicalis kötőszövetre, beágyazta a cervixet és mintegy alávájta a hüvely nyákhártya egész felső harmadát. Ennek következménye az volt, hogy a hüvelyfalnak egész alávált területe elhalt és kiküszöbölődött. Es pedig hátul necrotisált a végbél mellő fala, a septum recto-vaginale és a hüvelyfal, hasonlóképen elhaltak az oldalsó hüvelyfalrészletek s mellől a mellő fornixnak megfelelő hüvelyfal a septum vesico-vaginale és a hólyag alsó falának megfelelő részlete. E nagy destrual folyamat vége az volt, hogy később a fekélyek feltisztulása után ott, hol sarjadásra képes szövet volt, hegek keletkeztek, melyek kétoldalt jól kitapinthatók; mellül és hátul pedig a csőves lefutású szerveknek megfelelő területeken nagy defectusok maradtak meg, nyílt közlekedést hagya a végbél és hüvely, illetve a hólyag és hüvely között. A mellő defectus tallérnél nagyobb, a hátsó tallérmekekcoraságú.

Bácker József: Hasonló esete volt, a hol a fistula recto-vag. a typhus 4-dik hetében keletkezett. Ő öt hét múlva látta a körülbelül len-csényi nyílást, melyet magára hagyott s az spontan záródott. Az aetiologióra nézve teljesen osztja bemutató véleményét.

4. Kubinyi Pál: Ruptura uteri két esete.

Méhrepedés két esetéből származó praeparatumokat mutat be a II. sz. női klinika anyagából, az egyik boncolás, a másik laparotomia útján végzett totalexstirpatio eredménye.

A méhrepedés kérdése forrongó stadiumban van, nincs egységes kezelés. Időszzerű tehát a tapasztalatok halmozása. Mind a kettő az elvérzés leküzdésére irányult eljárás által bír érdekel. Mind a kettőben az arteria uterina szakadt át s az egyikben a hüvely felől a méh sebének összevarrása, a másikban hasmetszés útján a méh kiirtása által láttuk el a vérzést. Az elélt mind a két esetben elértek, de a betegek egyike az acut vérvetsztés, a másik, infectio következtében mégis elpusztult.

Az első 37 éves III. P. Előbbi szülések rendesek, élő gyermekek. Szűkebb medencze: 25, 28, 18³/₄; conj. vera; 9¹/₁₀; (boncolásnál le-mérve). Mostani szülés: lábfekvés. A baba azért hívja a poliklinikumot, mert a szülés megrekedt. A nő czombjai között vállig megszületve, hassal mellfelé forogva fekszik a halott magzat. A nő nyugtalan, has érzé-keny, könnyű extractio. A lepény kinyomása sikertelen. A kihívott tanársegéd konstatálja, hogy a lepény a hasüregben van, complet ruptura, belső vérzés. Közél lévén, rögtön a klinikára szállítjuk. Itt feltárás és a méh lehúzása mellett sikerült a baloldali sagittal repedést végig össze-varrni s a hüvelyboltozat nagy sarkoképi nyílásán át a fecskendő art. uterina-t ellátni, de a nő acut anaemiában elpusztult.

A második 32 éves VI. P. Előző szülések rendesek. Nagy mag-zatok; rendes medencze, complet rupturával szállítatik be. Magzat a hasüregben. Belső vérzés. Nehéz kpf-es szülés; közelebbi adatok ismeret-lenek. Perforatio, extractio. Magzat rendes fejlettségű. Laparotomia. Nagy sagittal cervix repedés, a lig. latum szétfeljtve s egészben a veség fel-választva, az art. uterina vérzik. Alakötés, a méh kiirtása. A paracer-vicalis és vesicalis kötőszövet csupa vérömleny; perit. ichor. Negyedik nap: halál.

Az első valószínűleg violens, a másik (keletkezése ismeretlen) valószínűleg spontan ruptura. Kérdés, mit tegyünk az elvérzéssel fenye-gető esetekben? Az elsőben laparotomia útján sem értünk volna el többet, mert a vérzés igen nagy ütőértőrszóból történt, úgy, hogy a már végképen kivérzett egyén a laparotomia schock-ját semmi esetre sem tartotta volna ki. Kérdés, mit értünk volna el a második esetben a conservativ eljárással? A tamponade ugyan elég jó vérzéscsillapító esz-köz, azonban itt is maga az art. uterina volt átszakadva, tehát aligha menthették volna meg. A tamponade daczára elvérzett eseteinknek ilyeneknek kellett lenni.

A hasonló esetek tehát nagyon rosszak. A hüvelyi úton a sebzés ellátása csak erre való esetben lehetséges. Előnyt nyújtana főként in-complet ruptura esetén, a hol nagy előny, ha nem kell laparotomiát

végezni, azonban nem bizonyos, hogy ezélt érünk. A laparotomia biztos, de nagyobb veszélyű, a tamponade rossz esetben nem elegendő. Hogy e tekintetben határozott ítéletet formálhassunk, nagyobb tapasztalásra kell még szert tennünk a laparotomia útján, annyit azonban mondhatunk, hogy kevésbé rossz esetekben a tamponadeval többnyire ezélt érünk, mert aránylag kevés esetet veszítünk el elvétel útján.

Elischer: Az esetekből látszik, hogy maga a laparotomia, mint ilyen, nem foglalja magában azt a nagy veszélyt, hogy a rupturás nőnek meg kell halni, mert végeznek pl. extrauterin graviditásnál éppen ilyen kivérzett nőnél jó eredménnyel hasmetszést; a rossz eredmények oka a már kívülről behozott infectio. A maga részéről fontosnak tartja, hogy a kérdés tüzetesen tárgyalassék.

Tóth: Ezen két eset is a kérdés fontossága mellett szól. Mindkettő spontán ruptura. Hányszor huzcolnak meg orvosokat, a hol spontán ruptura jöhetett létre. Még egyszer ajánlja indítványát elfogadásra.

Több tárgy nem lévén, elnök az ülést bezárja.

XXXIV. ülés 1901. december 10-dikén.

Elnök: Kézmárczky Tivadar; jegyző: Tóth István.

Tóth István: Az ülés megnyitása előtt nem mulaszthatja el, hogy fel ne köszöntse a szakosztály tisztelt és szeretett elnökét azon kitüntetés alkalmából, melyben részesült, bár tudjuk mindnyájan, hogy mennyire ellene van minden ünnepeztetésnek. Csak a szeretetet és tiszteletet akarja kifejezésre juttatni, melylyel a szakosztály tagjai elnöküket körülveszik. Mindenkor a legnagyobb tisztelettel és szeretettel fogjuk továbbra is követni azon az úton, melyen minket vezet. Az Isten éltesse!

Elnök köszöni a szíves megemlékezést. Megnyitja az ülést és jelenti, hogy három vendég van jelen: Steinberger Sarolta dr. k. a., Czukor dr. és Záborszky dr. urak. A jegyzőkönyv hitelesítésére Lovrich és Kubinyi tagokat kéri fel.

I. Esmecsere Platzer Sándor előadása felett.

Temesváry Rezső: Mindenek előtt üdvözlí az előadót azért, hogy oly érdekes, gyakorlati fontosságú kérdést hozott a szakosztály elé; valószínűleg csak előadásának rövidre foglalása okozta, hogy nem említette fel legalább a hazai irodalomban található, e tárgyra vonatkozó közleményeket.

Az 1891. évi balneológiai congressuson ugyanis Papp Samunak egy előadása kapcsán eszmecsere fejlődött ki az előadó, Tauffer tanár és Bruck Jakab között, a mely aztán a rá következő évben utóbbinak alkalmul szolgált arra, hogy ugyancsak a balneológiai congressus keretében külön e tárgyról előadást tartson. Az 1895. congressuson azután szóla a női betegségek balneoterapiájáról értekezve, szintén megemlékezett a női bajok helyi gyógyításáról fürdőhelyeken s iparkodott az ellentétes nézeteket, melyeket egyrészt a nőorvosok, másrészt a fürdőorvosok e kérdésben vallanak, összeegyeztetni. Mindenek előtt különbséget kell tennünk a fürdőhelyre küldött nőbeteg megvizsgálása és helyi gyógyítása között. Az előbbi illetőleg szóló nézete szerint a fürdőorvosnak nemcsak szabad, hanem úgy a saját reputációja, mint a beteg jól felfogott érdekében kötelessége a beteget legalább megérkezésekor, de esetleg a fürdőkúra tartama alatt is ellenőrzés céljából, egyszer vagy többször megvizsgálni. Mert valószínű, hogy a nőbeteg a fürdőorvostól sem veszi szívessen, hogy ha az neki minden gynaekológiai vizsgálat nélkül rendelne vagy mint ő mondaná, „nem is kíváncsi a bajára”. S ez okból szóló nemcsak ott engedné meg a fürdőorvosnak a vaginalis vizsgálatot, a hol a beteg nem hoz szakorvostól véleményt, hanem ott is, a hol az ilyennek írásbeli birtokában van, részben az említett oknál fogva, részben pedig azért, mert a szakorvostól megeltett vizsgálat óta eltelt rövidebb-hosszabb idő alatt lényeges változás is állhatott be a statusban (pl. graviditás). A szakorvostól nem vizsgált betegnél természetesen nagyobb fontossággal bír a vizsgálat, de természetesen csak akkor, ha a betegnek genitál baja, illetőleg ilyenre mutató panaszai vannak. A mi a másik kérdést illeti, t. i. a nőbeteg helyi gyógyítását fürdőhelyen, itt szóló azt nem úgy, mint a t. előadó úr, a betegség nemétől tenné függővé, hanem egyszerűen attól, hogy állott-e a beteg fürdőbe jövétele előtt szakszerű gyógyítás alatt vagy nem? Ha igen, úgy az határozottan elítélendő; nem tartja ilyenkor helyesnek a helyi gyógyítást, mert a beteget nem e célból, hanem a fürdőkúra céljából küldték oda, mely alatt a genitáliákat is pihentetni akarják, nemcsak a coitus, hanem a sondálás, massage stb. insultusaitól is. Az oly beteg ellenben, a kinek fürdőkúra előtt helyi vagy más egyéb gátló körülményeknél fogva nem volt módjában, hogy magát szakszerű gyógyításnak alávesse, mindig helyileg is gyógyítandó, feltéve természetesen, hogy baja oly természetű, hogy azt javallja teszi, mint pl. endometritis, a méh és függelékeinek gyulladás, helyzetváltozások, stb. Az acut és subacut bajok természetesen kiveendők a helyi gyógyítás alól, de ezekkel nem is szoktak a betegek fürdőhelyeket felkeresni. Ezen álláspont helyessége mellett szól ama körülmény, hogy a nőorvosok különösen oly fürdőhelyre küldik előszeretettel betegeiket, a hol a gynaekológiában jártas, képzett orvos működik.

Bársony János: A kérdést általánosságban feltenni nem is lehet, mert a betegségek és azoknak különböző stádiumai szerint változik a felelet is a feltett kérdésre. A különbség azonban nemcsak a betegségek szerint létezik, hanem a beteg és betegségének multja szerint is. A kérdéssel különben az év minden szakában találkozunk, mert hiszen fürdőkúra az is, mikor azt otthon végeztetjük. A kérdésre a legjobb felelet az, hogy vajon végez-e az orvos a fürdőkúra alatt helyi kezelést, az a

fürdőorvos belátásának, tudásának és tapintatának a dolga. Bizonyítja ezt az is, hogy a beteg számára nemcsak a fürdőt választjuk meg, hanem a kezelőorvost is mi ajánljuk neki és csak olyan helyre küldjük, a hol megbízható fürdőorvos van. Az olyan beteget, ki quasi utókúra gyanánt keresi fel a fürdőt, kezelni nem szabad. Az olyan betegnél, a ki nem orvosi tanácsra, hanem magától keresi fel a fürdőt, a fürdőorvos tapintata dönt, hogy kezel-e vagy sem, mert az egyik jól tűri a kezelést, a másik nem. Általában azon véleményen van, hogy a fürdőkúra alatt a helyi kezelést a minimumra kell redukálni.

Dirner Gusztáv: Teljesen esatlakozik Bársonyhoz: lehetőleg nem kell helyileg kezelni a fürdőkúra alatt; ha a beteg orvosi direktívával megy a fürdőre, akkor ez különösen áll. Az olyan beteget, a ki orvosi direktíva nélkül jön a fürdőre, a fürdőorvosnak meg kell vizsgálnia; ha a fürdő maga nincs indikálva, csak helyi kezelésre van szükség, akkor küldje haza. Ha a fürdő az egész organismus javára szolgál, akkor ne végezzen helyi kezelést.

Platzer: Az irodalmat, melyet Temesváry említett, ismeri, csak azért nem említette, mert nem akarta előadását megnyújtani. Ő is minden esetben megvizsgálja a beteget: csak akkor tartózkodik attól, ha a beteg nem akarja, vagy ha orvosa levelében arra kéri, hogy ne vizsgálja. Ilyenkor kénytelen vizsgálat nélkül fürdőt rendelni. Ha a beteg orvosi kezelés után jön a fürdőre, a kezelést csak akkor folytatja, ha az orvos arra felkéri. Ha a beteg már régóta áll kezelés alatt, akkor nem tartja helyesnek a fürdőkúra alatti kezelést. Bársonynyal egyetért abban, hogy tulajdonképpen nem lehet külön választani, hogy vajon fürdön kezelünk-e vagy nem, mert az indiciók ugyanazok. Dirnerrel szemben megjegyzi, hogy polypragmasia nemcsak fürdőhelyen, hanem másutt is divik. Ő csak akkor kezel, ha a szakorvos azt kívánja. A fürdőkúrát használók és helyi kezelésre szorulóknak közt oly éles határt vonni nem lehet. Ismételtén csak azt mondja, hogy az esetek egy bizonyos számában a helyi kezelés indikált.

Kézmárczky: Nézete szerint különbséget kell tenni azon betegek között, a kik különös direktívával jönnek, a kikért az az orvos felelős, a ki őket küldte, ilyenkor természetesen kell a kezelést végezni. Ilyenkor azonban a fürdőorvos annyiban felelős, hogy ha valami közbejön, a mi a kezelést contraindikálja, felismerje és abbahagyja a kezelést. A másik része a betegeknek minden utasítás nélkül jön a fürdőre. Ilyenkor az orvos úgy viselkedjék, mint minden beteggel, a ki rendelkezéssel hozzá fordul. A fürdőorvos vizsgálja meg az ilyen beteget, ha az anamnesis valamely női bajra mutat és ha a vizsgálat tényleg ilyen derít ki, akkor természetesen — ha szükséges — kezelje. Ha nem talált női bajt, akkor sem ártott a vizsgálatot, ha csak nem erőszkölte. Ha az anamnesisből sem lehet kideríteni semmit, akkor is sürgesse az orvos a belső vizsgálatot. Ha azonban a betegnek semmi olyan panasza nincs, mely női bajra mutatna, akkor ne vizsgáljon az orvos. Csak akkor vizsgálja tehát az utasítás nélküli betegeket, ha valami gyanú van női baj fennállására. Egyébként az egész kérdés azon múlik, hogy nem minden ügynevezett „női fürdőhelyen” áll a fürdőorvos a helyzet magaslatán. Minden „női fürdő” szakavatott orvossal kellene ellátni. Köszöni előadónak, hogy a themát szőnyegre hozta.

Reflektál ezután Tóth István multkori indítványára a rupturák kérdését illetőleg. Kéri a tagok véleményét, vajjon a ruptura uteri alkalmas theme-e arra, hogy a plenum elé vigyük. Feladatunk t. i. az, hogy időről időre a plenum elé vigyünk valamely már megbeszélte tárgyat kész előadás alakjában.

Tóth István: A szakosztály fennállása óta alig volt ülés, melyben ruptura uteri-vel ne találkozunk volna. A ruptura Budapesten is igen gyakran fordul elő a szül. poliklinikumok anyagában, hát még akkor vidéken, hol az orvosi és bábaviszonyok rendezetlenebbek. Karunk és a bábái kar hiányos képzettsége ennek az oka. A másik indok, hogy vigyük a tárgyat a plenum elé, az, hogy az Orvosegyesület évről évre felszólít minket előadás tartására, de még eddig nem tettük. A harmadik indok az, hogy az igazságügyi orvosi tanács elé gyakran kerülnek ruptura-esetek, a hol orvosok vannak vádolva, pedig ártatlanok. Az érdekes themát nemcsak therapia, hanem főleg aetiologia szempontjából kell megbeszélni. Fentartja multkori indítványát, hogy a klinikák és szülőintézetek vezetőit kérjük fel, hogy tapasztalataikat a vitába vigyék; hogy egy-két előadót bizzunk-e meg, az a szakosztály vezetésétől függ. Felkérendő a törvényszéki orvosi intézet is, mert ott sok rupturát boncolnak.

Bársony: A mult ülésen félreértette az indítványt; úgy értette, hogy az összes anyagot összegyűjtve, együtt tárgyalják: ezt nem tartotta helyesnek. Ilyen alakban azonban nem lehet kifogása; valaki megtartja az előadást és a szakemberek hozzá fognak szólni. Ebbe beleegyeznek ők is.

Elnök: Felteszi a kérdést, vigyük-e a kérdést a plenum elé? Az indítványt elfogadják.

A maga részéről helyesnek tartaná úgy járni el, mint a congressusokon, hogy bizonyos tekintetben referatumnak kérnénk egy vagy két szakembertől, a kinek feladata volna az anyaggyűjtés; a két referens azután a referatumnak kinyomtatása után referálna az ülésen; ekkor jobban hozzá lehetne szólni a themához.

Tóth: Bársonynyal szemben megjegyzi, hogy nagyobb súlyú, ha maga a szakosztály rendezi az előadást, mert ekkor a plenum előbb is tudja meg és van idő készülni a hozzászólásokhoz, másrészt pedig meg volna adva az irány ahhoz, hogy milyen szempontból óhajtjuk a dolgot tárgyalni. Privátember előadásához nem szólnának annyian hozzá.

Dirner: Helyesnek tartaná, hogy előbb a szakosztályban vitassuk meg a dolgot.

Temesváry: Az elnök véleményéhez esatlakozik. A két előadó

nem ugyanazt tárgyalná, hanem részekre osztják a kérdést. A szakosztály tagjai a referatium kivonatát kapják meg, vita csak a plenumban legyen.

Bárony azt indítványozza, hogy csak egy előadó bizassék meg; ennek a véleményét kivonatban kapják meg a szakosztály tagjai.

Tuszkai: A szakosztály már a kész megvitatott tárgyat vigye a plenum elé mint előadást; így van az alapszabályokban.

Tóth: Ilyen módon a tárgy érdekességét veszti, mert hisz a vita a legérdekesebb. De különben is a rupturákat a szakosztályban már gyakran megvitatjuk.

Bücker indítványozza, hogy a modus procedendivel az elnökséget bizzuk meg.

A szakosztály elfogadja a ruptura uterit mint olyan kérdést, mely a plenum elé viendő, a módust az elnökségre bizzuk.

Következnek a bemutatások.

1. Kubinyi Pál: Fibroma mellett lefolyt spontán szülés.

Nagy fibroma mellett lefolyt rendes terhesség és szülés esetét mutatja be. 40 éves II. P. Első szülés 8 év előtt, fogó. Nagy emberfejnnyi fibromával jelentkezik a II. sz. női klinikán. Nem tudja, hogy terhes-e, havi baja máskor is ki-kimaradt. Nehéz volt a felismerés a nagy daganat mellett s biztosan csak a IV. hónapban sikerült. A terhesség, bár nehezebb (lógó has, oedemák), rendes. Szülés néhány héttel korábban indul meg. Könnyű (tág medence, kisebb magzat 2500 gr. súly, 50 hossz, 32 fekerület), lepényi időszak $\frac{3}{4}$ óra, különben rendes, ép úgy a gyermekágy is. A daganat a gyermekágyban kisebbedett, most jó gyermekfejnnyi. Bajt tehát nem okozott, csupán a szülés korábbi megindításának lehetett az oka, bár a gyermek érett. Magyarázat az, hogy subserosus rövid kocsánnyal is bír s hogy a fundus bal sarkával függ össze, tehát nem szorult a medencébe, a méh kiemelte.

Kézmárczky: Maga is látott terhességet és szülést zavartalanul lefolyt fibroma mellett; a gyermekágyban a tumor szépen követte az uterus visszafejlődését. Egy nőnél, kinél már lánykorában konstatait a fibromát, arezfekvés jött létre az első terhességnél, a mit nem tudott másképpen magyarázni, mint a fibroma nyomásából. Pár év múlva ikerterhesség. A myoma évről-évre kisebbedett, egy év előtt körülbelül gyermekkökönyi. Köszöni az érdekes esetet. Üdvözlí az időközben megjött Konrád nagyváradi tanárt.

2. Tóth István: Spontan szülés dermoid mellett. (Egész terjedelmében fogjuk közölni.)

Kézmárczky: Hasonló esete volt körülbelül 30 éve. A szülönőnél a medence egész bal felét egy feszülő daganat töltötte ki. Méhszáj el-tűnt, burok nem áll. Punctiot végzett, mire kásás tömeg ömlött ki, utána beilleszkedett a fej, élő magzat született. A gyermekágy lefolyását nem tudja. 15 évvel később a nő a klinikára jött egy tumorról, mely dermoidnak bizonyult. A műtét közben megpukkadt és a nő peritonitisben elhalt. Érdekes, hogy a két esetben ilyen nagy időközönbséggel hasonló eljárás mellett jó eredményt értek el.

Tóth: Hogy miért jártak el ily conservative, holott már a terhesség alatt ismerték a nőt, annak oka, hogy remélték, hogy a méh-tevékenység alatt a tumor majd felhúzódik.

3. Pauer Károly: Uterus duplex separatus esete. (Egész terjedelmében közöljük.)

4. Lovrich József: Sarcoma ovarii.

Az aránylag ritkán előforduló ovarialis sarcoma esetét egy 19 éves O. P.-nél észleltük, kinek utolsó havi baja egy év előtt volt: mensese addig is csupán 3–4 havonként jelentkezett 3–4 napi tartammal. A kachektikus nő ez év április hava óta vette észre, hogy daganat fejlődik jobb alhasában, mely neki nagy fájdalmakat okozott. Felvételtkor solid ovarialis tumorra tettük a diagnosist, mely mellett ascites is volt. A daganatot laparotomia útján távolítottuk el, mely alkalommal kiderült, hogy a bal ovarium ép s hogy a vastag és vékony beleken szétszórva, mindenütt metastatikussá, egész nagy dionyi góczok vannak. A has üregéből műtét alatt ascites folyadék ürül. A nő műtét után láztalanul gyógyult. Feltűnt volt azonban, hogy 1 $\frac{1}{2}$ hónapi klinikai tartózkodása alatt, subnormalis hőmérséklet mellett állandóan magas 126–140-ig emelkedő érverése volt. Az eltávolított daganat babalakú, kis emberfejnnyi, sima, dudorzos felületű, meglehetősen puha; feltűnő vékony tokal bír, melyen szabad szemmel sem látható ovarialis szövet. A teljesen solid tumor metszfelületén és felszínén tarka, metszlapján legnagyobb részt hússzínű s itt számos thrombotizált tág ér-falnak átmetszete látható, melynek megfelelőleg két infarctus góczot is látunk; az egyik egy ujjnyi széles sáv alakjában egy halvány szürkés, fehér áttetsző vérszegény részlet, mely göresó alatt magfestést nem mutató, nekrotikus szövetnek bizonyul; a másik egy kisebb mogyorónyi ékalakú gócz a tok alatt látható. A többi részletből vett göresói metszetekben kereksejtű sarcoma képét nyerjük, melyben vérzéses góczok is fordulnak elő. A vérerek falával a daganat direct összeköttetésben nincsen.

5. Lovrich József: Partus conduplicato corpore.

Ismeretes dolog az, hogy a kicsi, lágy vagy könnyen összenyomható magzatok harántfekvésből beavatkozás nélkül is megszülethetnek úgy, hogy a magzat a hasba vagy mellkasba nyomatott fejével kétrét görbülve (conduplicato corpore) jut át a szülőutakon. Ez eshetőségre, melyet nem szabad összetévesztenünk a természetes kifejlődéssel (evolutio spontanea), kiváló szép példát láttunk az I. sz. női klinikán. November 19-dikén délelőtt egy 29 éves primipara kereste fel a klinikát, kinek utolsó havibaja május 4-dikén volt. Felvételnél a méhfénék köldök felett 3 ujjnyira. Külsőleg magzatrészek homályosan tapinthatók, csupán

gyanítjuk, hogy a fej jobbra, a far balra fekszik; szívhangok nem hallhatók. Belső vizsgálatnál méhszáj bőven 4 ujjnyi, belőle a magzat bal karja lóg ki a hüvelybe; méhszájban hónaljkap tapintható. Felvételtkor a nőnek ritka, gyenge fájásai vannak, hőmérséke 38.5°, 128 pulssal. Este újra belső vizsgálatot végezvén, kiderült, hogy a magzat vállá már mélyen az üregben volt. Gyengéd húzással sikerült a magzatot előesett bal karjánál fogva conduplicato corpore kihúznunk. A megszületett leánymagzat 43 cm. hosszú, 1200 gm. súlyú, halott nem macerált. A magzat jobb arca a hasfalat benyomja s a mellette fekvő jobb karral együtt a két rétebe hajtott magzat 28 cm. kerületű, a magzat nyaka erősen megnyult. A bal kar bőre, úgyszintén a bal váll egészen a nyakig kékesen színezett, duzzadt, jelölül annak, hogy a magzat a szülés kezdetén még élt. E mellett bizonyít még az is, hogy a magzat bőre mindenütt ép, maceratióknak nyoma sincs. Gyermekágy teljesen láztalanul folyt le.

6. Lovrich József: Sarcoma uteri.

Ezen eset egy 48 éves hatszor szült nőtől származik, kinek havi-baja mult év tavaszától kezdett bővebben jelentkezni; azóta ismételt állott orvosi kezelés alatt, majd méhkaparást is végeztek nála, de sem a szerelésre, sem a méhkaparásra vérzései nem csillapodtak. Az I. sz. női klinikára felvételekor fibroma uteri-ra tettük a diagnosist és bő vérzése miatt méhkaparást végeztünk nála; curettázás után göresói vizsgálat által derült ki, hogy rossz természetű daganattal — sarcoma fuso-cellulare-val — van dolgunk. A méh abdominalis totalexstirpationnal lett eltávolítva. A nő műtét után teljesen simán gyógyult, csupán eleintén egyszer volt 38.5-ig emelkedő hőmérséke. A nő műtét után egy hónappal gyógyultan hagyta el a kórodát. Az eltávolított méhen a következőket láttuk: a jó gyermekfejnnyi méh portioja erősen túltengett; a méh mellő falában egy másfél ökönyi diffus határú tok nélküli daganat foglal helyet, mely a méh falát erősen sorvasztotta, úgy, hogy ez a fundus felé már alig 3 mm. vastag, de a méh ürege felé dudorzos s csupán vékony nyákhártya által borított, mely valószínűleg a curettázás alkalmával töretett át. A daganatnak főtömege a méh mellő falán van elhelyezve. Metszfelülete teljesen fibromához hasonló képet ad, durva rostos kötőszöveti nyálábok haladnak keresztül-kasul, melyek tömörtek, de nem szívósak; csupán helyenként láthatók egynemű homogen áttetsző szürkés rózsaszínűen festenyzt szigetecskék. Vakarára kevés tiszta savót ürített a daganat. A méh ürege a corpus felé el-szélesedő, jó két hüvelykujjnyi széles és mintegy 10–14 cm. hosszú. A méh méretei 18×15.5×9 cm.. A portio vastagsága körülbelül 2 cm., hossza 4 cm. A hátsó fal 1 $\frac{1}{2}$ cm. s a mellő fal a portio felett 1 cm., vastagságából vékonyodik el 3 mm.-ig. Az eltávolított daganat különféle helyeiről vett göresói metszetek mindenütt egyformán a sarcoma fuso-cellulare képét adják, melyben csak helyenként fordulnak elő magfestést nem mutató — nekrotikus — részletek. Bár a daganat makroszkopos kinézése, consistentiája s klinikai észlelések fibroma mellett szólnak, mégis a göresói kép egész határozottan beigazolta, hogy egy orsósejtű sarcomával van dolgunk. A göresói vizsgálat nem nyújt semmi támpontot arra nézve, hogy a daganat fibromából ered, vagy hogy ennek sarcomává való átalakulásával van dolgunk, miután a metszetekben fibroma alakelemek kimutatni nem sikerült. Ezen eset is bizonyítja, hogy a méhsarcoma bizonyos diagnosist sem a klinikai lefolyás, sem a daganat makroszkopos képéből meg nem állapíthatjuk, mert bizonyos diagnosist csak a göresói nyujthat, míg az előbbieket csupán valószínűleg engednek sarcomára következtetni.

Több tárgy nem lévén, elnök az ülést bezárja.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Kőhegyi Lajos: A harántfekvésekről, azok aetiologiája, diagnostikája, osztályozása, lefolyása és kezelése. Budapest, 1901. 62 l.

Az aetiologiában elmondja K. ama nézeteket, melyeket Hippokratés idejétől Carus, Smellie, Baudelocque, Scanzoni, Hecker tanítottak. Ama rendellenességeket, melyek harántfekvést okoznak, négy csoportba osztja: a méh alakhibái és újképletei, a pete rendellenességei, a magzat rendellenességei, az anya rendellenességei. Saját eseteiből két harántfekvésű szülés történetéből egyik esetében a méh kétszarvú voltának a másodikban hydramnios jelenlétének tudja be a rendellenes magzathétkvés keletkezését.

A diagnosist felállításának megbeszélésénél úgy a külső mint a belső vizsgálat fontosságára figyelmeztet s csak a burokrepedés utáni leletben bizik meg teljesen. Az osztályozás kétféle. Naegele szerinti, a ki a hát, és Hohl szerinti, a ki a fej elhelyeződését veszi irányadónak. A harántfekvésű szülés természetes módon: a természetes fordítás (versio spontanea), természetes kifejlés (evolutio spontanea) és a partus conduplicato corpore által fejeződhet be. Douglas észlelte és írta le részletesen az ily szülések mechanizmusát, melyet Busch három alosztályba soroz, míg később Birnbaum azon hely szerint osztályozza őket, melyben a folyamat végbe megy. Ezen osztályozások azonban fogalomzavarokra vezettek, mígnem Hohl egész világos s éles határvonalat húzott az egyes mechanizmusok közt. Leírja az ily szülés lefolyását, melynek előfeltételei a következők: szülőutak engedékenysége, semmiféle irányban meg nem szűkülő medence, éretlen, leg-többnyire halott magzat, fokozódott mértékben fellépő, a szülés befeje-zéseig egy pillanatra sem alábbhagyó szülőfájdalmak.

Mielőtt a kezeléssel szólna, visszapillant a történeti adatokra,

melyekből látjuk, hogy a kínaiaknál a terhes nő hasának széles övvel való szoros körülkötése s annak a szülőfájdalmak jelentkezésekor való hirtelen feloldása, a japánoknál az alvás meggátolása stb. volt a követett eljárás s ez úgy megy kalandosabb formában egészen a XIX. század elejéig, a mikor Ritgen és Wigand ajánlottak oly módszereket, melyeket legnagyobb részben ma is követünk. Az eljárás külső vagy belső fordításban áll. Wigand volt az első, ki 1807-ben ismertetette meg a külső fordítással az orvosvilágot. Szerző leírja a követett eljárási módot: a közönségest (a szülő nő czélszerű fektetését), a Wigand-félet és a Braxton-Hicks-félet. Mind a három eljárás előnyeit és hátrányait megbeszéli, de végeredményben leghelyesebbnek, kimenetben legkedvezőbbnek a „lábrafordítást belső műfogásokkal“ tartja. Előadva annak történetét, rátér a műtét egyes fajainak pontos leírására: a) fordítás, b) a magzat kihúzása — extractio (Smellie-féle egyszerű és módosított műfogás, a prágai vagy Kiwisch-féle, a fej fogóvali kihúzásának leírása), c) belső fordítás fejre; végül az elhanyagolt harántfekvésnél követendő eljárást ismerteti.

A mint látjuk, szerző monographiájában elmond mindent, a mi a gyakorló orvost érdekli; munkája világos, könnyen érthető, jól használható.

Kern Géza dr.

Kleinwächter Ludwig: Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. Dritte verbesserte und vermehrte Auflage. Berlin und Wien, Urban u. Schwarzenberg. 1902. 136 l.

K. általános elterjedésnek örvendő műveskéje 11 év után íme harmadik kiadásban és pedig a tudomány óriási haladásának megfelelőleg tetemesen (a második kiadás kétszeresére) bővítve fekszik előttünk. A fölélt nagy anyagot s szerző olvasottságát legjobban bizonyítja az a körülmény, hogy maga az „irodalom“ 4 lapról 22-re bővült s most összesen 712 munka címét tartalmazza. Szerző tárgyát szigorúan tudományos szempontból tárgyalja s mindenre van tekintettel, a mi azzal a legtávolabbról is összefüggésben van. Rövid történeti visszapiantás után megbeszélés tárgyává teszi a terhesség megszakításának időpontját, a művi abortus és művi koraszülés jelentőségét és javait, utóbbiak közül különösen tárgyalja a különböző fajta szűk medenczék, az anaemia perniciosa, leukaemiát, vesebajokat, eklampsiát, hyperemesist, egyéb szervi megbetegedéseket (tüdő- és szív-bajok), a nő nemi szerveinek betegségeit (prolapsus és retroversio uteri, myoma, carcinoma stb.) a magzat egyes rendellenességeit (hydramnios, mola, placenta praevia, méhen kívüli terhesség stb.). Azután felsorolja és helyes kritikával megbírálja az egyes eljárásokat, kezdve a legrégibbeknél, végig a legújabbakig s itt még a teljesen elhagyottakat (glycerin-injectiók, az emlők villamos ingerlése, meleg hüvelyöblítések stb.) sem hagyja figyelmen kívül. A Prochownick-féle diéta, a rendes szülés megindítása és az accouchement forcé rövid ismertetése bejárja a szerzőtől megszokott alaposággal, gondos és világos stílusban írt munkát. Senki, a ki a terhesség megszakításával tudományos szempontból foglalkozni kíván, nem fogja K. munkáját elégedetlenül letenni.

Temesváry.

Nieberding W.: Über die Behandlung der Versioflexionen des Uterus. Würzburger Abhandlungen. II. Band. 3. Heft. Würzburg, A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch) 1901.

Szerző e füzetében a méh flexioinak és versioinak rövid, de világos ismertetését nyújtja. Előbb a méh előrehajlásával és dőlésével foglalkozik. A bántalom aetiologiájának, valamint az ezen deviatio által okozott symptomáknak előrebocsátása után ismerteti a régebben használt extra- és intrauterin pessarium-therapiát és a később, főleg az ante-flexio-okozta dysmenorrhoea gyógyítására ajánlott operatív eljárásokat. A rationalis therapia azonban csak a deviatiot okozó bántalmak kezelésében — főleg a megrövidült Douglas-redők nyújtásában — és az esetleg másodlagosan fennálló idült metritis-endometritis rendszeres gyógyításában állhat.

Behatóbban foglalkozik a retrodeviatiokkal. Az aetiológiai momentumok mérlegelése alapján a méh ezen alak- és helyzetváltozásainak prophylaxisát a serdülő leányoknak észszerű testi nevelésében és a gyermekágy gondos kezelésében látja. Minden retrodeviatiot, még ha az egyelőre nem is okoz tüneteket, kezelendőnek tart. Valószínű ugyanis, hogy az állandóan retroflectált méh és a vele együtt hátravongált adnexumok idővel biserosus összetapadás által rögzíttetnek és hogy bennük a pangás folytán lobfolyamatok indulnak meg: a mobilis retroflexioból fixált lesz, complicálva a függelékek lobos bántalmaival.

Mobilis retroflexiók repositioját bimanualiter és pedig a hüvelybe vagy végbélbe vezetett egy ujj segítségével végzi. A reponált méh megtartására előbb a 8-pessariumot alkalmazta, újabban csaknem kizárólag a Hodge-gyűrűt erősen hajlított módosításait: a Thomas-féle és a Smith-féle pessariumokat használja. Csekélyebb fixatiókat rendszeres nyújtómasszage-zsal sikerül megszüntetni; széles, lapszerű lenővéseknél azonban — a Schultze által ajánlott erőszakos repositiot elvetve — a laparotomiát ajánlja.

Röviden ismerteti a különféle operatív eljárásokat, melyeknek czélja a méhet fixatióból felszabadítva, ante-flexioban megtartani. Leírja a ventri-, vaginae- és vesicae-fixationak különféle módozatait, valamint azon eljárásokat, melyek a lig. rotundumoknak (Alexander-Adams), illetőleg a lig. sacrouterinumoknak (Sänger-Wertheim) megrövidítése által czélozzák a méhnek ante-flexioban tartását. Szerző legajánlatosabbnak tartja a ventrifixatiót Czerny módozata szerint. Az operatív beavatkozást azonban csak oly esetekben tartja jogosultnak, a melyekben az orthopaediai kezeléssel célt érni nem lehet.

Adler Oszkár dr.

II. Lapszemle.

Szülészet.

Krönig. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Sticher: Händesterilisation und Wochenbettmorbidity. (Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 46. Nr. 3.)

Sticher ugyanezen folyóirat 45. kötetében közölte összehasonlító vizsgálatait a keztyűs s keztyűtlen kézzel vizsgált gyermekágyasok megbetegedéseiről; végeredményként jelezte, hogy a keztyűs kéz alig javít a megbetegedési százalékon s hogy ez így is elég magas (17.5—16.9%). Ezekre teszi meg megjegyzéseit Krönig. Sticher nem közli, hogy hogyan végzik a gátvédelmet; mert azonkívül, hogy belső vizsgálat és operálás keztyűkben történt, függ a kérdésre adható pontos felelet, pl. még a gát védésétől, illetőleg a szülés és gyermekágy alatt való bármilyen érintésétől a betegnek.

Sticher ama feltevése, hogy 17.3%-a a gyermekágyasoknak, kik spontan szülés után lázaskodtak, gyermekágyi fertőzés rovására megy, nem fogadható el, mert nem vizsgálták bakteriologice a lochiákat; a puerp. infectionnak feltétele pedig csupán klinikai jelek alapján nem jogosult. Sőt éppen Krönig vizsgálatai bizonyítják, hogy gyakoribb a lázak extragenitalis eredete a gyermekágyban, mint a hogy Sticher felteszi. Nem tagadja, hogy létrejöhet puerp. infectio a gyermekágyban akként, hogy a sértetlen felhám endogen bacteriumiai bevándorolnak a hüvelybe s innen feljebb. De ezek rendesen könnyebb természetű megbetegedéseket okoznak. Sticherrel szemben fejtegeti, hogy a hüvelyben mindig jelenlevő saprophyták alárendelt jelentőségűek. A maga véleménye szerint a hüvelyi mikrobák nem pathogenek, sőt jelentőségük sines a gyermekágyas láz keletkezésére.

A cikk hosszadalmasan foglalkozik még Küstner és Sticher nagyjelentőségű vizsgálataival, a nélkül, hogy elvi ellentétek merülne fel közte s e szerzők között.

Csikó János dr.

Vautrin. L'infection colibacillaire en chirurgie abdominale. (Revue de Gynec. 1901. T. V. Nr. 6.)

Három halálos esete kapasan — melyekben makro- és mikroszkopos, valamint bakteriologai úton is tiszta Escherich-féle bacterium coli infectiot tud kimutatni — foglalkozik az e fajú, műtétek után létrejövő infectiókkal. A bakteriologiai leleteket a vena basil. vérből vett culturákkal s autopsiánál a szív vérből szerzetekből veszi. Átoltás állatokra tipikus tüneteket s halált okoz.

Ez infectiók bár igen súlyosak, nem feltétlenül halálosak is. Könnyű esetekben hőemelkedés, bélszorulás könnyű tüneteivel, béltonia, bevont nyelv, mûló ikterus jellegzik a colibacillosist, a mely „kritikus“, büzös hasmenéssel ér véget. Leírja a megbetegedés különböző formáit s symptomatológiáját; utóbbira jellegzetes: gyors hőemelkedés és szapora pulsus (38—39°, 100—120), este hőesések, majd subnormalis hőmérsék; hasi tünetek: puffadás, enyhe hasfájdalmak egyes helyeken, erős savóelválasztás (drainezett betegnél); állandó tünete továbbá a gyors meteorismus, mely olykor rendkívüli mértékű, mígnem a meginduló hasmenés megszünteti azt, sőt könnyű esetekben a megbetegedést is. Az infectionnak foka függ a bélesatornára való kiterjedettségétől. A hányás végig tart a betegség alatt s büzös is lehet. Táplálkozás nincs, még ha hányás nem is jelentkezett. A betegség 3—8. napján — mikor a hypothermia jelentkezik — megcsökken a húgy mennyisége, úgyannyira, hogy az utolsó napokon teljes anuria van jelen; mikor az oliguria kezdődik, epefesteny és geny jelenik meg a vizeletben.

Jelentkezésének idejét és tartamát illetőleg: legtöbbször lassan lép fel s fejlődik ki, súlyos esetekben 1—3 hét alatt oly intensitással képzett toxinjaival, melyeket a szervezet ily gyorsan elválasztani nem tud.

Kórbonczana: a hashártya teljesen szabad, de rendkívül súlyosak ez elváltozások a bélrendszeren. Rendkívüli belőveltség, ecchymosisok, kifehélyesedett plaques-ok, 3—5 mm. szélességben; gyomor, étesőben óriási vérbőség, suffusiók; a máj megnagyobbodott, lépén mérsékelt túltengés észlelhető. Vesékben: pyelonephritis, kérgi részletekben sorvadás, de ezen elváltozások nem állandóak. A szív különösebb elváltozásokat nem mutat, ép úgy a tüdők is mentesek mérsékelt hypostasison kívül.

Kezelése: praeventive: a beteg előkészítése szüléshez a mai modern szabályok szerint (hashajtók, hasi desinficiensek, naphthol);

a gyógykezelés a hashajtás lehető megindításában áll; a beteget az infectio alatt lehetőleg táplálni kell (peptonok, nyers hús, tojás, alcohol, izgatók, húgyhajtók); szóba jöhet physiologikus serum (konyhasós) injectiók. Az általános fertőzés alatt küzdünk tünete ellen, s tán nincs messze az idő, mikor antitoxinját ismerni fogják.

Csikó János dr.

Wernitz J.: Zur Behandlung der Sepsis. (Centralbl. f. Gyn. 1902. évi 6. sz.)

Sepsises megbetegedéseknél a konyhasós oldatok subcutan vagy intravenosus infusioja már gyakran lett ajánlva. Szerző az ily eljárásnál nem tapasztalt javulást s ennek okát a sepsisnél oly gyakori szívgyengeségnek tulajdonítja és mi a folyadék hirtelen bevitelével még jobban megnehezítjük a gyenge szív működését. Ezért ő ez eljárások helyébe a Hegar-féle beöntéseket ajánlja a következő kivitelben: Az irrigator végét végbélesővel el látva a bélbe vezetjük s az irrigatorból a folyadékot (gyenge sósoldat) lassan beeresztjük. Ha a betegnél erőltetés mutatkoznék az irrigator azonnal súlyosztjuk, miáltal a bélből a folyadék egy része visszafolyik az irrigatorba. Az irrigator emelését és súlyosztását sokáig ismételtük, hogy a folyadékot felszívódásra bírjuk. Ez igen hosszadalmas és fáradságos eljárás, mely azonban kitarással végezve szép eredménnyel kecsegtet. Egy órai munkával körülbelül $\frac{1}{2}$ –1 liter folyadék lesz resorbeálva. Ekkor a vizelet-elválasztás fokozódik, a szomjúság érzése, a nyálkashártyák szárazsága eltűnik s a beteget izzadság lepi el. Természetes, hogy a beszennyesedett konyhasó-oldatot mindenkor újjal kell kicserélnünk. Szerző így kezelt eseteit is közli.

Fleischmann Hugó dr.

Gynaekologia.

Kennauner F. u. Laméris H.: Zur Frage der erweiterten Radikaloperation des Gebärmutterkrebses. (Beiträge zur Geb. u. Gynäk. 1901. évi 1. füz.)

Az uterus abdominalis eltávolítását kapcsolatban a mirigyek extirpatiójával a gráci klinikán főleg az 1900. év óta követik; összesen 33 esetet operáltak meg ilyen módon, a melyek közül a műtéttől kifolyólag kettő (6'06%) halt meg (egyik műtéti shockban, másik peritonitisben). Sima gyógyulás csak 14 esetben volt; a complicatiók közül megemlítendő 4 esetben hasi abscessus, 3 esetben parametralis abscessus, 2 esetben a hasvarrat szétválása (a 10. napon a varratok eltávolítása után) a belek prolapsusával. Legjobban kell félni a melléksérülésektől, 8 esetben sértették meg direkt a hólyagot és 1 esetben a végelet. A mirigyek összesen 19 esetben (57'5%) voltak inficiálva, ha azonban a radicalis műtétet nem alkalmas eseteket leszámítjuk, akkor 42'4% marad fenn, míg Wertheimnél 22%. Szerző következő conclusiókat vonja le: a portio kezdődő rákjánál, míg az az ajakra szorítkozik, supravaginalis amputatiót lehet végezni, ha azonban a hüvelyboltozat is meg van támadva, akkor a vagina és parametrium is alaposan eltávolítandó; erre a legbiztosabb eljárás az abdominalis műtét, a vaginalis csak azon esetben jöhet szóba, a hol a hosszú narcosis ellenindicált. Cervix carcinománál laparotomia végzendő a mirigyek alapos eltávolításával (63'7%-ben inficiáltak). Ezen Freund-féle „tágabb körű“ operatio veszélyessége lényegesen csökkent; a mortalitás száma 6'06%, nem sokkal nagyobb mint a Wintertől vaginalis operatiókra megállapított közép-szám (5%). Melléksérülések az indicatio kiterjedt hatású volta mellett a nehéz esetekben sokszor kikerülhetetlenek, de a könnyű esetekben kisebb a veszély, mint a „klammer“ methodusnál. Az indicatio felállítását nem szabad nagyon tág körre kiterjeszteni, habár oly eseteket, a hol a parametrium részben meg van támadva, egyelőre bele lehet vonni. A behatás elbírálása csak a parametrium klinikai vizsgálatától függ, mert a mirigyek vizsgálata megbízhatatlan; az utóbbiak többnyire akkor betegszenek meg, ha már a parametriumok is meg vannak támadva. Sokszor azonban a parametriumok vizsgálata is cserben hagy, mert klinice szabadnak talált parametriumok rákosok lehetnek. A terhesség alatt és a szülés után észlelt rákoknál minden esetben a Freund-féle „tágabb körű“ operatiót kell végezni. A caneroidok meg-nagyobbodnak a kötszövetbe való folytonos növekedés útján, míg a mirigyrákok főleg a nyirkutakba való továbbvitel és burjánzás útján.

Szili Sándor dr.

Winter G.: Ueber die Principien der Carcinomstatistik. (Centralbl. f. Gyn. 1902. évi 4. sz.)

A carcinoma műtéti sikerének kiszámítására szükséges egy egységes alap. E műtétek statistikájának összeállításánál kiszámítandók: 1. A primaer eredmények, 2. a tartós eredmények, 3. az operabilitási százalék és 4. az absolut gyógyeredmények.

A primaer eredményekből nem szabad a műtét alatti haláleseteket levonni. A tartós eredmények kiszámításánál a megoperáltak számából levonandók a műtét és más megbetegedés folytán elhaltak és az elhírltek. A „palliativ“ vagy „nem teljesen“ megoperáltak nem vonhatók le. Tartós eredmény alatt 5 évi recidivamentességet követel.

Fleischmann Hugó dr.

Wertheim E.: Zur Frage der radikalen Operation des Uteruscarcinoms. (Archiv f. Gynäk. 61. 3. 1900.)

Tekintettel a méhráknak a hüvelyen át történő operatiojára kedvezőtlen eredményeire, Wertheim 2 év óta azon műtéti módszert gyakorolja, a mely a méhet a parametriumokkal s a regionalis nyirkmirigyekkel együtt a hasfal felől távolítja el. A közölt esetek száma 29, a mely anyag elégségesnek látszik ugyan arra, hogy áttekintést nyújtson a méhráknak eddig még nem eléggé méltatott kiterjedését, nemkülönben a módszernek technikáját és a javallatokat illetőleg is, de nem arra is, már az idő rövidsége miatt sem, hogy a műtét utáni tartós eredményeket belőle meg lehessen ítélni. Az esetek pontos leírása (a mit nagyban elősegít a dolgozathoz csatolt számos rajz), s a műtétek részletezése után szerző több szempontból tekinti át az anyagot. Első sorban egy oly kérdést tárgyal, a mely eddig nem volt kellőleg méltatva a méhrák klinikai megfigyelésében s gyógykezelésében, t. i. a mirigyek magatartását, a melyre nézve megfigyeléseinek eredményeit a következő pontokba foglalja össze: 1. az eseteknek nem jelentéktelen számában a rák a regionalis nyirkmirigyeket aránylag korán támadja meg; sőt 2. egészen kezdetleges méhráknál is lehetséges már, hogy a mirigyek rákosan elfajultak; 3. a nyirkmirigyeknek ezen megbetegedése számos esetben nem mutatható ki előre, annyira nem, hogy némelykor csak a góreső képes eldönteni a mirigy rákos megbetegedését; 4. a parametriumok állapota, a mint azt tapintás által képesek vagyunk megítélni, még nem jogosít fel bennünket a mirigyek állapotának megítélésére, de még arra sem, vajjon a parametriumok maguk rákosak-e, vagy nem; lehetséges ugyanis, hogy megvastagodottaknak tapintott parametriumok még rákmentesek, valamint ellenkezőleg az is, hogy az épnek tapintható parametrium már rákosan megbetegedett. Tekintettel ezekre, tisztán elméleti szempontból jogos azon követelés, hogy méhrák minden esetében, legyen az kezdődő vagy előrehaladott folyamat, a regionalis mirigyek és parametriumok is kiirtandók, s ez alapon remélhető volna, hogy ily eljárás mellett a méhrák operatív kezelésének eredményei lényegesen javuljanak. De kérdés, miképen vihető keresztül ezen elv gyakorlatilag? Bármennyire előrehaladott is a hüvelyi operálás technikája, ez úton még sem vagyunk képesek a parametriumokat tökéletesen kiirtani, a mirigyek közül pedig még a közel fekvők is csak nehezen érhetők el, nem is beszélve a távolabbiakról. Laparotomia után ellenben az egész terület jól hozzáférhető, úgy hogy a húgyvezérek és edények pontos kikészítése után a mirigyek tökéletesen kiválaszthatók, a vérzéscsillapítás kifogástalan, s végül a hüvely kiirtása is sokkal könnyebb. A hasfal felőli műtét technikája s menete következő: 1. a méhfénék megragadása és felhúzása golyófogóval; 2. a húgyvezérek felszabadítása s a hólyag leválasztása a hüvely megfelelő magasságáig; 3. a lig. rotunda, infundibulo-pelvica és sacrouterina alákötése és átmetszése; 4. az art. uterinae alákötése, a húgyvezérek kikészítése a parametriumokból s oldalra helyezése; 5. a méh, függelékeinek, a szalagoknak s parametriumoknak kimetszése, s a hüvely kikészítése (megnyitás nélkül!); 6. a mirigyek pontos megvizsgálása, miközben az edények praeparálандók; 7. a méh s függelékeinek elsülyesztése a medencze mélyébe s a hashártya pontos egyesítése az edények, húgyvezérek s az elsülyesztett méh fölött; 8. hasvarrat; 9. a hüvely kimetszése s az elsülyesztett szervek eltávolítása alulról.

W. 29 esetének közvetlen eredményei kétségkívül igen kedvezőtlenek, a mennyiben 29 műtetre jut 11 haláleset; remélhető azonban, hogy a műtéti technika tökéletesbítése által az ered-

mények is lényegesen fognak javulni, különösen, ha sikerülni fog a műtét idejét megrövidíteni. Számos tapasztalatot kell még gyűjteni különösen a mirigykiirtás kérdését illetőleg, mert nem minden esetben kell őket kiirtani, de azért mégis feltétlenül szükséges e hashártyába belemetszeni s a nagy edényeket és húgyvezéreket kiproeparálni, mert csak ez úton lehet biztos meggyőződést szerezni a mirigyek állapota felől: ha nincsenek megnagyobbodva, úgy meghagyhatók, a mi igen jelentékeny időnyereséget jelent. A mirigykiirtás érdekében végzendő edény- és húgyvezér-praeparálás egyszer-máskor nehéz szövődményekhez vezethet: a nagy edények megsértéséhez, a húgyvezér megfelelő részletének utólagos nekrosiséhez s ennek kapcsán húgyvezérhüvelypolyhoz, húgyvezérhuruthoz, sőt vesemedenczelobhoz is.

Neumann Szigfrid dr.

Emanuel R.: Ueber gleichzeitiges Vorkommen von Drüsenkrebs und Hornkrebs im Uteruskörper, zugleich ein Beitrag zur Histogenese der primären Hornkrebsse. (Zeitschrift f. Geburt. u. Gynäk. Bd. 46. H. 3. 435—457.)

Az irodalomban összesen csak 9 ilyen között eset ismeretes szerző szerint; ezek sem tiszta esetek, főleg hiányzik az átmenet az eredeti hengeres hám s újdonszerű laphám között. Készítménye 61 éves egyéntől származik, (Steffeck operáltja) s bőséges makro- és mikroszkopikus leírást ad róla és utóbbiakat szép rajzaival szemléltethetően illusztrálja. A szövési vizsgálatokból kiemeli, hogy a laphámráktömegek nemcsak izoláltak, hanem mindig a mirigyes képletek kíséretében, illetőleg közvetlen szomszédságában fordulnak elő, s arra a következtetésre jut, hogy származása a két fajta rákos elváltozásnak közös, mindkettő a mirigyek hengerhámjából indul ki. Kritikai bírálat alá veszi az ismert eseteket s ezek leírásait (Hofmeier stb.), s arra a következtetésre jut, hogy mirigy- és laphámráknak közös jelenlétében senki sem bizonyította még be, hogy e két újdonszerűség külön-külön minőségű szövési részletekből — egyrészt a mirigyek hengerhámjából, másrészt a fedőhamból — indult volna ki; saját megfigyelései s a közötti esetek átnézete ellenkezőleg azt bizonyítja, hogy mindig a mirigyszugorodás elsődleges s ennek sejtes elemei változnak át metaplasia útján laphámmá; ez azután a maga részéről laphámrákká fajul s épen úgy viselkedik, mint a canceroid. Csiky János dr.

Eszközök és gyógyszerek.

Pincus L.: Quecksilber-Luft-Kolpeurynter. — Kolpeuryntermassage. (Centralbl. f. Gynäk. 1901. évi 23. sz.)

A chronikus medenczebeli lobfolyamatok kezelésére Pincus a kolpeuryntert használja. A hüvelybe vezetett üres kolpeuryntert használja, ezt csőrendszer segítségével összeköti egy higanyval töltött második kolpeurynterrel és egy fújtató ballonnal. E készülékkel lehetséges a hüvelyben fekvő kolpeuryntert lassan, fokozatosan higanyval megtölteni, majd az ülés végén a lassan kibocsátott higany helyébe levegőt juttatni a belső kolpeurynterbe. E készülék tehát tökéletesítése a higany-kolpeurynternek: utóbbinál a higany leboesátása után a hüvelybeli nyomás hirtelen szűnik meg; a Pincus-féle higany-légkolpeurynternél a higany után bebocsátott levegő még egy ideig enyhébb nyomást fejt ki, s így itt elesik a hirtelen nyomásingadozás okozta káros fluxio.

Ugyanezen készülékkel végzi Pincus régi, de még érzékeny parametritiszes izzadmányoknál az általa először alkalmazott kolpeurynter-massagét. E célból mindkét kolpeuryntert félig levegővel tölti meg. A külső kolpeurynter nyomogatására a belső változva megfeszül és ismét elernyed s így épen olyan értelemben javítja a keringési viszonyokat, mint a bimanualis massage, a nélkül, hogy a beteg érzékiségére hatna. Adler Oszkár dr.

Baum P.: Unelastischer Metreurynter. (Centralbl. f. Gynäk. 1901. évi 38. sz.)

A legalkalmasabb metreurynter Baum szerint egy kisebb-szerű sertés-hólyag. A felfújva kiszáritott és azután sublimat-alkoholban sterilizált és conservált hólyagot egy hajlítható óncső egyik végére erősíti, míg a cső másik végére alkalmazott rövid gummicső arra szolgál, hogy a hólyag megtöltését és a folyadék elzárását megkönnyítse. Az egyszerű és olcsó műszer a Champetier-féle kolpeuryntert teljesen pótolja.

Adler Oszkár dr.

Ostertag W.: Ueber eine neue Leibbinde und deren Wirkungsweise. (Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk. 1902. XV. 1.)

Az általa szerkesztett haskötőn egy középdarabot lehet megkülönböztetni, melynek mellső része tágulékony tricottól, hátsó része feszes moleskinből áll; a vállakhoz 2 moleskinszalag, a ezombokhoz 2 patent gummicső fixálja. A tágulékony tricott, továbbá a rugalmas gummi a physiologiai mozgásokat engedi meg (lépésnél, járásnál).

Szili Sándor dr.

Grube H.: Strychnin, als Peristaltik anregendes Mittel nach gynäkologischen Operationen in der Bauchhöhle. (Centralbl. f. Gynäk. 1901. évi 25. sz.)

Mint ahogy narcosis után a bélműködést per os nyújtott szerek által elősegíteni a hányás következtében nem igen lehet, per rectum pedig esetleg csak a végbélen vagy hüvelyben végzett plastikus műtétek eredményének veszélyeztetésével, Martin A. és tanítványai, ismerve a strychninnek a bélperistaltikát elősegítő hatását, a mely az emésztő tractus betegségeinél már régóta therapeutice felhasználtatik, operáltaiknál is e szert alkalmazták a bélműködés megindítására. 35 esetben 24 órával a műtét után 3 milligramm strychninum nitricum-ot fecskendeztek az operált bőre alá; szükség esetén ez adagot még egyszer, esetleg kétszer ismételték. Csak 8 esetben — mindannyiszor morphium után — vált a strychninen kívül még bélbeöntés is szükségessé. Mint kellemetlen mellékhatást csak 5 esetben észleltek izomfájdalmakat.

Adler Oszkár dr.

Stoeckel W.: Ein sich selbst haltendes Bauchspeculum. (Centralbl. f. Gyn. 1902. évi 4. sz.) Stoeckel egy zsineggel összekötöttesbe hozott Fritsch-féle hastükört ír le. A zsineg végén súly tartja a tükröt. A mellékelt ábrák mutatják a tükrő alkalmazási módját.

Fleischmann dr.

Torggler F.: Das gespaltene Doppel-Speculum, dessen Anwendung und Werth. (Graefe's Samml. zwangl. Abhandl. IV. Bd. H. 2.)

Szerző műszere a Heitzmann-féle kettős tükrőnek és a Zepler-féle hosszanti réssel ellátott csöves tükrőnek combinatioja. A nickelinből előállított, könnyen és tökéletesen desiniciálható műszer egy hosszú, belső, csöves tükrőből áll, melynek mellső falán a tükrő egész hosszára terjedő rés fut végig. E tükrőre pontosan reállik egy külső, rövid, szintén hosszanti réssel ellátott speculum. A kettős tükröt együttesen vezeti a hüvelybe s a belsőt, miután a vele beállított portiót golyófogóval megragadta, eltávolítva a portiót a külső, rövid tükrőbe, tehát csaknem a vulvába, húzza le, lehetővé tévén ily módon a portio legpontosabb megtekintését, a méhür kezelését és kisebb műtéteknek segédlet nélkül való végzését a portión vagy a méhürben. Műszerét ez előnyöknél fogva főleg a segédlet nélkül nem rendelkező gyakorló orvosok figyelmébe ajánlja.

Adler Oszkár dr.

III. Bibliographia.

1. Magyar szakirodalom 1901-ben.

O. H. = Orvosi Hetilap. — Gy. = Gyógyászat. — Kl. F. = Klinikai Füzetek. — O. L. = Orvosok Lapja. — M. O. L. = Magyar Orvosok Lapja. — M. O. A. = Magyar Orvosi Archivum. — B. K. = Bába-Kalauz. — O. E. = Orvosegyesület. — K. O. = Közkórházi Orvostársulat. — Gyn. sz. = Gynaekologiai szakosztály.

Bácker József. Myotomia két esete. (K. O. 1901. ápr. 10.) O. H. 376. — a) Fibrosarcoma myxomatousum. b) Graviditas tubaria. (O. E. Gyn. sz. 1900. nov. 27.) O. H. 466.

— a) Terhesség és daganat. b) Rupturi uteri. (O. E. Gyn. sz. 1900. nov. 27.) O. H. 481.

Benedict Henrik. Icterus gravidarum testvéreken. (O. E. 1901. máj. 11.) O. H. 360.

Berczeller Imre. a) Fibroma és graviditas. b) Eklampsia gravidarum. c) Magas fogó esete. (O. E. Gyn. sz. 1900. ápr. 3.) O. H. 64.

Berend Miklós. Az újszülött táplálásáról. B. K. 121.

Breitenfeld Ferencz. Aplasia uteri et vaginae. Coitus per urethram. (O. E. Gyn. sz. 1900. ápr. 3.) O. H. 50.

Cholnoky Ferencz. A farfekvésről. B. K. 61.

Csikó János. Primaer tubatuberculosis operált esete. (O. E. Gyn. sz. 1900. jan. 30.) O. H. 14.

— Fibroma és graviditas esete. (O. E. Gyn. sz. 1900. márcz. 6.) O. H. 34.

Dirner Gusztáv. Terhesség uterus bicornis duplex esetében. (O. H. Gyn. sz. 1900. jan. 30.) O. H. 16.

— Embryoma ovarii. (O. E. 1901. jan. 19.) O. H. 79.

- Doktor Sándor.** Ujabb extirpációk angiotripsióval. (O. E. Gyn. sz. 1900. jan. 30.) O. H. 14.
- Violens ruptura miatt per vaginam extirpált uterus. (O. E. Gyn. sz. 1900. máj. 22.) O. H. 281.
- a) Terhesség és dermoidtömlő. b) Terhesség és echinococcustömlő. (O. E. Gyn. sz. 1900. nov. 27.) O. H. 449.
- Echinococcus a medencében. O. H. 563. 584.
- Myoma cysticum esete. (O. E. Gyn. sz. 1901. jan. 22.) O. H. 671.
- Elischer Gyula.** A heroinum alkalmazása a nőgyógyászatban. (K. O. 1901. okt. 23.) O. H. 800.
- Erdey Gyula.** Inversio uteri gyógyult esete. (O. E. Gyn. sz. 1900. jan. 30.) O. H. 15.
- Hármasszülés esete. (O. E. Gyn. sz. 1900. márcz. 6.) O. H. 34.
- Friedmann Kornél.** A gyermekágyról. B. K. 41.
- Frigyesi József.** Sarcoma lig. rotundi. (O. E. Gyn. sz. 1900. máj. 22.) O. H. 280.
- Frommer Ignác.** Súlyos appendicitis perforatioval a hólyagba. Gy. 602.
- Heim Pál.** Az anya által való szoptatásról és a tejelválasztás fokozásáról. M. O. L. 1. és 2. sz.
- Herczel Manó.** Subcutan paraffinprothesisek. (K. O. 1901. okt. 23.) O. H. 784.
- Huber Alfréd.** A syphilis és a házasság. O. L. 6.
- Kain József.** A puerperalis méh inversiója. Gy. 215.
- Kemény Gyula.** Szülészeti vizsgálat. B. K. 3. 21. 46.
- Konrád Márk.** Kystadenoma papillare ovarii. (Biharmeg. orv.-gyógy.-egylet. 1900. jun.) O. H. 497.
- Hólyaghüvelysipoly. (Biharm. orv.-gyógyász.-egylet. 1900. okt.) O. H. 514.
- Multilocularis cysta praeparatuma. (Biharm. orv.-gyógyász.-egyl. 1900. decz.) O. H. 539.
- Méhelőésés, colporrhaphia. (Biharm. orvos-gyógyász.-egyl. 1901. jan.) O. H. 546.
- A nagyváradi bábaképezde 1900-ban. (Biharm. orv.-gyógyász.-egyl. 1901. ápr.) O. H. 626.

(Folytatása következik.)

2. Külföldi szakirodalom.

(Könyvek, disszertációk, thésék.)

- Abel K.** Zur Behandlung der Uterusmyome. Berlin, 1901.
- Abel K.** Zur Frühdiagnose des Gebärmutterkrebses. Berlin, 1901.
- Arène.** De la création d'un vagin artificiel par les greffes de Thiersch. Montp., 1901.
- Armknacht W.** Zur Aetiologie der Dermoides des Eierstockes. Freiburg, 1901.
- Barbaroux A.** Des grossesses méconnues. Étude clinique et diagnostique. Montp., 1901.
- Bayone Andrea.** Manuale di medicina operatoria ostetrica con appendice sulla cloroformizzazione. Milano.
- Bauereisen A.** Die Nabelschnurstrangbehandlung der Neugeborenen. Diss. Erlangen, 1901.
- Benoit J. O.** Des parotidites consécutives à l'ovariotomie. Paris, 1902.
- Berlatzky Mlle.** Du massage en gynécologie. Paris, 1902.
- Berringer G.** Du drainage du péritoine après laparotomie pour lésions utéro-annexielles et de la péritonéoplastie pelvienne. Paris, 1901.
- Bertrand H.** Hystérectomie totale et subtotale; parallèle entre les deux méthodes. — Deux cas de transformation néoplasique sur le moignon utérin à la suite d'hystérectomie subtotale. Lyon, 1901.
- Bisch L.** La gangrène des fibromyomes utérins non pédiculés. Paris, 1902.
- Bolzani August.** Untersuchung einer grossen Dermoidcyste des Ovarium. Diss. Würzburg.
- Böhm Friedrich.** Ueber Tuberkulose der Tuben. Diss. Würzburg.
- Brunet G.** Die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen extra- u. intrauteriner Gravidität bei Hypertrophia colli uteri supravaginalis. Strassburg, 1901.
- Bumm E.** Ueber die chirurg. Behandl. des Kindbettfiebers. Halle, Marhold.
- Bunge G.** Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen ihre Kinder zu stillen. Die Ursachen dieser Unfähigkeit, die Mittel zur Verhütung. Ein Vortrag. 2. Aufl. München, E. Reinhardt.
- Calvet C.** Action de la cocaïne par voie rachidienne sur la contraction utérine. Toul., 1901.
- Cassian F.** De l'influence du diabète sucré sur l'appareil génital de la femme. Montp., 1901.
- Castorff Max.** Cystische Ovarialtumoren. Diss. Würzburg.
- Class Hugo.** 38 Fälle von Placenta praevia an der Tübinger Universitäts-Frauen-Klinik in d. Jahren 1895—1901. beobachtet. Diss. Tübingen.
- Coignerai H.** De la torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire. Paris, 1902.
- Courelaire A.** Études anatomiques sur les grossesses tubaires. Paris, Steinheil.
- Dassouville P.** Étude sur le chancre syphilitique de l'urètre chez la femme. Paris, 1901.
- Delahousse J.** De la rupture des varices vulvaires au moment de l'accouchement. Paris, 1901.
- Dorland W. Al. Newmann.** Modern Obstetrics; general and operative 2d. ed. rewritten and enl. 8^o (792 p. il.). Philadelphia, Saunders & Co.
- Döderlein A.** Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs. 5. Aufl. Leipzig, 1902.
- Drizard J.** Des grossesses multiples. Lyon, 1902.
- Dufoix A.** Les grossesses fantômes. Étude clinique et médico-légale. Montp., 1901.
- Dumas (de Lédignan).** Guide pratique de la femme enceinte. — Dupoulois M. De l'amputation du col de l'utérus exposé d'un nouveau procédé du suture. Montp., 1901.
- Dührssen A.** Geburtshilfliches Vademecum und Gynaecologie. Für Studierende und Aerzte. I. Theil. Berlin, S. Karger.
- Dührssen A.** 20 photographische Wandtafeln zur gynäkologischen Operationslehre, speciell zur konservativen Kolpo-Coeliotomie (m. aufgedr. deutsch, engl. u. französ. Erklärungen nebst erläut. (deutsch u. engl.) Text). Nach Operationen an den Lebenden aufgenommen v. E. Zeile. Berlin, Karger.

Dünwald B. Ein Fall von Dermoidcyste ausgehend von Ligamentum latum. Diss. München, 1901.

Ehrenfreund Fr. Die vaginale Entfernung der Uterus-Adnexa. 1. Vaginale Entfernung der erkrankten Adnexe allein. 2. Vaginale Entfernung der eiterigen Adnexe und des Uterus mit und ohne Spaltung desselben. Halle, 1901.

Faure J. L. Chirurgie des annexes de l'utérus. Paris, Doin.

Fischer-Dückelmann Anna. Das Geschlechtsleben des Weibes. Eine physiologisch-soziale Studie mit ärztlichen Rathschlägen. 8. Auflage. H. Bermühler.

Fleischmann F. Ein Beitrag zur Therapie bei Placenta praevia. Diss. Kiel.

Forestier J. De l'antéflexion congénitale de l'utérus. Son traitement par la dilatation et le curettage. Paris, 1901.

Frangopoulos P. De la rétention dans l'utérus de la tête venant dernière. Lyon, 1901.

Frankenstein K. Zum Bau der normalen Uterus-Schleimhaut. Diss. München, 1900.

(Folytatása következik.)

Congressus.

A IV. nemzetközi gynaekologiai congressust, mint az „Orvosi Hetilap“ t. olvasói már értesültek, ez évi szeptember hó 15—21-dikéig fogják megtartani Rómában. A congressus iránt, a melyen különben első ízben szerepel Magyarország külön, mint önálló állam s nem mint „Austrie“ vagy „Austrie-Hongrie“, nagy érdeklődés mutatkozik nemcsak külföldön, hanem nálunk is. A congressus prospektusát a magyarországi titkár már szétküldte a hazai gynaekologusoknak s szívesen szolgál olyannal más érdeklődő orvosoknak is. Mint Pestalozza tanár főtitkártól értesülünk, a végrehajtó bizottság Kézmarszky Tivadar és Tauffer Vilmos tanárokat Magyarország részére tiszteletbeli elnököknek választotta. A congressus védnökségét az olasz király maga vállalta el, a mi annak leghathatósabb támogatást biztosítja az olasz kormány részéről, a melynek külügyministere a többi országok kormányait is külön képviselők kiküldésére felkéri. Az olasz vasutak „jelentékeny kedvezményben fogják részesíteni“ a congressus résztvevőit; talán sikerülni fog a magyar vasutakon is ilyen kieszeközölni. La Torre tanár, pénztáros, lemondott állásáról s helyébe Dott. C. Michelit (Roma, Via Rozella 127) választották; a részesedésért járó díj (tag 25 koronát, hozzátartozója 10 koronát fizet) vagy ide, vagy még czélszerűbben Temesváry Rezső dr.-hoz (VII., Erzsébet-körút 32) küldendő, a kinél az esetleg tartandó előadás címe is minél előbb bejelentendő. A congressus napirendjére kitűzött s referensek által bevezetendő tárgyak a következők:

1. a terhesség művi megszakításának orvosi javalatai;
2. a méh kiirtása gyermekágyi fertőzés esetében;
3. a női genitáliák tuberculosisa;
4. a méhrák sebészi kezelése.

Referensi tisztségre eddig többek között vállalkoztak Simpson, Pinard, Schauta. A végrehajtó bizottság tagjai Pasquali, Morisani, Mangiagalli, Pestalozza, Calderini, Truzzi, Guzzoni degli Ancavani és Negri tanárok.

Hivatalos nyelv az olaszon kívül a francia, angol, német és spanyol.

Vegyesek.

— A „Gynaekologia“ évenként egyelőre 6-szor jelenik meg mintegy 2—2 ívnyi terjedelemben és pedig a páros hónapok végén; jelen első számunk (3 ívnyi terjedelemben) a kezdet nehézségei miatt egy hóval később jelent meg; a legközelebbi számot azonban, a tervezetnek megfelelőleg, április végén adjuk ki.

— **Herff Ottó** baseli tanárt a nemrég elhunyt **Löhlein** helyébe Giessenbe hívták meg rendes tanárnak.

— **Schmitt Heinrich**, Schauta assistense, a linzi bábaiskola tanárává neveztetett ki **Piskacek** helyére, a ki tudvalevőleg a múlt évben **Braun** Gusztáv helyét foglalta el a bécsi bábaintézetben.

— **Mikucki Ladislaus** a szarajevói bosznia-hercegovinai országos kórház szülészeti osztálya főorvosává neveztek ki a múlt évben elhunyt **Weisz Ottó** utódjául.

— **Sellheim Hugót**, a szülészeti és gynaekologia magántanárát, Freiburg i. Br.-ban rendkívüli tanárrá neveztek ki ugyanott.

— **Pitha Wenzelt** a prágai cseh egyetemen és **Opitz Erichet**, Olshausen assistensét, a berlini egyetemen a szülészettől és gynaekológiából magántanárokká képesítették.

— **Pinzani E.-t**, a szülészeti klinika rendkívüli tanárát, Pisában ugyanott rendes tanárrá neveztek ki.

— **Winternitz Eugen**, a tübingi egyetem rk. tanára és a szülészeti klinikának évek óta assistense, Stuttgartban telepedik le mint nőorvos.

— A bécsi izr. hitközség kórházának gynaekologiai és sebészeti (Rothschild-) pavillonját január hó 11-dikén ünnepélyesen megnyitották; a gynaekologiai osztály vezetője **Fleischmann Karl**.

— **Stettinben** „Pommer'sche Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie“ czím alatt gynaekologiai társulat alakult meg február hó 9-dikén 22 szakember jelenlétében. Elnökül **Martin August** tanárt (Greifswald) és **Bauer** egészségügyi tanácsost (Stettin) választották meg. Az egyesület egyelőre évenként 4-szer (2-szer Greifswaldban és 1-szer Stettinben) fog ülésezni.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

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

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

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

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Pándy Kálmán: Közlemény a m. kir. tud.-egyetem II. sz. belkóródájáról. (Igazgató: Kétly Károly ny. r. tanár.) A tabes dorsalis keletkezése. 219. lap.

Klug Nándor: Az enzimekről. 221. lap.

Csillag Jakab: Közlemény a székesfevárosi szt. István-kórház bőrbeteg és buja-kóros osztályáról. (Főorvos: Róna Sámuel tanár.) Az eczema kérdéséhez. 223. lap.

Tárca. Vámosy István: Raymann János Ádám (1690—1770) és a védőhimlő-oltás. 225. lap.

Közegészségügy. Társadalmi muzeumi gyűjtemény egybeállítás iránti körrendelet. 226. lap. — Munkások és fiatal munkások foglalkozása motorüzemi katáng-gyárakban és a katáng gyártására szolgáló műhelyekben. 226. lap.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Reuter Camillo: Az elme-kórtan haladása. 226. lap. — Könyvismertetés. Szilárd Ármán: A deduktív lélektan alapvonalai. 227. lap. — Lapszemle. Sebész. Lorenz: A rosszindulatú végbéldaganatok gyökeres műtévéseinek eredményei. (Milkó Vilmos.) — Bruns: A heregümőkör-

nál végzett castratio végleges eredményei. (Milkó Vilmos.) — Orr, torok- és gégebetegsége. Lubet-Barbon: A gégeben fellépő heveny oedema és tályog. (Tóvölgyi Elemér.) — Baumgarten E.: A légző gümőkórjának egy halálosan végződő esete. (Tóvölgyi Elemér.) — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. A Zambelletti-féle oldható vasarseniát. — Schuster: Eclampsia neonatorum. — Folyóiratok átnézete. 229—230. lap.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — Végh János. — Győry Tibor. — Kitüntetés. — Pályadíjnyertesek. — A kórházi főorvosok fizetése. — Dr. Aigner Imre. — Elmeegógyintézet Balassa-Gyarmaton. — Elhunytak. — Herczel dr. — Röntgen-laboratórium. — Szt.-Lukácsfürdő. — Krondorf. 230. lap. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek. A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat 1902. márczius hó 24-dikén tartott évi közgyűlése. 231. lap. — Budapesti kir. orvosegyesület. 232. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

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

A tabes dorsalis keletkezése.¹

Irta: Pándy Kálmán dr. kórházi főorvos B.-Gyulán.

1892/93-ban az egyetemi elme- és idegkórtani klinikán kísérletes idegkórtani tanulmányokkal foglalkoztam. Idült mérgezések útján idegbetegségeket akartam állatoknál előidézni, hogy a halál után ezen tünetek organikus okait is kereshessem. Ezen vizsgálódások közben — melyekről más helyütt már beszámoltam² — egy rendkívül meglepő elváltozásra akadtam, t. i. a gerincevelő hátulsó köteleinek elfajulására házi nyulak idült nicotin-mérgezésének két esetében. Ez képezvén további tanulmányaim kiindulási pontját, az eset leírását idecsatolom: „Müller-féle folyadékból kivéve, minden festés nélkül, a gerincevelődarab metszési felülete ékalakú halványabb csíkot mutat a hátulsó kötélben, mely csík a peripheriától a canalis centralis felé terjed s az egész háti velőben összefüggőleg megvan. Carminnal festett metszeteken e hely lokalizált degeneratioja jól látható. A lumbalis részben a septum posticum két oldalán a canalis centralistól hátrafelé a szarvak szögletén át húzott vonalig terjed a degenerált rész. A dorsalis velőben ugyanez mindig a rajzon hűen visszaadott képet mutatja; a degenerált rész a septum posticum két oldalán symmetriásan a can. centr. felé megkeskenyül, azt nem éri el, hátrafelé fordított ékalakban a peripheriáig terjed s magasabb helyeken széleivel mindjobban eléri a szarvak csúcsát.”

¹ A M. T. Akadémia III. osztályának 1901. június 17-diki ülésén bemutatta Kétly Károly I. tag.

² Pándy dr. Az idegrendszer elváltozása idült brom, cocain, nicotin és antipyrin-mérgezésnél. Magyar orv. archívum II. évf. 5. f.

„A degenerált helyen a velős hüvelyek határa elmosódott (carmin festés), a tengelyfonal halvány, szemcsésen széthullt. Egyes rostok helyén világos ürré marad, azért a köteg itt átlátszótlannak látszik. A glia septumok rendje nélkül szövődik át, ezek szokott elrendeződése megszűnt, egyes velőshüvelyek peripheriájukon egymással összeolvadtak. Legkifejezettebb az elváltozás a szélek felé, oldalt elkeskenyedve a Burdach köteg mögé a hátulsó szarvak csúcsáig terjed. A commissura posterior felé az ék majdnem egyenmő szemcsés tömeget képez, a rostoknak halvány körvonalait mutatva csak, itt sok üres hézag keletkezett s a glia erősebben felszaporodott.”

„Hosszmetszeteken látni, hogy a megvastagodott tengelyfonalak igen kanyargósak, lefutásukban hirtelen átmérőjük $\frac{3}{4}$ -szerecsére megnagyobbodnak.”

„Weigert-festéssel az elváltozások alig voltak láthatók. A hátulsó köteleknek ezen degeneratioját akként magyaráztam, hogy a mérgezés által egészben megzavart táplálkozású idegrendszernek egyes anyagcsereváltozások iránt specialisan érzékeny helyei az általános degeneratio keretén belül is jobban elfajulnak, s minden jel arra mutat, hogy éppen a hátulsó kötelek ilyen anyagcsereváltozások iránt különösen érzékenyek. (A hátulsó köteleknek lueses, ergotinos, pellagrás, ólmos, alkoholos, arsenes (?), diphtheritises stb. elfajulása.)

Könnyen érthető, hogy a nicotinos nyulaknál talált ezen hátsó kötél-degeneratio figyelmemet nagyfokban lekötötte, különösen pedig fokozta érdeklődésemet az, hogy Strümpell ismert belgyógyászati tankönyvében nicotin-tabes név alatt két esetet ír le, melyeknél a tabeses tünetek előidéző okául chronikus nicotin-mérgezést vett fel. Mindez kísérleteim folytatására ösztönözött s 1893—1894-ben Kétly tanár úr klinikáján az ő jóakarató buzditása s érdeklődése mellett azokhoz hozzá is kezdtem. Hogy minél tágabb kísérleti térben tájékozódjam, nem csak több egyes méreggel iparkodtam az állatok idegrendszerében beteges anyagcsere-

viszonyokat létesíteni, hanem egyszerre több mérget kombináltan is alkalmaztam. (Úgy mint ezt embernél is komplikált aetiologiájú idegbajoknál látjuk, pl. alkohol + lues, alkohol + nicotin, alkohol + ólom, alkohol + kénese, vagy a lues bármely más méreggel kapcsolatban.) Így nicotin + pálinka, nicotin + cocain, nicotin + ergotin, ergotin + cocainnal csináltam a mérgezéseket, pontosan feljegyezve az észlelt tüneteket, s post mortem az összes igénybevehető módszerekkel feldolgozva az állatok egész peripheriás s centralis idegrendszerét. E munka azonban csak egy máig is át nem tanulmányozott s a jövőben is alig értékesíthető anyag birtokába juttatott, mert külföldi tanulmányutam, assistensi elfoglaltságom, majd a vidéki orvosnak tudományművelésre nem alkalmas viszonyai munkásságomat teljesen más irányba terelték. Annyit azonban a gyűjtött anyag makroszkopikus vizsgálatából is konstatáltam, hogy a fentebb leírt hátulsó kötél degeneratio bár elmosódott, halványabb alakban itt-ott megjelent, de oly élénken, mint első s az akkor közölt rajzon is feltüntetett esetben, többé nem jelentkezett. (Megjegyzem, hogy az egyszerű nicotin, cocain, ergotin, pálinka-mérgezésekre 5-5, a kombinált mérgezésekre pedig 1-1 állatot használtam fel.) Ujra kezdenem a kísérleteket, keresnem a hibaforrás okát alkalmam nem volt.¹

Kísérleteimmel egyidejűleg, különösen mikor ergotinnal csak két kísérleti állatnál tudtam börgangraenákat létrehozni, de sem az idegrendszerben, sem a szemtükri vizsgálatoknál, a melyekben Szili, Goldzieher s Grósz E. tanár urak is segítségemre voltak, az erek elfajulását nem létesíthettem, azon gondolatra jöttem, hogy az erek ilyen általános okból eredő degeneratióját az emberi pathológiában keressem s az idegrendszer elváltozásait is itt kutassam. Súlyos arteriosclerosisokra gondoltam, hol a test összes, s így remélhetőleg az idegrendszer erei is degenerálnak s a körülöttük levő szövetek táplálkozását zavarják. A véletlen segítségemre jött, mert pár hónap alatt négy beteg halt el a klinikán, kik valamennyien súlyos arteriosclerosisban szenvedtek. Müller-féle folyadékban keményítve ezek idegrendszerét, 4-5 hét múlva megselepeztél láttam, hogy a nyers gerincvelő metszési lapján, épen úgy, mint ezt az első nicotinos nyulaknál láttam, a hátulsó, különösen pedig a Goll-féle kötelek a szürke állománynyal egyformán halványan színeződnek s élesen elütnek a gerincvelő többi, a chromsavas só által sötét barnászöldre festett rost kötegeitől. A nyaki gerincvelőben ugyanaz volt a kép, mint a melyet előrehaladt lumbalis tabes vagy felhágó másodlagos degeneratiós, chromsavasságban keményített velőkön látunk; jól látható volt a degeneratio a háti s lumbalis velőben is, de már az alsó nyaki velőtől kezdve mindinkább a Schultze-féle comma tájára került, majd a hátsó szarvak mellé s végül diffusan az egész hátulsó kötélben elmosódott. A cervicalis velő alsó részeiben az elváltozás ék alakú, előfelé hirtelen bunkószerűleg megvastagodó csíkot képez, úgy a mint ezt tabes-eseteknél is néha látjuk s teljesen megfelel azon képnek, melyet Minnich²⁴ hydropikus degenerált gerincvelő cervicalis részéről rajzol. (Redlich a Jahrbücher für Psychiatrie XI. k. II. tábláján F. V. c. 5. alatt valóságos tabesnél ugyanilyen képet közöl.) Ismétlem, hogy ezen a nyers makroszkopikus gerincvelődarabokon látható kép a tabes-degeneratiótól alig vagy egyáltalán nem különböztethető meg, a mikroszkopos vizsgálat azonban teljesen elütő eredményekre vezet.

Látni fogjuk, hogy ezen készítmények áttanulmányozása, míg a hátsó kötelek anyagcserezavarainak állandóan bizonyos praedilectiós helyeken való lokalizálódását bizonyítja, mely minden mérgezésre s minden anyagcserezavarra áll s így nemcsak a tabest, hanem az összes hátulsó kötéldegeneratiót magyarázza, mégis semmi támpontot nem nyújt ahhoz, hogy a tabes hátulsó kötélsorvadás érelfajulás következménye, sőt épen ennek az ellenkezőjét bizonyítja határozottan.

Mielőtt azonban gondolatkötesemet tovább vinném, leírom a gerincvelőnek fentjelzett arteriosclerotikus degeneratióját, valamint azon elváltozásokat is, melyeket a gerincvelő más általános

vérkeringési bajainál találtam, s melyek tudtommal eddig leírva nem lettek.

Röviden közlöm az eseteket:

I. G. M. 68 éves mészáros, somnolens állapotban jutott a klinikára, gerincvelőbaj tüneteit nem mutatta.

Bonczolás eredménye:¹ *Endoarteritis chronica deformans az egész verőeres rendszerben a legkiterjedtebb elmeszesedésekkel*, az aorta összes szakaszai tágult rigid csővé alakultak, következményes bal szívtúltengés, a koszorús verőerek főképp bal oldalt elmeszesedése, néhány heges, myocarditises csik a bal szemölcsizomban, nagyfokú tüdővízenyő, idült gyomorhurut, nephritis interstitialis peripherica, a máj barna sorvadása, induratio cyanotica renum.

Koponyatető a durával összenőtt, tömött, sorvadott, dura megvastagodott, felszínén, különösen jobb oldalt és a scala mediában pókhálószerűleg szakadékos, erősen edényezett és apró vérömlenyekkel áthatott, levonható kötőszöveti felrakódásokkal. Lágyburkok tejszerűen megvastagodottak, homlokkaréyak igen nedvdúsak, vívőerek teltek, lágyburkok könnyen levonhatók. Homlokleány gyrusai feltűnően keskenyek, kaesos lefutásúak, a velőlecek behúzódtak. Az agyalapi verőereken, a carotisok főtörzsén, a bal vertebralison s a bal art. fossae Sylviin számos kénysárga, átlátszatlan, lencsényi megvastagodás. Ezek felfújhatók, ürterük szabad. Oldalgomrocok mérsékelten tágultak, ürükben körülbelül 35 gramm tiszta savó. Ependyma kissé vastag, látótelepek igen finoman szemcsézettek, agy vérszegény, nedvdús, valamivel lágyabb.

II. eset. W. L.-né, 53 éves, 1892 óta beteg, 1894. március 16.-án halt meg, idegrendszeri bajra utaló tüneteket nála nem észleltünk, pár nappal halála előtt félrebeszél.

Bonczolás. *Aneurysma cylindricum semiperiphericum parietis anterioris arcus aortae, dilatatio aortae ascendens, endoarteritis chronica deformans, partim petrificata affectu cum hypertrophica dilatativa ventriculi cordis utriusque et degeneratione adiposa myocardii subsequente; induratio brunea pulmonum, cyanotica lienis, hydrops ascites extr. infer. Aneurysma parietale chronicum cordis magnitudine nucem juglandem aequans, hypoplasia renis dextri, arteriosclerosis renum.*

Az idegrendszer makroszkopos viszonyairól adataim nincsenek.

III. eset. V. S.-né, 44 éves, 4 év óta beteg, meghalt 1894. április 16.-dikan. Halála előtt pár nappal soporosus volt, más ideges tünetet körtörténete nem említ.

Bonczolás. *Insufficiencia valvularum senilunarium aortae subsequente hypertrophica dilatativa maioris gradus ventriculi cordis utriusque; infarctus haemorrhagicus in lobo sup. pulmonis dextri et sinistri magnitudine usque pugnum virile aequans, induratio brunea pulmonum et cyanosis hepatis et lienis, deg. adiposa musculorum cordis, endoarteritis chronica deformans arteriarum summarum, degeneratio parenchymatosa renum.*

Az idegrendszer makroszkopos elváltozásáról adataim hiányzanak.

IV. eset. A. L.-né, 42 éves, napszámosné, 4 hó óta beteg, meghalt 1894. május 18.-dikan. Kisugárzó fájdalmak voltak a hátában, melyekhez fejfájás és tagszaggatások csatlakoztak, testének minden része fájt, ha érintették. Az utóbbi időkben néha órászámra elveszítette eszméletét. Klinikai diagnózis: *Insufficiencia valv. semil. aortae, endoarteritis.* Bonczolásáról adataim hiányzanak.

V. eset. Ezt s más két esetet endoarteritis chronica diagnosissal, de minden további adat nélkül kaptam. A VI. eset 31 éves férfitől származott s ez annyiban érdekes, mert bizonyítja, hogy a degenerációk nem a seniumtól, hanem az arteriosclerosistól függenek.²

A fentebb jelzett hátulsó kötéldegeneratiót mind a hét esetben többé-kevésbé kifejezetten megtaláltam, jellemzőnek látszik ezenkívül e gerincvelőkre a *septumok megvastagodása*, mely histologiai vizsgálattal is kimutatható, de en bloc darabok metszési lapján is jól szembetűnik.

Ezen elváltozásokat a makroszkopos kép után, a finomabb szövettani vizsgálat előtt könnyen érthetőleg az érelfajulásnak tulajdonítottam, hogy azonban ezt eldönthessem s az összehasonlításra anyagot nyerjek, más vérkeringési s egyéb bajban elhaltak gerincvelőit is vizsgálat alá vettem. Összehasonlításra kínálkozott egy a klinikán *kéthegegy billentyűelégtelenség* folytán elhalt (38 éves) nőbeteg gerinczeleje (VIII.), kinél sem in vivo, sem post mortem arteriosclerosis nyomát nem találtuk, ellenben kinél halál előtt öt nappal valószínűleg agyanaemiához, illetőleg agyoedemához társult deliriumos állapot volt jelen. Vizsgáltam ezenkívül (IX.) egy 42 és (X.) egy 58 éves, szintén *kéthegegy billentyűelégtelenségben* elhalt beteg gerinczelejét. Ezen három eset közül az elsőben (VIII.) a hátulsó kötelek épek voltak, illetve igen csekély mikroszkopos degeneratiót találtam csak, míg a IX. esetben ép oly ki-

¹ A negatív eredmény azonban nem ok arra, hogy akár első 2 esetem objectív voltában kételkedjünk, akár a kísérletek tovább folytatásáról lemondjunk, hiszen az alkohol is csak 1000 eset közül egyszer vagy még ritkábban okoz hátulsó kötéldegeneratiót, a lues is 1000 fertőzés közül csak néhányszor eredményez tabest s ez áll többé-kevésbé az anaemia perniciosara s a hydropikus degeneratióra is.

² Ezen adatokat Pertik tanár úr szíveségének köszönhetem.

² Sander a német orvosok és természetvizsgálók baseli nagygyűlésén 1899-ben a gerincvelő senilis degeneratioival kapcsolatban a gerincvelő arteriosclerotikus degeneratiót is leírta, ezen adatokat azonban a rövid autoreferatumban nyomán nem értékesíthetem. (Neurolog. Centralbl. 1899.)

fejezett volt az, mint súlyos arteriosclerosisnál, a X. esetben a degeneratio szintén a makroszkopos képen is jól kifejezett volt.

Megbizonyosodván ezen esetekből arról, hogy a hátulsó kötelek degeneratioja nem érelfajulás következménye, hanem általános vérkeringési, illetve táplálkozási zavar által van előidézve, ugyanezen elváltozást más anyagcsere-zavaroknál is kerestem. Így vizsgáltam (XI.) *pneumonia catarrhalis*, (XII.) 64 éves, *tuberculosis pulmonum*-ban elhalt férfi, (XIII.) *diabetes* és (XIV.) *phthisis pulmonum* egy-egy esetét. A két előbbi, főképp pedig a XII. sz. esetben a hátulsó kötelek degeneratioja igen szépen látszott (sőt Weigert szerint festve is jól szembevetünk egy degenerált csik a cervicalis velő Goll-kötegében a septum p. két oldalán), a XIII. és XIV. esetben azonban a degeneratio hiányzott. *Pseudotabes*³³ (XV.) egy esetében is csak a dorsalis velőben látszott a hátulsó kötelek in toto halványabb festődése, a nélkül, hogy a mikroszkopos kép eléggé kifejezett hydropikus degeneratiót mutatott volna.

Nagyítóval való vizsgálatnál minden makroszkoposan is elváltozottak talált gerincezvelekre jellemző az, hogy a tengelyfonál egyszer finom törmelék, máskor durvább szemcsék alakjában szétesik s a rostok legnagyobb részéből elvész. A velőshüvely duzzadt szép kerek alakját elveszti, *Rosin*-methodussal halvány szennyeskékre vagy lilára festődik, carminnal szennyes rózsaszínű lesz, sok helyütt teljesen eltűnik s helyét szemcsés törmelék vagy egynemű plasmikus exsudatum foglalja el. Igen jellemző, hogy a kötegek normális állapotban szép hálózatos structurája, melyet az egymás mellé sorakozott gliafonalak, póksejtgyűjtvények s apró septumok által elválasztott napalakok, illetve velőrostok alkotnak, eltűnik; ezen szép rajzolat helyét, mint fentebb mondtuk, összeolvadó, szemcsés törmelékekkel telt plasmikus tömeg foglalja el, melyben csak helyenként találunk ép idegrostot, pár póksejtet s véreteret. Kevésbé előrehaladt esetekben a gliafonadék s a septumok hálózata megvan, csupán egyes helyeken, a hátulsó kötelek peripheriáján, a Schultze-féle comma helyén s a septum posticummal párhuzamosan, attól ép rostok által elválasztva, találunk egyes vagy kisebb-nagyobb csoportokat képező degenerált rostokat.

Mindezen elváltozások kétségtelenül azonosak vagy legalább is közeli viszonyban vannak azokkal, melyeket tudtommal legelőbb *Minnich* essentialis anaemia 3 esetében, 3 chronikus icterusnál, egy leukaemiánál s egy agytumor folytán elhalt egyénnél 1893-ban leírt s melyeket én ugyanazon évben *Minnich* közléséről semmit sem tudva, nicotinnal mérgezett házinyulaknál leírtam s melyeket már fentebb megemlítettem. *Minnich* említi, hogy hasonló elváltozásokat írtak le *Tizzoni* (3 házinyulánál és 1 kutyánál) mellékvese kiirtás után, *Babes* és *Kalindero* Addison-féle kórnál. Nem dönthettem el a leírásból, vajjon a *Lubarsch* által leírt elváltozások carcinomás betegek gerincezveleiben szintén idetartoznak-e, ámbar ezt valószínűnek tartom. Valamint valószínűleg idetartoznak a *W. Miller* és *Nonne* által leukaemiánál, *Sandmayer*, *Williamson* s mások által diabetes mellitusnál, *Fürstner*, *Edinger* és *Helbing* által rotatio gépen s túlfárasztás által kimerített állatoknál leírt hátulsó kötél-degeneratiók, melyekre mindannyira jellemző az, hogy a degeneratio *Weigert* szerint haematoxylinnal festve alig szembevetendő vagy egyáltalán nem mutatható ki, míg a chromsavas sókban¹ s tengelyfonal festéseknél az elváltozások igen jól láthatók.

Ugyanezen elváltozást írta le *Petrén*^{36, 38} *tuberculosis pulmonum* egy esetében s májtályognál, valamint kezdődő tabesnél, továbbá *Schaffer* (I. 46.) paralysis progressivában elhalt egyénnél. *Schaffer* az általa leírt esetet kezdődő tabesnek fogja fel, holott már *Minnich* figyelmeztet arra, hogy ő kezdődő tabes egy esetét hydropikus degeneratioval kombináltan találta. *Petrén* *Schaffer* esetét, nézetem szerint joggal, hydropikus degeneratióknak fogja fel, míg *Schaffer*⁴⁷ meglehetősen éleshangú válaszában előbb kifejezett felfogásához ragaszkodik.²

¹ Megbetegedett gerincezvelekről sajátos magatartását chromsavas sókkal szemkötött már *Tietzen*⁵⁵ említi, úgyszintén *Gowers*¹¹ (A beteg fehér állomány a szürke szarvakkal egyöntetűen színeződik.)

² *Petrén* a „Nordiskt medicinskt Arkiv” 1901. 14-ben reflectál *Schaffer* megjegyzéseire s természetesen megmarad első kijelentése mellett.

Nézetem szerint az itt felmerülő kérdések elbírálásánál a következőket kell figyelembe vennünk:

1. Különbözik-e a hydropikus degeneratio topographiai elhelyeződését illetőleg s más viszonyokra való tekintettel is qualitative a tabeses degeneratiótól, vagy csupán a gerincezvele egy bizonyos rostosortjának illetve topographiai helyének — mely minden anyagcsere-elváltozás iránt különösen érzékeny — enyhébb megbetegedése. Nem lehet-e azt állitanunk, hogy ezen specialisan érzékeny terület legenyhébben a hydropikus degeneratió, leg-súlyosabban a tabesnél s az azzal rokon *Friedreich*-féle betegség-nél változik el?

2. Ha qualitativ illetőleg localisatiós különbség nincsen, milyen fokú s milyen értékű a hydropikus s tabeses degeneratio közti quantitativ különbség.

Jellemzőnek látszik a hydropikus degeneratióra úgy saját vizsgálataim, mint más szerzők leírása nyomán is, hogy a diffuse elmosódottan, vagy néha a velőfejlődési schemát utánozva kezdődik a sacralis s lumbalis velőben a hátulsó kötelek septomarginalis részét foglalva el, majd, különösen a felső háti s alsó nyaki velőben a Burdach-féle köteg medialis része, illetve a Goll és Burdach köteg határterületébe kerül; a felső cervicalis velőben jól kifejezett esetekben élénken szembevetendő, a másodlagos degeneratiót utánzó képet ad. A Lissauer-féle zónában az esetek legnagyobb száma úgy szabad szemmel, mint nagyobbítóval nézve degeneratiót mutat. Gyakori a degeneratió a szarvak csúcsán túl az oldalkötélbe való folytatódása, mely peripheriás széldegeneratio (*Randdegeneratio*) alakjában egészen a mellső septumig terjedhet. Egyes esetekben a *Gowers*-féle nyáláb helyén félholdalakú degeneratiót látunk, máskor az oldalsó pyramispályák is elfajultak.

(Folytatása következik.)

Az enzimekről.

Klug Nándor tanártól.

(Folytatás.)

2. Fehérjéket hasító enzimek.

A proteolysises enzimek a fehérjéket, nuclealbuminokat, collagent, enyvet, chondrogent, chondrint, elastint, haemoglobint, vízfelvétel mellett egyszerűbb összetételű nitrogéntartalmú vegyületekké hasítják; ellenben nem emésztik a fehérje származékos vegyületek közül a mucint, a keratint és a hyalinnemű anyagok közé tartozó chitint. A mint a keményítő, mint polysaccharid, a változások során keresztül megy, míg végül mint monosaccharid kerül a szervezetbe, úgy hasadnak a fehérjék is, a proteolysises enzimek behatása alatt, mind egyszerűbb összetételű fehérjékké, melyeket propeptonoknak vagy albumosoknak neveznek s lesznek végül a monosaccharideknek megfelelőleg peptonokká. Sőt némelyik enzim, így nevezetesen a trypsin befolyása alatt a fehérje változása ennél tovább megy és a peptonokból egyszerűbb vegyületek egész sora keletkezik, melyek mind arról tesznek tanúságot, hogy a fehérjemolecula mennyire összetett test. Az enzimek, melyek az ember béltractusában a fehérjék emésztődését eszközlik: a *pepsin* és a *trypsin*.

Pepsin-nek nevezik *Schwann* óta a gyomornedv fehérje-emésztő enzimjét. Legjellemzőbb a pepsinre nézve az, hogy egyedül savak jelenlétében képes emészteni. Előállítására vagy magát a gyomornedvet, vagy a gyomornyálkahártya vizes kivonatát használják. Ezekből a pepsint többféleképen lehet kiválasztani. Magam, *Kühne* eljárásának némi módosításával, úgy járok el,¹ hogy ajóllemosott gyomornyálkahártyát, lefejtése után, húsőrlelővel összeaprítom és azután kétszer annyi 0.5%-os sósavat tartalmazó vízben 40 C°-on állandóan melegen tartott emésztőkemenczébe teszem. A rothadás meggátlására finom porrá tört thymolt, egy grammot egy kilogramm anyagra, keverek a tömeg közé. Tíz napig a thermostatban időzése után leszűrve a folyadékot a nyálkahártya maradékáról, mintegy 21 napig tartom még az emésztőkemenczében. Ennyi idő alatt a nyálkahártyából feloldódott fehérje, collagen és elastin mind peptonná lesz. Átszűrve a lehűlt folyadékot, a szüredéket ugyanezen a thermostatban telítem ammon-

¹ Klug. Matematikai és természettudományi értesítő. 13. kötet, 56. l. 1895.

sulfattal, mire a pepsin mint tömör, ammoniumsulfat-oldatban oldhatatlan anyag kiválik, holott a pepton az oldatban visszamarad. A szűrőpapíron összegyűjtött pepsint felületesen csak vízzel, majd jól s ismételt alkohollal mosom s ezután szárazon elteszem; a víz tudniillik az ammoniumsulfatot igen jól oldja, míg a nehezebben oldódó pepsinből csak igen kevés megy veszendőbe. Minthogy pedig az előállított pepsin között kevés ammoniumsulfat még keverve marad, az ammoniumsulfat pedig már ilyen kis mennyiségben is a pepsinhatás kárára van, ezen okból használat előtt a pepsint dialysisnek teszem ki; 12—24 óra alatt a dialysisre alkalmatlan pepsin megtisztul az ammoniumsulfattól.

Az így előállított pepsin fehér, alaktalan por, mely vízben, híg savakban és sóoldatokban épen úgy, mint vizes glicerinnel is könnyen oldódik, alkáliák, pl. oldatának 0.5%-os szódatartalma, már elpusztítja. Emésztőképességét többféleképpen határozzák meg. Legegyszerűbben úgy, hogy a gyomornedvbe lemért súlyú főtt tojásfehérjét adnak s megállapítják az oldatba ment fehérje mennyiségét. Ez csak hozzávetőleges meghatározást enged meg, pontos eredményt ad a nedv nitrogéntartalmának meghatározása kísérlet előtt és után; e végből a nedvet előbb fel kell forralni és átszűrni, hogy az esetleg oldott albumintól megtisztuljon. A nitrogénmeghatározás igen pontos eljárás, azonban sokáig tart. Ennél sokkal gyorsabban célhoz vezető az általam követett photometrikus eljárás,¹ midőn a biuretreactio által kapott ibolyaszínű folyadék fényelnyelőképessége szolgál az oldott fehérje mennyiségének meghatározására. Ez eljárás segédelmével igen könnyű a különböző emésztéstermékek mennyiségét külön-külön is meghatározni. Az emésztetet felforraljuk, átszűrjük és ennek egy részében határozzuk meg összes fehérjetartalmát, egy másik részt közömbösítés után forralunk fel s átszűrés után ugyanúgy járunk el vele, végül egy harmadik részben ammoniumsulfattal telítés és átszűrés után határozzuk meg a pepton tartalmát. Az adatokból tehát a syntonin, propepton és a pepton mennyiségét egyenként lehet meg tudni.

Az így tett vizsgálatok mindenekelőtt arról adnak tanúságot, hogy a pepsin-oldat magában nem emészt fehérjéket, azok legfeljebb feloldódnak benne, ha általában vízben oldhatók, mert a pepsin csupán szabad sav jelenlétében emészt. Minthogy egészséges ember gyomornedvében egyetlen szabad savként a sósav található meg, ennek befolyását vizsgáltam a pepsinemésztésre, s kitűnt, miszerint 0.5% sósav jelenlétében emészt legjobban a pepsin. 0.1% sósavtartalommal már megindul az emésztés, 0.5—0.6% sósavtartalom mellett éri el tetőfokát, innen túl ismét csökken és 1% sósav jelenlétében csupán acidalbumin — syntonin — képződik a fehérjéből, de pepsinemésztés ilyenkor már nincsen. A kutya gyomornedvében találtak 0.46—0.58% sósavat, míg ember gyomornedvében 0.2—0.3%-ot tesz ki a sósav. Sósav után a tejsavval emészt a pepsin a legjobban, csak hogy sokkal több tejsavra van szüksége, mert csak 8.0% tejsavval emészt a pepsin olyan jól, mint 0.5% sósavval.

A tejsav az ember gyomrában a megevett szénhidrátok erjedése útján képződik s ezért ott gyakran elő is fordul. A tejsavat követik leszálló sorrendben a phosphorsav, légenysav és ecetsav; igen rosszul megy az emésztés kénsav vagy citromsav jelenlétében.

Hátrányosnak bizonyult vizsgálataim alapján az emésztésre minden más anyag jelenléte az emésztő folyadékban. Maguk az emésztéstermékek, ha tovább nem vitetnek, megakasztják az emésztést. 0.5% NaCl jelenléte már csökkenti a pepsinsósav emésztőképességét; még inkább hátráltatja a szóda, nyilván mivel a sósavat is közömbösíti. Ha fehérjét bőven adunk mesterséges gyomornedvbe, akkor az emésztés az első 4 órában igen élénk, ezután csökken élénksége és a 12. órában éri el tetőfokát, mely időn túl csak igen csekély fokú emésztés észlelhető.

Mihelyt azonban az így, akár 30 napig emésztésnek kitéve volt folyadékot dialysisnek teszszük ki, mi által a peptonoktól megszabadul és ismét kellő mennyiségű sósavat adunk hozzá, újból jól emészt. Innen van az is, hogy midőn gyomornyálkahártyából 0.5% sósavas vízzel 24 óráig tartó digesztálással ismételt kivonatot készítünk, akkor a kivonatok közül a 2.—3. kivonat jobban emészt fehérjét, mint az első.

natot készítünk, akkor a kivonatok közül a 2.—3. kivonat jobban emészt fehérjét, mint az első.

A pepsin mennyisége sem közömbös az emésztésre. Legjobban emészt a gyomornedv 0.5—1.0% pepsintartalom mellett. Ezen felüli és aluli pepsinmennyiség annál rosszabbul emészt, minél távolabb áll emez értékektől. Azonban nevezetes, hogy aránylag igen kevés pepsin is képes emésztetni. Így 0.005% pepsin tartalmazó gyomornedv még emészt. A különböző állatok pepsinje hatóképességre nézve nem egyforma. Így a kutya pepsin határozottan a legjobban emészt, jobban mint az ember, disznó- vagy marhagyomor pepsinje. A kutya pepsin optimuma is lejjebb van; míg ugyanis a kutya pepsinből 0.01% emészt legjobban, addig a többiek gyomornedve 0.1% pepsintartalommal emészt a legjobban. Ez a különbség a pepsinek hatása között az emésztés egész lefolyására lényeges befolyással van.

A fehérjék a gyomornedvben való emésztődése közben tudniillik syntoninná és propeptonná (albumose) és ezek azután peptonokká lesznek; eddig terjed a pepsinemésztés. A syntonin és propepton már az első 5 perc végén kimutathatók az emésztetben, a pepton ellenben a disznó-, marha- és emberpepsinnel való emésztés alatt, csak az emésztés 4. órája után jelentkezik, míg a kutya pepsinnel való emésztéskor az emésztés 20. percében a peptonreactio már sikerül. A rendesen folyó gyomoresztés tehát, mely 2—5 óráig szokott tartani, az emberben alig halad elő a peptonképződésig, a mi, tekintettel arra, hogy a propepton a felszívódásra igen alkalmas, hátránynak épen nem mondható.

A hőmérséknek a pepsinemésztésre való befolyását illetőleg kitűnt, hogy a pepsinsósav 0° C.-on már keveset emészt. Ezen túl a hőmérsék emelkedésével fokozódik az emésztés, s mintegy 60° C.-on éri el tetőfokát. Innen túl csökken, és 80°-on megszűnik minden emésztés. A 80 vagy magasabb fokra felmelegített pepsin-oldat végképen elvesztette emésztőképességét, csak szárított pepsint lehet akár 100° C.-ra felmelegíteni a nélkül, hogy emésztőképességét elveszítene.

Az egyes fehérjéket a pepsinsósav nem emészt egyaránt jól. A legjobban emészt a caseint és alkali albuminatot, tehát a fajtát is, legrosszabbul a főtt tojásfehérjét s általában nehezebben sőt, mint nyers fehérjét.

Azonban kitűnő emésztője a pepsin a kötőanyagoknak, a collagennek és glutinnak, a melyekből a fehérjeemésztés termékeinek megfelelően glutoset és glutinopeptont készít. E tekintetben *Bikfalvi* vizsgálatai szerint ezen anyagok gyomornedvben sokkal gyorsabban emésztetnek meg, mint a húrostok. A gyomornedv tehát első sorban felaprítja a kötőszövet oldódása által az ételrészeket. A porczanyagot hasonlóan jól emészt, mint a collagent, csak hogy szénhidrát nemű anyag is hasad ilyenkor le a chondrinról. A haemoglobin a gyomornedvben haematinná és fehérjévé hasad, az utóbbi azután úgy emésztődik meg, mint minden más fehérje.

Mint a nyálmirigyben a diastasenak, úgy a gyomornyálkahártya mirigyeiben a pepsinnek is találtak előstadiumát, a *propepsint* vagy *pepsinogent*. Gyomornyálkahártyából a glicerinnel kivonja a pepsint, de nem a propepsint. *Glaessner* gyomornyálkahártyát kétannyi párolt vízzel és natriumcarbonat-oldattal a tisztán alkalikus reactioig kezelt, toluolt adott hozzá a rothadás megakadályozására, s így tartotta 40° C.-on 3—4 hétig homokfürdőben. A folyadék ezen idő alatt zavaros lett, a nyálkahártya szétesett és a propepsin az oldatba átment. A gyomornyálkahártya ezen autolysise alatt az oldatban tryptophan lépett fel, a fehérjék olyan hasadásterméke, melyet a pepsinemésztés termékei között sohasem sikerült találni, de a mely jellemző más proteolysisek erjesztő, például a trypsin, hatására. A pepsin ilyen alkalikus autodigestio alatt már az első órában elpusztul. Daczára annak, ha az átszűrt nyálkahártyakivonathoz 0.5 köbcentimetert ugyanannyi¹ normál sósavoldattal keverve, 15 perczig 40°-ú C. hőmérséknek teszünk ki, akkor benne rostanyag igen jól oldódik; az oldatban volt propepsin a sósav befolyása alatt pepsinné lett, innen az emésztés. A nyálkahártya így előállított kivonata a propepsin mellett sok fehérjét és mucint is tartalmaz. A mucintól híg ecetsavval való megtisztítása után az oldatból uranylacetáttal a propepsint fehérje-

¹ Klug. Magyar Orvosi Archivum. III. k., 1. l. 1894.

¹ Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie. I. k. 1901.

mentesen sikerült kiválasztani. Minthogy a propepsint igen híg ásványsavak csakhamar pepsinné változtatják át, lényegében mindegy volna, vajjon a gyomormirigyek propepsint vagy pepsint választanak-e el; mikor a sósav kiválasztása zavarva van, akkor lehet a gyomor tartalmában propepsint találni; savanyú gyomornedvben propepsin nincsen. Langley¹ a propepsint a gyomorfundus mirigyeinek sejtjeiben apró szemecskék alakjában mutatta ki, valamint kiderült vizsgálataiból, hogy élő gyomormirigyekben csak propepsin van, nem pedig pepsin.

A gyomornyálkahártyán szabad szemmel is már két részt lehet megkülönböztetni, az úgynevezett fundus- és pylorusnyálkahártyát. A fundusnyálkahártya pepsint és sósavat is választ el. A pylorusnyálkahártya mirigyait illetőleg azonban sokáig fentartotta magát az a vélemény, hogy ezek a gyomornyálkahártyát bevonó nyálkát készítik. Ma azonban tudjuk, hogy a nyálkát a fedő felhám szolgáltatja. A pylorusnyálkahártya mirigyei, valamint a duodenum Brunner-féle mirigyei nem készítenek sósavat, azonban minden arra mutat, hogy pepsint elválasztanak. Legalább tény, hogy megfelelő mennyiségű sósavas vízzel fehérjét emésztő nedvet lehet belőlük előállítani. Újabb vizsgálatok azonban ezen enzy-met nem mondják azonosnak a pepsinnel. Fentebb említve volt, hogy a gyomornyálkahártya alkalikus folyadékban autolysisnek alá- vetve, tryptophan képződése mellett feloldódik, megemésztődik; kell tehát a gyomornyálkahártyában még egy másik erjesztőnek is jelen lenni, mely alkalikus kémhatás mellett oldásra bírja a nyálkahártyát. Glaessner ezt az erjesztőt *pseudopepsinnek* nevezte el. Fundus-, pylorus- és duodenumnyálkahártyadarabakkal külön- külön tett vizsgálatokból kitűnt, hogy a gyengén alkalikus kém- hatás mellett is emésztő pseudopepsin mindazokban a nyálka- hártarészletekben benne van. Az uranylülépítéssel propepsint csak a fundusnyálkahártya alkalikus kivonatából sikerült nyerni, ellenben nem a pylorus- és Brunner-féle mirigyek kivonataiból. A pylorus- és duodenumnyálkahártya fehérjét emésztő enzy-mje e szerint nem volna pepsin, hanem pseudopepsin, míg a fundus- mirigyek mindkét fehérjeemésztő enzy-met készítenék.

Ezt a kísérleti következtetést támogatja még az, hogy a pylorus- és Brunner-féle mirigyekben levő elválasztó sejtek egyen- lőek, szövettanilag teljesen megegyeznek egymással. Ezekhez hasonlítanak némiképen a fundusmirigyek fősejtjei is s így fel- tehető, hogy mindezek pseudopepsint készítenek. A fundusmiri- gyek fedősejtjeiben észleleteim szerint² sávon kívül pepsin is képződik. Glaessner pseudopepsinje azonban 0.5%-os sósavas víz- ben tökéletesen úgy emészt fehérjéket, mint a pepsin s így kérdéses még az egész. Feltéve azonban, hogy a gyomornedvben tényleg mindkétféle erjesztő foglaltatik, akkor az úgy savanyú, vala- mint közömbös, de sőt gyengén alkalikus reactio mellett is emészt fehérjét. Ha hozzáteszszük, hogy a pepsin savanyú gyomornedvben, a mint kimutattam, már 0.005%-os pepsintartalom mellett emészt, hogy továbbá a gyomor a belé adott folyadékot s az ebben sus- pendált anyagokat csakhamar a duodenumba üríti, akkor rossz gyomoremésztés esetén a pepsin vagy sósav adagolását indokolt- nak alig lehet mondani; annál sokkal közelebb áll ilyenkor minden esetre az a gondolat, hogy a gyomor összehúzódását élénkítsük.

Támogatják az ebbeli következtetést még azok a tapasztala- tok is, melyekről néhány héttel ezelőtt itt szó volt és melyek szerint a gyomor az emésztés céljaira nem is multhatatlanul szükséges. Állatok és emberek gyomruk teljes kiirtása után életben maradnak, a fehérjéket megemésztik. És így felmerül a kérdés, *mire való tulajdonképpen a gyomor?* Azt vélem, hogy a mint a physiologia sok kérdésében az összehasonlító élettan ad felvilágosi- tást, úgy itt is a gyomor legfőbb jelentősége iránt az olyan állatok emésztőrendszerének vizsgálata czélszerű, a melyeknél a viszonyok mások, szembeötlőbbek mint az embernél. E tekintet- ben a magevő madarak, a tyúk, liba, galamb s mások, az evett magvakat begyűkben, illetve nyelöcsőjükben gyűjtik össze, a nélkül, hogy azokat előzetesen összeaprították volna. Együttal idenyomja az állat mirigygyomra az elválasztott gyomornedvet,

mely, a mint kimutattam,¹ feltűnő mértékben savanyú reactiojú, és pepsint, sőt oltót is bőven tartalmaz. A magvak itt lassan megduzzadnak, kissé megpuhulnak, de meg nem emésztetnek. Innen szorítják ezeket a nyelöcső és mirigygyomor izomelemei az úgynevezett zúzába, mely őket összeaprítja. Ezentúl azonban az emésztésre most már teljesen előkészített magvak nem kerül- nek emésztés czéljából vissza a madár begyébe vagy előgyomrába (mirigygyomorba), hanem egyenesen a vékonybelekbe jutnak. Itt folyik az emésztés, épen úgy, mint az emlősöknel és embernél, a pankreasnedv befolyása alatt. Erős sósavtartalmánál fogva pedig a madarak gyomornedve határozottan desinfienciaként is szerepel, mert csak úgy lehet megérteni azt, hogy a rothadó pocsolyákban, szemétdombon gyűjtött táplálék ez állatoknak meg nem árt.

Az emlős állatok közül a házinyúl két hétre is egyszerre lakik jól zabbal. A zab többnyire változatlanul, nem összerágva kerül a gyomorba. Itt ázik, macerálódik a gyomornedvben s jut lassan, emésztés végett, a vékonybelekbe.

Az ember gyomra a madár begyét és mirigygyomrát egy- ben helyettesíti és a pylorustáj erős izomzatával a zúza fejlő- déstani maradványának is mondható. A gyomornélküli emlős vagy ember épen úgy emészt meg a táplálékot, mint a madár. A zúza szerepét a fogak végzik és e miatt arra, hogy az étel a gyomorban előzetesen maceráltassék, nincsen annyira szükség. A gyomor mint reservoir lehetővé teszi a tápláléknak egyszerre bő bevitelét s előkészíti azt kellő felhígítása és emésztődése után a további, a belekben folyó emésztésre. E tekintetben *Bikfalvi*² intézetemben végzett vizsgálatai alapján következteti, hogy a *gyomornedvnek nem annyira a fehérjék, mint inkább az enyvadó anyagok megemésztésében van főszerepe*. A hús a gyomorban rost- jaira esik szét. Minthogy a fehérjét kiválóan tartalmazó szövet- részek, sejtek, izomrostok mindig feltalálhatók a gyomorchymus- ban, a gyomornedv csak előkészíti azokat a vékonybélben folyó emésztésre; a fő fehérjeemésztőnek emésztés alkalmával a has- nyálat kell tekintenünk. A gyomor a kötőanyagok gyors emész- tése folytan macerálódott táplálékot összehúzódsai által időkö- zönként átszorítja a vékonybelekbe.

E mellett a gyomornedv sósavtartalma épen azon concen- trationnak felel meg, mely mellett erjesztő organismusok fejlődését megakadályozni képes. Ez a megegyezés nem lehet véletlen (*Bunge*); az ember gyomra tehát *Bunge*,³ *Metschnikoff*⁴ és mások értelmében desinfiál is. Hogy mennyivel inkább az emésztésre előkészítő, mint emésztő szerv a gyomor, erre utal még az a tény, hogy benne propeptonok és peptonok vizes oldatai nem szivznak fel.

(Folytatása következik.)

Közlemény a székes fővárosi szt. István-kórház bőr- beteg és bujakóros osztályáról. (Főorvos: Róna Sámuel tanár.)

Az eczema-kérdéshez.

Csillag Jakab dr.-tól.

(Folytatás.)

4. F. A. 19 éves, eseléd. Bőrbaja sohasem volt; lues recidivans ellen kezeltetik az osztályon; anaemiás, hysteriás nő.

Julius 18-dikán arnica-tincturás kötés a bal felkar hajlító felü- letére.

Julius 19-dikén sem subjectiv, sem objectiv elváltozás.

Julius 20-dikán mérsékelt viszketés; oclusiv kötés alatt a bőr hyperaemiás, a guttapercha lap alatt néhány göcs, az arnicás gaze alatt kis gombostűfejnyi hyperaemiás göcsök és viztisza hólyagcsák conglo- meratuma látható a gaze-nek megfelelő négyszög alakban, helyenként pontszerű nedvezés.

Julius 21-dikén alig kifejezett viszketés. Az arnicás gaze alatt a hám felső rétege felfemacérálódott, könnyen ledörzsölhető.

Julius 22-dikén. Viszketés idem. Az elváltozás visszaféjlődben van.

¹ Klug. Értekezések a második nemzetközi madártani congressus osztályából. 1891.

² *Bikfalvi*. Kolozsvári Orvos-természettudományi Értesítő. 183. l. 1883. évfolyam.

³ *Bunge*. Lehrbuch d. physiol. Chemie. 4. kiadás, 148. l. 1898.

⁴ *Metschnikoff*. Immunität. Handbuch d. Hygiene. 9. k. 1. rész, 17. l. 1897.

¹ Journal of physiology. III. k. 269. l. 1881.

² Klug. Magyar Orvosi Archivum. 1. k. 47. l. 1892.

Julius 23-dikán a viszketés megszűnt. A felső hámréteg helyenként leválk, különben a 20-dikán jelen volt elváltozás visszafejlődött.

Julius 24. és 25-dikén semmi tünet.

Julius 26-dikán. Tegnap óta ismét erősebb viszketés; az epidermis felső része az arnicás gaze alatt újlag felfuvalódott, könnyen leválk, alatta kiskokú irritatio.

Julius 27-dikén a kísérlet 10. napján a viszketés a kiállhatatlanságig fokozódott és az egész kísérleti karra kiterjedt. A vattakötés határán túl semmi objectív elváltozás nem látható. A vattakötés alatt a bőr kissé hyperaemiás és a zintapasz-guttapercha felé fokozatosan oedemás. A zintapasz-guttapercha leemelése után ez alatt a bőr hyperaemiás, erősen oedemás, elszórtan néhány gombostűfejnyi göcses. Az arnicás gaze alatt az elváltozás maximális: a bőr hyperaemiás, a legnagyobb fokban oedemás és felülete diffuse fedett gombostűfej-kölesnyi göcsökkel, papulo-vesiculákkal, mely utóbbiak némelyike felpattanna, tiszta savó ürít.

Tegnap arnicás gaze rajta hagyatott, különben az egész terület környékét és a zintapasz helyét aetherrel letisztítva, teljesen friss kötést alkalmaztam.

Julius 28-dikán. A viszketés már csak a bekötés helyére localizált, hyperaemiás, oedemás. A tegnapi papulák és papulo-vesiculák helyén ma leváló hám és minimális nedvezés. Göcsök már nem láthatók.

Julius 29-dikén. Viszketés csak a kötés helyén van. Vatta alatt már sem hyperaemia, sem oedemia nincs. A zintapasz-guttapercha eltávolítása után, a maximális elváltozás helyén, négyszög alakú területen halvány vörös szín, mérsékelt infiltratio, de nedvezés már nincs.

Ezen terület mellett egy másik négyszög alakú terület látható (valószínűleg az arnicás gaze elcsúszása folytán), melyen egyenetlen csoportosakban mákszem-kölesnyi göcsök és finom falú vizeszta bennéki hólyagcsák vannak — szemmel láthatólag — fejlődőben.

A mai naptól, az egész terület letisztítva, kezelés nélkül fedetlenül maradt.

Julius 30-dikán. Viszketés megszűnt. A régből négyszög alakú területen és környékén barnásvörös színeződés, minimális hámlás, a friss négyszög alakú területen 3—4 kendermag-lencsényi, sárgás, varas felrakódás látható csak.

Julius 31-dikén. Csak barnásvörös színeződés, minimális hámlás jelzi az egész elváltozást.

Augusztus 8-dikán távozik a beteg az osztályról, midőn az egész területet halvány barnás színeződés jelzi.

Az egész kísérleti és észlelési idő alatt sehol a köztakaró többi részén elváltozás nem jelentkezett.

5. B. F. 44 éves, kocsis, ki 1901. VII. 28-dikán jött az osztályra, gyerekkora óta jobboldali fülfolysban és a fülbőrnek kiütésében, 3 év óta minden nyáron állítólag az izzadástól a herezacskó viszkető kiütésében, továbbá ez évi március óta jobb alszára bőrének nedvező kiütésében szenved, mely utóbbi oly módon keletkezett, hogy az alszáran egy koronányi, gyógyulni nem akaró sebje lévén, e miatt orvosa rendelkezése ezen alszáran gummiharisnyát viselt és ezt egy hétig le sem vette; a midőn levette, már akkor alszára viszketett, nedvezett a gummiharisnya által fedve volt területen. Bőre más helyén kiütése sohasem volt.

Stat. praes. A jobb fülkagylón, a mony és borék bőréen, a jobb alszár bőréen a bokától a térdig kifejezett chronikus jellegű eczema van. A köztakaró többi részén elváltozás nincs.

1901. augusztus 8-dikán a jobb felkar hajlító felületére arnica-tincturás kötést alkalmaztam.

Augusztus 9-dikén sem subjectív, sem objectív elváltozás.

Augusztus 10-dikén. Igen kiskokú viszketés, a bőr hyperaemiás, a szarúrétet kissé ráncolt; kezdődő göcsök.

Augusztus 11-dikén status idem.

Augusztus 12-dikén viszketés nincs, az arnicás gaze-zel fedett terület szélei hyperaemiásak, minimálisan infiltráltak, kis gombostűfejnyi göcsökkel behintettek, az arnicás gaze-zel fedett terület maga kevésbé hyperaemiás, göcsök kevésbé láthatók felületén.

Augusztus 13-dikán viszketés nincs, az arnicás gaze-zel fedett terület aetherrel való letisztítás után az éptől alig különböző állapotot tüntet fel.

Augusztus 14-dikén status idem.

Augusztus 15-dikén újlag kiskokú viszketés, kezdődő reactio jelei.

Augusztus 17-dikén, a kísérlet 9. napján kifejezett viszketés, az arnicás gaze-zel fedett négyszög alakú terület hyperaemiás, infiltrált, göcsökkel, hólyagcsákkal behintett és helyenként minimálisan nedvezik.

Augusztus 18-dikán status idem.

Augusztus 19-dikén az arnicás gaze alatt diffúz infiltratio. A szarúrétet lemacerálódott, mérsékelt nedvezés, körülötte a guttapercha alatt nagyszámú gombostűfej-kölesnyi halványvörös göcs, tetejükön zöldes-feketés, comedoszerű ponttal. Viszketés alig van.

Augusztus 20-dikán, a kísérlet 12. napján viszketés nincs, az elváltozások a zinc-flastrom alkotta határokon belül tipikus, göcsös, hólyagcsás és nedvező eczema képét adják, melyek ma lefényképeztetvén és aetherrel letisztítva fedetlenül hagyatott.

Augusztus 23-dikán az elváltozott négyszög alakú terület hyperaemiás, mérsékelt infiltrált és hámlk.

Augusztus 26-dikán az infiltratio eltűnt, a négyszög alakú területen kis lemezekben hámlás és igen halvány-barnás pigmentatio van jelen.

Szeptember 10-dikén az arnica-tinctura alkalmazása helyén csak alig kivehető barnás árnyalatú színtérés van.

A kísérlet és észlelés egész tartama alatt a köztakaró többi

részén a meglevőkön kívül, melyek a közbeni kezelésre javultak, elváltozás nem volt észlelhető.

6. P. J. 18 éves szobaleány állítólag bőrbajban sohasem szenvedett, lues miatt van az osztályon.

1901. augusztus 9-dikén a bal felkar hajlító felületére arnicás kötést alkalmaztam.

Augusztus 10-dikén igen kiskokú viszketés, szarúrétet ráncolt. Augusztus 11-dikén mérsékelt viszketés, szarúrétet ráncolt, minimális hyperaemia.

Augusztus 12-dikén erős viszketés, az arnicás területen a már meglevő elváltozáson kívül felületes mákszemnyi hólyagcsák kissé infiltráltak alapon.

Augusztus 13-dikán status idem.

Augusztus 14-dikén mérsékelt viszketés, különben csak a szarúrétet ráncoltsága látható.

Augusztus 15-dikén status idem.

Augusztus 16-dikán a szarúrétet lemacerálódott, mely letisztítva, helyén friss arnicás-gaze alkalmaztatott.

Augusztus 17-dikén erős viszketés; az arnicás-gaze helyén négyszög alakban hyperaemia, oedema, felülete sűrűn fedett egész kölesnyi papulákkal és papulo-vesiculákkal, elszórtan a guttapercha alatt is.

Augusztus 18-dikán erős viszketés, hyperaemia, nagyobb fokú infiltratio, a szarúrétet lemacerálódása van jelen, mely könnyen leválk, alatta a friss hámon kis gombostűfej-kölesnyi vesiculák emelkednek ki, nedvezés csak a négyszög egyik sarkán van. A guttapercha alatt mérsékelt számú feketés-zöldes comedoszerű ponttal eldött tetejű göcsök láthatók.

Augusztus 19-dikén viszketés az egész karon. Vatta alatt elváltozás nincs, különben status idem.

Augusztus 20-dika: Viszketés ma is az egész karon van. A befedett terület a zinc-flastrom külső határáig hyperaemiás, a zinc-flastrom alatt mákszem-kölesnyi papulo-vesiculák, a zinc-flastrom belső határától az arnica-gaze határáig oedemás és infiltrált, nagyszámú, egész kölesnyi göcsökkel felett, az arnicás-gaze alatt egész babnyi, vizeszta bennéki hólyagok láthatók, a szarúrétet különben fellazult és mérsékelt mennyiségű savó által felemelkedett.

Az arnicás kötést beszünttettem, a hólyagokat felvágva az egész területet zinc-oxyd-linttel befedtem.

Augusztus 23-dikán négyszög alakú barnás pigmentatio és mérsékelt hámlás jelzi az arnica-reactiot.

Augusztus 26-dikán barnás pigmentatio és minimális hámlás látható.

Szeptember 10-dikén az egész reactio nyomtalanul visszafejlődött. Az egész kísérleti és észlelési idő alatt a köztakaró más részén sehol elváltozás nem lépett fel.

7. T. J. 23 éves, asztalos 3 hónapos kora óta szenved eczemában, melynek képe 1901. július 31-dikén a következő: Hajzatos fejbőrén, fülein, a szemöldökszőrk, hajsz, pofaszakáll helyén, a porcos orrhát bőréen nedvező, varral fedett, vagy hámló kiütése van, mindkét kéz hát, kezujjak háti felületének bőréen sűrűn chronikus jellegű gombostűfejnyi göcsök halvány cyanotikus alapon; hasonlóképpen gyéribben ép bőrszínű alapon az alkarokon is. Elszórtan egész kölesnyi göcsök a törzson, sűrűbben a kötőzködés táján, a farpofákon hámló száraz plaque-okká folynak össze. A borék bőre vöröses cyanotikus, száraz, hámló. Mindkét alszárnak főleg alsó harmada hyperaemiás göcsökkel és ezek összefolyásából származó száraz hámló plaque-okkal fedett; mindkét sarok belfelületén egy-egy gyermektenyényi excoriált, nedvező, varral, pörkkel fedett terület.

1901. augusztus 8-dikán a jobb felkar hajlító felületére, eczemától mentes területre arnica-kötést alkalmaztam.

Augusztus 9-dikén semmi reactiv tünet.

Augusztus 10-dikén minimális viszketés, a szarúrétet ráncoltsága, minimális hyperaemia és felületes göcsképződés van jelen.

Augusztus 11-dikén viszketés fokozottabb, állandó, úgy az arnicával fedett területen, mint közvetlen környékén a guttapercha alatt elég nagyszámú, különálló, tetejükön zöldes-feketés, comedoszerű pontot viselő, halványvörös, gombostűfejnyi göcsök láthatók halványvörös alapon.

Augusztus 13-dikán status idem.

Augusztus 14-dikén a göcsök egész kölesnyiek, tetejükön a zöldes-feketés comedoszerű pontok ma is jól láthatók.

Augusztus 15-dikén status idem.

Augusztus 17-dikén a viszketés tart, az arnicás és guttaperchás terület közepén mérsékeltén kifejlődött, a szélek felé göcsökkel tova-terjedő, nem nedvező eczema képét adja. Az arnicás kötést beszünttettem.

Augusztus 19-dikén a viszketés valamivel fokozódott, az elváltozások a guttapercha négyszög alakját betartják.

Augusztus 23-dikán az elváltozás közepe mérsékeltén infiltrált, hyperaemiás, érdes, hámló, szélein kölesnyi hyperaemiás, kissé hámló göcsök vannak nagy számban. Az egész folyamat képe chronikus jellegű.

Augusztus 26-dikán az egész elváltozott terület hasonlít a köztakaró többi részén levő, főleg a kézhati eczémás elváltozásokhoz.

A további észlelés folyamán az elváltozás jellegét, négyszög alakját megtartja, visszafejlődési hajlam nélkül. Beteg 1901. szeptember 6-dikán távozott az osztályról. Az egész észlelési és kísérleti idő alatt a köztakaró többi kiütése nem rosszabbodott, hevenyebb kiütések nem léptek fel.

8. Sp. B. 17 éves, pénztárosnő, bőrbajban sohasem szenvedett; papillomákkal fekszik az osztályon.

1901. július 18-dikán bal felkarja bal felületére arnicás-kötést alkalmaztam.

Julius 19-dikén mérsékelt viszketés, a száruőreg ránczolódott.
 Julius 20-dikán status idem.
 Julius 21-dikén viszketés tart; a száruőreg felmacerálódott, könnyen ledörzsölhető.
 Julius 22-dikén a viszketés csökkent; a száruőreg regenerálódóban.
 Julius 23-dikán a viszketés megszűnt; elváltozás nem constálható.
 Julius 24–26-dikáig sem subjectiv, sem objectiv elváltozás.
 Julius 27-dikén minimális viszketés, a száruőreg újlag lemacerálódott.
 Julius 28-dikán: *Viszketés fokozódott; az egész guttapercha-zinc-tapaszos kötés alatt a bőr mérsékelt oedémás és hyperaemiás, arnicás-gaze alatt kezdődő papulácskák.*
 Julius 29-dikén viszketés a kiállhatatlanságig fokozódott, beteg nem tud miatta aludni, guttapercha-zinc-tapasz alatt status idem, az arnicás-gaze alatti négyesű alakú terület erősebben infiltrált; felülete papulo-vesiculosus alakult.
 Julius 30-dikán viszketés teljesen megszűnt; hyperaemia csak minimális; infiltratio csökkent; papulo-vesiculák tovább nem fejlődtek, egyes kis területeken pontszerű nedvezés van.
 Julius 31-dikén arnicás-kötés eltávolított, helyén csak minimális hyperaemia és infiltratio van.
 Augusztus 1-jén barnás-vörös szineződés, minimális infiltratio és kiskókú hámítás van jelen.
 A 15 napi kísérleti és észlelési idő alatt a köztakaró többi részén semmiféle elváltozás nem volt észlelhető.

A mint tehát ezen kísérleti esetekből is látjuk, ha az arnica-tincturát légmentesen elzárva alkalmazzuk a bőrre, létrehozza ugyan a neki megfelelő reactiv dermatitist, de csak az alkalmazás helyén, illetőleg azon területen, a melyre eljuttatott, de nem lépi túl az eléje állított korlátokat és így még per continuitatem való tovaterjedését is akaratom szerint kormányozhatom a bőr felületén. Tény ugyan, hogy hyperaemia és oedema a korlátokon túl is léphet fel a közvetlen szomszédságban, sőt mint más szerrel (jodoform) történt kísérletnél meggyőződtem, néha hosszabb lymphangitikus csíkok is indulhatnak ki az inger alkalmazási helyétől és messze elhúzódhatnak a felállított korlátokon túl, azonban ezek felett a bőr teljesen sima, göcsök, hólyagcsák ezek felett nem képződnek.

A környi hyperaemia, oedema és lymphangitis bizonyára az ingernek felszívódása mellett szól; a göcsök, vesiculák hiánya a környi hyperaemia és oedema felett és jelenléte az inger alkalmazása helyén pedig valószínűséggel a mellett, hogy ezek képződéséhez az epidermisnek az inger által kívülről való alterálása szükséges.

A harmadik eset még arra is beszélő példa, hogy az inger látszólagos megszűnte után hosszabb idő, jelen esetben öt nap múlva is bekövetkezhetik a reactio, tehát, ha az ismert okból fellépett eczemánál, melyben az ok már látszólag megszűnt működni, még mindig látjuk újabb eczémás területek képződését, még ezen esetben is az eredeti ok behatására kell gondolnunk.

Összehasonlítva ezek után az arnica-tinctura okozta bőrtüneteket azon esetekben, midőn az korlátlanul és ellenőrizhetetlenül érintkezhetik a köztakaróval, és azon esetekben, midőn csak bizonyos, előre meghatározott területre a köztakarónak van korlátozva, azt látjuk, hogy az előbbi esetekben a köztakarónak legkülönbözőbb helyein lépnek fel a reactiv tünetek, míg az utóbbiakban az előre meghatározott területre korlátozva lépnek csak fel.

Az itt leírt kísérleti esetek ugyan csak az arnica-tincturára vonatkoznak, de hasonló eredményűek voltak azon kísérletek is, melyeket *emplastrum hydrargyri*-vel 2 esetben, *emplastrum adhaesivum*-mal 10 esetben, 10%-os *pyrogallus-kenőcs*-cel 4 esetben, *jodoform*-mal 2 esetben, *bórvaselin*-nel 1 esetben, *unguentum hydrargyri*-vel 2 esetben pozitív eredménnyel végeztem.¹

Hét különböző vegyi ingerrel összesen 29 pozitív eredményű kísérletet végeztem tehát, melyek eredménye mindig ugyanaz volt: az ingerek behatása elé szabott határokon túl sem per continuitatem, sem az inger behatása helyétől távolabb eső bőrtüneteken egyszer sem mutatkozott eczémás elváltozás; ez csakis ezen határokon belül lépett fel.

Ha tehát a kísérleti esetekben nem lép fel a kísérleti helytől,

¹ További vizsgálatok feladata lesz kideríteni, mennyiben lehet ezen esetekben szó a Sabouraud-féle¹⁵ „Pustulations traumatiques médicamenteuses”-ról, melyek S. szerint bizonyos vegyi ingerek közbejöttével a staphylococcusok által okozatnának.

az inger behatása helyétől távol eczémás elváltozás, míg a klinikai esetekben igen, akkor ezen utóbbiak oka csakis az lehet, hogy az inger, habár véletlenül, a távolos helyekre is eljutott és ott is kifejtette eczémát provokáló hatását.

A reflex-theóriának az „eczema” tanában tehát oly értelemben, mint azt a citált szerzők tanítják, nem lévén semmi jogosultsága, azt mint helytelen és jogosulatlant elejtendőnek tartom.

Irodalom. 1. M. Kaposi: Pathologie u. Therapie der Hautkrankheiten. Fünfte Aufl. 1899. 494. l. — 2. H. Hebra: Die krankhaften Veränderungen der Haut. 1884. 35. l. — 3. Kromayer: Allgemeine Dermatologie. 1896. 110. l. — 4. F. Hebra és M. Kaposi: Handbuch der Hautkrankheiten. I. B. 2. Aufl. 463. l. — 5. Th. Veiel: Handbuch d. Hautkrankheiten. Eczema. S. 363. In Ziemssen's Handbuch. — 6. Jarisch: Hautkrankheiten. Wien. 1900. I. Hälfte. 263. l. — 7. E. Besnier, L. Brocq és L. Jaquet: Traité de dermatologie 1900. Tom. II. Article Eczéma par E. Besnier, p. 58 és Kaposi francziára fordított könyve Besnier és Doyon által. 1891. I. 656. l. — 8. F. Hebra: Hautkrankheiten. 1860. 779. l. — 9. Török L.: Az eczémás bőrelváltozások jelentőségéről és a bőr általános reactiojáról. Gyógyászat. 1896. 494. és 509. l. — 10. Török L.: A bőrkórtan kézikönyve. Általános rész. 1898. 87. l. — 11. Török L.: Az eczema parasitarius eredetének kérdése. Gyógyászat. 1899. 790–91. l. — 12. Thibierge: Eruptions artificielles in „La Pratique Dermatologique”. Besnier, Brocq, Jaquet. 1901. 442. l. — 13. Plümbe: Praktische Abhandlungen von den Hautkrankheiten. 1825. Weimar. 147. lap. — 14. Csillag J.: Az arnica okozta dermatitisről 15 eset kapcsán. Orvosok Lapja. 1901. 4–5. sz. — 15. Sabouraud: Folliculites (Pustulations traumatiques médicamenteuses) in La Pratique Dermatologique. II. 683–684. l.

T Á R C Z A.

Raymann János Ádám (1690—1770) és a védőhimlőoltás.

Néhány szó a történelmi igazság érdekében.

Hazai szerzőink, élükön Wessprémi,¹ utána Demkó,² Győry³ és Pávay-Vajna,⁴ Raymann János Ádám egykori eperjesi physicusnak a védőhimlőoltás alkalmazása és gyakorlása körül kiváló érdemeket vindicálnak. Míg Demkó, Győry Raymannt csak Jenner előfutárjának tekintik, addig Pávay-Vajna már a védőhimlőoltás eszméjének prioritását Jennerrel szemben egyenesen Raymannak itéli oda. Bár távol áll tőlem az idézett szerzők tudásának alaposságát s közleményeiknek jóhiszeműségét kétségbe vonni, ki kell jelentenem, hogy tudósaink Raymannak a védőhimlőoltás alkalmazása körül szerzett érdemeit illetőleg tévedésben vannak. Történünk a történelmi igazságnak azzal, hogy e kérdést eredeti forrásokra támaszkodva már azért is tisztázzuk, nehogy a külföld reánk csáfoljon. Lehetetlen azonban a tárgyat megvilágítani a nélkül, hogy a védőhimlőoltás történetét in nuce ne érintenők.

Állítólag a kínaiak jöttek arra a gondolatra, hogy az emberi szervezetet a valódi himlő (variola vera) pustulái tartalmának beoltása által a himlőmegbetegedés ellen immunissá tegyék. Régóta tudták, hogy egyének, a kik a valódi himlőt már egyszer kiállották, abba többé bele nem estek. A himlőpustulák anyagának beoltása által tehát mesterséges úton czélozták megadni azt az immunitást, a mely mint a himlőben való véletlen megbetegedés előnyös következménye volt ismeretes. Azt tapasztalták ugyanis, hogy a mesterségesen beoltott valódi himlő úgy kiterjedés, mint súlyosság tekintetében sokkal enyhébb lefolyású, mint a véletlen fertőzés útján szerzett himlőbetegség, az oltás által előidézett betegség lezajlása után azonban az újabb himlőmegbetegedés ellen szerzett immunitás ép oly tartós, mint ha a beoltott egyén a valódi himlőt már kiállotta volna.

Tény az, hogy a görögöknél és az örményeknél a védőhimlőoltást az emberi himlő pustuláinak tartalmával már régóta gyakorolták. Timoni Emanuel⁵ konstantinápolyi orvos Skraggensterna Samu svéd udvari orvos felhívására leírta és ismertette az eljárást, mely az orvosi műnyelvben *praeservatio seu tractatio variolarum per insitionem*, németül Blattern-Beltzen elnevezést nyert. Timoni szerint a védőhimlőoltást — *insitio variolarum* — konstantinápolyban a tél kezdetétől tavaszig a következőleg végezték. A variola veraban megbetegedett, egyébként egészséges gyermek lábain fejlődött variolapustulákat a megbetegedés 12-dik vagy 13-dik napján megnyitották, a kifolyó genyet üvegedénybe felfogták s azt gyorsan, lehetőleg még melegen a beoltandó egyén végtagjainak húsos részeibe (in partibus carnotis) előzetesen ejtett bemetszésekbe (incisiones) beöntötték. Ennek megtörténte után az „oltás” helyeit egyenként földiőhéjjal befedték és bekötötték. Hetednapra variola vera pustulák fejlődtek ki az oltott egyéneken, de csak „distinctae, rae et parvae”, sokszor azonban csak az „oltás” környékén, rendszeren enyhe

¹ Wessprémi: Succincta medicorum biographia. I. 154. l.

² Demkó: A magyar orvosi rend története. 535. l.

³ Győry: Századok. XXXV. I. 54. l.

⁴ Pávay-Vajna: Nyugatmagyarországi Hiradó. 1901. 179. sz.

⁵ Emanuel Timoni: Historia variolarum, quae per insitionem excitantur, 1713, lenyomva in extenso: Miscellan. natur. curiosorum, Centuria V. és VI. obs. 2, pag. 3 s következőkön.

általános megbetegedési tünetek között. Az „incisiók“ soká genyedtek, míg végre behaggytak. Timoni 8 év alatt több ezer beoltott között csak két ízben észlelt halálozást, nem tagadja azonban, hogy a himlőjárványok idejében végzett védőoltások súlyosabb megbetegedéssel jártak, mint egyébkor.

Kévéssel Timoni után, 1715-ben a cepholianai születésű Pylarinus Jakab, a császár és az oláh fejedelem volt udvari orvosa, később velencei consul Smyrnában, Serhard, smyrnai angol consul tanácsára ismerteti a védőhimlőoltást a valódi himlő anyagával.¹ Ajánlja az eljárást, melyre egy thessaliai vénasszony tanította, a kinek azt a boldogságos szűz nyilatkoztatta ki (!)

Timoni és Pylarinus munkáit, a védőhimlőoltás legelső irodalmi termékeit referálták az akkori idők legtöbb tudományos folyóiratában, többek között a boroszlói évkönyvekben is.² Utánuk többen írtak az „új találmányról“, a nélkül azonban, hogy valami újat mondtak volna.

Európában (Konstantinápolyt Ázsiához számítva) a „nova et tuta methodus“ egyelőre nem sok követőre talált minden bizonynyal lassan feledésbe ment volna, ha az eszmét az angol királyi udvarnál fel nem karolják. 1721-ben ugyanis a walesi herceg leánya bárányhimlőt kapott, melyet akkortájt a valódi himlő szelidebb válfajának tekintettek.³ Fel-szólították Sir Hans Sloane, Sir David Hamilton és Sir Steigenthal udvari orvosokat, hogy igyekezzenek a fenséges család többi tagjait a ragályos betegségtől megóvni (praeservare). A doktorok kijelentették, hogy bár tudomásuk van Timoni védőhimlőoltásáról, az eljárást a királyi herceg családtagjainál megkísérelni semmi körülmények között nem ajánlhatják s ennél fogva csak a megbetegedett hercegnő gyógyítására szorítkozhatnak. Maitland Károly udvari sebész azonban az esetből ki-folyólag engedelmet kért arra, hogy Timoni védőhimlőoltásait a Newgat fegyencein kipróbálhassa. Maitland ugyanis a Timoni-féle eljárást Konstantinápolyban akkoriban ismerte meg személyes tapasztalatok alapján, midőn Sir Eduard Wortley Montague angol ambassadeur kíséretében évek előtt ott időzött. Összesen hat delinquentet bocsátottak a chirurgus rendelkezésére,⁴ ki az oltást Timoni praescriptioja nyomán 1721 augusztus 20-dikán Buretius előadása szerint a következőleg végezte: „Nach gegebenen guten Troste gieng der Chirurgus zu Werck und machte seine Incision an drei Orten bey jedwedem Delinquenten, nemlich an beyden Armen, und dem rechten Schenkelbein, eben an der Stelle, wo die Fontanellen pflegen gemacht zu werden. Die Incision aber geschahe mit einer Lanzette, in dem der Chirurgus die Haut an besagten Orten mit seiner linken Hand aufgehoben, mit seiner Rechten aber, vermöge der Lanzette, die er zwischen den Fingern hielt, die Haut durchgestochen und durchgeschnitten. Bald darauf kriegte er die Materie, so er mit-brachte, zur Hand, tröpfelte drei, vier bis fünf Tropfen in die gemachte Wunden, vermischte sie mit dem wenigen herausquellenden Blut (sic!), und damit nichts ablaufen oder mit dem Kleiden abgewischt werden möchte, hat er jede Wunde mit einer halben spanischen Nusschale, auch wol mit einem Hütchen aus Blech dazzu gemachet, zugedecket und verbunden“. A hat fegyencz közül ötön, Ewans Rikárd kivételével, ki 1720-ban a természetes himlőt már kiállotta, „fogamzott“ az oltás. Mindnyájan felgyógyultak.

Maitland ímént leirt kísérletei mintegy varázsütésre népszerűvé tették a variola vera anyagával való védőoltást. Tudjuk, hogy fejedelmek oltatták be magukat!

Nem követjük tovább a variola verával való védőoltás többé-kevésbé változatos történetét, hanem vizsgáljuk, mi érdeme van Raymannnak a vázolt eljárás alkalmazása és terjedése körül?

Weszprémi⁵ bebizonyítva látja, hogy Raymann tentamen inoculationis (scilicet variolarum) ante ann. 1721. inorifuerat s megjegyzi: inde vana apparatus ea Brittorum gloriatio, dum reliquos se artem Europaeos docuisse iactitant. S ebben részben igaza van. Tövesen érte-mezték azonban Weszprémi e kitételét a későbbi szerzők, kik Ray-mann „oltásairól“ hymnusokat zengenek. Kétségtelen, hogy Raymann Ádám tudós orvos volt s ismerte Timoni és Pylarinus munkáit, ha talán eredetiben nem is, de mindenesetre a boroszlói évkönyvekből, melyek-nek munkatársa volt.

Vámossy István dr. Pozsony.

(Folytatása következik.)

Közegészségügy.

Társadalmi muzeumi gyűjtemény egybeállítására iránt a kereskedelemügyi miniszter 1902. február 15-dikén 85,700 sz. a. valamennyi másodfokú iparhatósághoz a következő körrendeletet intézte.

¹ Pylarinus: Nova et tuta variolas excitandi per Transplantationem Medhodus super inventa et in usum tracta; qua rite peracta immunia imposterum praeservantur ab hujusmodi contagio corpora, Venet. 1715. 12. In extenso: Miscellan. natur. curios. l. c. pag. 13 s. köv.

² Sammlung von Natur und Medizin etc. Geschichten etc. Breslau, MDCCXVIII. Sommerquartal. 1717, pag. 185 s. köv.

³ Mint tudjuk, a kérdés még maig sincs végérvényesen eldöntve.

⁴ Neveik és koruk: North Mária 36, Tompion Anna 25, Harrison Erzsébet 19, Cawthery John 25, Alcock John 20, Evans Rikárd 19 éves. Forrásunk: Boretius M. E. szemtanúnak Lincke H. angol akadémiai taghoz intézett jelentése a Newgat delinquensein 1721. végzett Timoni-féle védőoltásokról. In extenso: Sammlung von Natur und Medicin etc. Geschichten. Breslau MDCCXXIII. Sommerquartal. 1721. p. 205 és köv.

⁵ Weszprémi l. c.

A hazai társadalmi viszonyok s ezek között első sorban a munkásügy s arra vonatkozó jóléti és védelmi intézkedések, állami és társadalmi berendezések állapotának, változásainak és fokozatos fejlődésének egyöntetű és szemléltető alakban való feltüntetése céljából a vonatkozó anyagot egybegyűjteni szándékozom, mely gyűjtemény ismeretterjesztő hatásával az általa felüllet társadalmi kérdések és a munkásügy fejlődésén közreműkölni lenne hivatva.

E gyűjteményben, mely társadalmi muzeumi feladatot töltene be, fontos szerep jutna az ipari és gyári betegségek pénztárakra vonatkozó adatoknak, a mennyiben az érdeklődőknek, a tudományos irodalomnak és ezzel a társadalomnak alkalmat adnának ez intézmény multjának, jelenének, fejlődésének és változásainak megismerésére.

Az adatok közül, miket a betegségek pénztárak a gyűjtemény számára felhasználás, illetve kiállítás céljából rendelkezésére bocsáthatnak, legfontosabbak a grafikonok, melyeken a különböző bevételek és kiadásokra, tagforgalomra, betegségek esetei és ápolási napokra vonatkozó havonkénti adatok, s azokban beállott változások hullámos vonalak utján szemléltető alakban vannak feltüntetve, továbbá az évi jelentések, melyekben a pénztári működés fontosabb mozzanatairól számolnak be.

Felkérem tehát az iparhatóságot, hívja fel a területén működő és az 1901. évi XIV. törvényezikk alapján létesült összes betegségek pénztárakat, hogy működésük megkezdése óta kiadott évi jelentéseiket lehetőleg nyomtatott példányban hozzám közvetlenül, lehetőleg sürgősen küldjék be, ugyancsak bocsássák rendelkezésemre eddig készített grafikonjaik egy-egy példányát is, s a mennyiben ilyet a multban nem készítettek, a muzeumi gyűjtemény teljessége érdekében pótolják lehetőleg most e hiányt. Ha pedig a multból évi jelentéseik sem volnának, valamely alkalmazottjukkal készíttessenek a pénztár történetéről, annak működése közben beállott fontosabb mozzanatokról, s a tagok ellátása körül elért eredményekről rövid leírást, s azt hozzám terjeszték fel.

A jövőre nézve pedig utasítsa a pénztárakat, hogy számadásaiknak az iparhatósághoz való évenként bemutatása alkalmával csatolják ahhoz évi jelentéseik egy-egy példányát, ugyancsak, ha a pénztár anyagi helyzete megengedi, a készíttendő grafikonokat is, melyeket az iparhatóság a számadásokkal együtt hozzám felterjesztetni lesz köteles.

Megjegyzem, hogy a betegségek pénztárak a társadalmi muzeumi gyűjtemény berendezésénél az említett módon való közreműködésére annyival is inkább számítok, mert a muzeum a munkásügy keretében természetszerűleg a munkásbiztosítás érdekeit is szolgálja fogja.

Munkások és fiatal munkások foglalkozása motorüzemű katánggyárakban és a katáng gyártására szolgáló műhelyekben. A német szövetségtanács az ipartörvény 139. a. §-a alapján a munkásoknak és a fiatal munkásoknak motorüzemű katánggyárakban és a katáng készítésére szolgáló műhelyekben való foglalkoztatására nézve 1902. évi január hó 31-dikén a következő határozmányokat hozta:

I. Katánggyárakban, valamint a katáng készítésére szolgáló műhelyekben, melyekben elemi erő (gőz, szél, víz, légszusz, lég, villanyosság, stb.) által hajtott gépek nem csak ideiglenesen kerülnek alkalmazásba, munkások és fiatal munkások oly helyiségekben, melyekben száraztók vannak üzemben, az üzem tartama alatt ott nem foglalkoztathatók és azok ott tartózkodása meg nem engedhető.

II. Száraztőüzemű katánggyárakban, valamint az I. alatt jelzett száraztő üzemmel felszerelt műhelyekben, mindazon helyiségekben, hol munkások vagy fiatal munkások foglalkoztatva vannak, a gyárakban az ipartörvény 138. §. 2. pontja és a műhelyekben az 1900. évi július hó 30-dikán kelt rendelet 6. és 15. pontja értelmében kifüggesztendő hirdetményen kívül még egy második is függesztendő ki, mely olvasható írásban feltünteteti a jelen rendelet I. szakaszában foglalt határozatokat.

III. A jelen határozmányok 1902. évi április hó 1-jével lépnek életbe, érvényük tíz évre terjed.

IRODALOM-SEMLE.

Összefoglaló szemle.

Az elmekörtan haladása.

Közlő: Reuter Camillo dr.

Irodalom. Aschaffenburg: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. 1. — Bertschinger: ugyanott 269. — Bonhoeffer: ugyanott Sitzb. 709. — Neurol. Cbl. 20. k. 479. — Binswanger-Berger: Arch. f. Psych. 34. k. 1. 107. — Bucelski: Neurol. Cbl. 20. k. 184. — Sitzb. — Bourneville: Public. du progr. méd. 20. k. ref. Neur. Cbl. 473. — Beadles: Journ. of Ment. Science. 1900. ref. Neurol. Cbl. 132. — Bruce et de Maine: ugyanott, ref. Neur. Cbl. 134. — Biro: Wien. kl. W. 1900. — Benedikt: Wien. med. Presse. 1901. ref. Neur. Cbl. 527. — Colla: Psych. Wschr. 1901. ref. Neur. Cbl. 527. — Delobel: Ann. de méd. et chir. infantile. 1901. ref. Neur. Cbl. 177. — D'Ormea: Boll. d. Manicomi. d. Ferrara. 1901. ref. Neur. Cbl. 766. — Eisath: Allg. Zeitschr. f. Psych. 390. — Edel: ugyanott, Sitzb. 734. — Psychiatr. Wschr. 1901. ref. Neur. Cbl. 20. k. 912. — Elsevier Dom: Psych. en neur. Bladen. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 1100. — Engelhardt: D. Ztschr. f. Chir. 1900. ref. Neurol. Cbl. 20. k. 268. — Enke-Helmstädt: Psych. Wochenschrift. 1901. ref. Neurol. Cbl. 20. k. 412. — Fleury: Rech. cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 471. — Ganter: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. 79. — Gelineau: Traité des epilepsies. 1901. ref. Neur. Cbl. 20. k. 470. — Hegar: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. 357. — Heilbronner: ugyanott 608. — Hebold-Bratz: ugyanott, Sitzb. 737. ref. Neur. Cbl. 20. k. 485. — Henneberg: Arch. f. Psych. 34. k. 3. 998. — Hertz: Hosp. Tidende. 1898. ref. Neur. Cbl. 20. k. 524. — Hoppe: Der Alkoholismus. ref. Neur. Cbl. 20. k. 525. — Holzinger: Psych. Wschr. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 330. — Hoche: Die Frühdiagnose d. Paralyse II. 1900. —

Hermann: Neur. Cbl. 20. k. 498. — Holm: Norsk Mag. f. Lægevidensk. 15. k. ref. Neur. Cbl. 20. k. 764. — Jahrmärker: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. 1. — Jolly: Berliner klin. Wochenschrift. 1901. ref. Neur. Cbl. 20. k. 71. — Kellner: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 58. kötet, 61. — Kellner: ugyanott 863. — Kruse: ugyanott 503. Sitzb. — Klein: ugyanott 759. Sitzb. — Kovalevsky: Épilepsie. 1901. ref. Neur. Cbl. 20. k. 471. — Krause: D. med. W. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 64. — König: Journ. of Ment. Science. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 871. — Kollarits: Ther. d. Gegenw. 1901. — Korsakow: Neur. Cbl. Sitzb. 20. k. 421. — Lui: Boll. d. Manicom. di Ferrara. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 1103. — Lui: Ann. di Neurol. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 177. — Lenzi: ugyanott. 27. k. ref. Neur. Cbl. 20. k. 37. — Lorenz: Wien. kl. W. 1900. — Laudheimer: Neur. Cbl. 20. k. Sitzb. 772. — Matthey: Allg. Zeitschr. f. Psych. 58. k. Sitzb. 493. — Moeli: ugyanott 558. — Moeli: ugyanott 693. Sitzb. — Meyer: ugyanott. Sitzb. 700. Neur. Cbl. 20. k. 476. — Meyer: Arch. f. Psych. 34. k. 181. — Moravcsik: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. 871. — Mair et Ardin-Deltail: Neur. Cbl. 20. k. 432. — Muralt: Allg. Ztschr. f. Psych. 57. k. 457. ref. Neur. Cbl. XX. k. 231. — Muratoff: Neur. Cbl. 20. k. Sitzb. 923. — Mackie: Journ. of Ment. Science. 1901. ref. Neur. Cbl. 20. k. 673. — Meijer: Psych. en neurol. Bladen. 1900. ref. Neur. Cbl. 583. — Naecke: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. Sitzb. 706. — Naecke: Neur. Cbl. 20. k. 648. — Pelman: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. 778. — Pilez: Die period. Geistesstörungen. 1901. — Pilez: Jahrb. f. Psych. u. Neur. 1901. ref. Neur. Cbl. 20. k. 279. — Rüdin: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. 447. — Remy: Rev. méd. d. l. Suisse Romande. 1901. ref. Neur. Cbl. 20. k. 1103. — Redlich: Neur. Cbl. 20. k. Sitzb. 288. — Robinovitch: Med. Leg. Journ. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 281. — Rathmann: Vierteljahr. f. ger. Med. 1901. ref. Neur. Cbl. 912. — Rorie: Journ. of Ment. Science. 1901. ref. Neur. Cbl. 21. k. 29. — Schüle: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. 221. — Sommer: ugyanott. Sitzb. 725. Neur. Cbl. 10. k. 483, 487. — Stöckle: Allg. Ztschr. f. Psych. 58. k. Sitzb. 748. — Serieux et Farnier: Rev. de méd. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 37. — Scholtens: Psych. en neurol. Bladen. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 1100. — Sepilli: Ann. di Neurol. 1901. ref. Neur. Cbl. 20. k. 1102. — Salomonson: Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 413. — Sullivan: Journ. of Ment. Science. 1900. ref. Neur. Cbl. 178. — Sullivan: ugyanott, ref. ugyanott 525. — Searpaletti: Psych. Wschr. 1900. ref. Neur. Cbl. 20. k. 319. — Spengler: Zur Frühdiagn. u. Ther. d. Paral. ref. Neur. Cbl. 20. k. 1108. Schäfer: Neur. Cbl. 20. k. Sitzb. 1066. — Tschisch: Psych. Wschr. 1900. 29. ref. Neur. Cbl. 20. k. 38, 430. — Weber: Arch. für Psych. 34. k. 253. Sitzb. 324.

Az elmekörtani újabb irodalom a Kraepelin által inaugurált csapáson halad. Az anatómiai kutatások hiú eredményei az elmebajok aetiologiájának tisztázása körül, az egy és ugyanazon klinikai bántalomnál talált eltérő leletek összeegyeztethetlensége, úgy hogy azokból a baj genesisére, lényegére vonatkozó egységes magyarázat lehetetlen: ismét az elmebajok klinikumára terelte a vizsgálókat. Előtérbe lépett a klinikai megfigyelés pontos, modern segédeszközeivel. Kutatják az elmebajosok szervezetének chemismusát, anyagcserejét, elmés eszközökkel regisztrálják a psyche ép és beteges működését, törekszenek a kórosakhoz hasonló állapotokat előidézni külső ismert behatásokkal és adott körülmények között, ezeket vizsgálván. Keresik az ép psyche működésének törvényszerűségét, megváltozását kóros viszonyok között és e megváltozás törvényeit. A legfőbb pedig a betegágnál való pontos észlelés, a tünetek pontos megfigyelése. Mindez arra vezet, a mit Kraepelin és iskolája czél gyanánt maga elé tűzött, hogy tudniillik az elmebajok határait oly alapon vonja meg, mely alapon a baj aetiologiájának ismerete a prophylaxist, a baj lefolyása a prognost, utóbbi esetleg a therapiát határozza meg. Elhagyták a philosophia speculativ utait, el az ezen alapuló formák rendszerét.

Ilyen értelemben klinikailag jól elhatárolt egységes bántalom, biztos prognossissal, a dementia paralytica. Minél többen kutatják a dementia paralytica okát, annál inkább szaporodik azok száma, kik már nem hisznek a luesnek, mint egyedüli aetiológiai momentumnak szerepében. Bár lues és paralysis igen szoros vonatkozásban vannak egymással, mégis hol vagyunk még attól, hogy az utóbbi okának egyenesen az előbbi mondhatnók (Eisath.) Ezért Tschisch fejtegetései a XIII. párisi congressuson élénk vitára és ellenmondásra adtak alkalmat. Ő betegeknek legnagyobb részénél azt tapasztalta, hogy ezek főképen az elhanyagolt lueses betegek sorából kerültek ki. Az öröklésnek, degenerationnak és az alkohollal való visszaélésnek csekélyebb fontosságot tulajdonít. Degeneráltak szerint sohasem válnak paralytikusokká, mert ez kizárólag az egészségesek, ép idegrendszerrel bírók baja.

A lueses percentuatiót paralytikusoknál újabban Bucelski 58-1%-ra, Serieux és Farnier 50%-ra, Jolly 40%-ra, Baer 29-70%-ra, Eisath 27%-ra becsüli s míg Elzevier Dom 279 beteg közül csak két tisztán luesre visszavezethető esetet tud felmutatni, addig Matthey 14 beteg között 8 luesest talált. Mindezen szerzők azonban hozzátesszik, hogy a luest nem tartják kizárólagos okozónak. Sőt érdekes, hogy Bucelski egyik beteg remissioja közben friss luest fogott. Serieux és Garnier is úgy nyilatkoznak, hogy valamint a lueses intoxicatio, úgy bármiféle más toxikus anyag is létrehozhatja a paralysisre jellemző elváltozásokat a vele járó tünetekkel. Jolly is helyesen jegyzi meg, hogy a syphilis fontos és lényeges, de nem egyedüli oka a paralysisnek. A statistika ingadozását is megérthetjük abból, ha tekintetbe vesszük, hogy a classikus paralysishez hasonló eseteket találunk, melyeknél a lefolyás, az anatómiai lelet és a sikeres therapia a lues közvetlen szerepe mellett bizonyítanak. Érdekes, hogy házastársak (nyolcz eset) paralysisénél Moenkemöller minden esetben kimutatta a luest s más, ok gyanánt felhozott aetiológiai momentum inkább már a beállott bajnak nyilvánulása volt.

Paralysis létrehozó más okok közül fontos szerepet tulajdonít Remy az alkoholismusnak, szintén combinálva más okokkal. Így leglényegesebbnek tartja a megélhetési gondokat, a szellemi megerőltetést, s minél előrehaladottabb a művelődés, annál nagyobb a veszedelem, különösen syphilitikusok, iszákosok, idegbajosok részére. Bucelski betegeknek 41-20%-ánál talált lelki okokat, míg Elzevier Dom 279 beteg közül 51 esetben. Utóbbi különösen a hosszan tartó lelki okoknak tulajdonít fontosságot, milyen az élet mostohasága, gond, bánat, szomorúság, rit-

kában szellemi túlerőltetés. Ebből magyarázható részben a paralysisnek foglalkozások szerint való eloszlása is. S míg a férfiak a közép- és felső osztályból kerülnek ki, addig a női paralytikusok az alsó néposztályból valók.

Öröklesi terheltség paralytikusoknál kevéssé szerepel. Elzevier Dom a családi oldalágakban epilepsiát és elmebajokat, a felhágó rokonságban agyvérzést, alkoholismust talált.

Traumás eredetű paralysis hat esetét említi (Elzevier Dom, Lui, Manke). Két esetben insolatio volt a paralysis oka (Elzevier Dom). Feltűnő a férjes nők paralysisének nagy száma Matthey és Jahrmärker szerint, előbbinél 14 nőbeteg közül 12 férjes, utóbbinál 54 nőbeteg közül 35 férjes. Női betegeknek a klimakterium mint oki tényező kevéssé szerepel (Jahrmärker). Schollens paralytikusok gyermekeit vizsgálta, feltűnő nagynak találta a korai elhalálozást, s a vizsgáltak 1/4 részénél idegrendszerbeli zavarokat talált.

Holzinger, mint az orosz vörös-kereszt tagja részt vett az olasz-abbessinai háborúban s tapasztalatait közli. Alkoholismus és lues iszonyú módon pusztítanak Abessiniában, mégis 13,000 beteg közül ideg- és elmebajos csak 150 volt, tisztán elmebajos pedig 12. Dementia paralyticát egyet sem észlelt, tabes aránylag ritka.

Spengler a luest okolja a paralysis létrehozásával, de az eddigi magyarázatoktól teljesen eltérő módon. Ő szerinte a syphilotoxin a pajzsmirigyet bántalmazza, a pajzsmirigy a syphilotoxint thyreoidizálja, így jut a vérkeringésbe s ott bontólag hatna.

Delobel, ki az alkoholismust tanulmányozta gyermekeknél, azt tapasztalta, hogy keletkezésének három módja van: az anya tejével, a szülők tudatlanságából adnak alkoholt és véletlen folytán. Iszákos dajkák gyermekei sokszor göröcsökbe esnek. Kevésbé feltűnő jelei az alkoholismusnak a nyugtalanság, kiabálás, ijedősség, rossz alvás, soványodás vagy potrohosság. Említ egy öt éves gyermeket, a ki májcirrhosisban halt meg.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

A deduktív lélektan alapvonalai. *A lelki élet elméletének és törvényeinek levezetése az idegrendszer élettanából és fejlődési elméletéből.* I. rész. *Az idegműködés élettana.* Irta: Szilárd Armin dr. Budapest, Dobrovsky és Franke, 1902. 113 lsp. Ára 2 kor. 40 fillér.

Szépen fejtette ki boldogult Jendrassik Jenő professor élettani előadásaihoz tartott bevezetésében (I. J. J. tanár hátrahagyott iratai, Budapest 1901.), hogy a fejtegető természettudományok s ezekkel együtt az élettan feladatukat csak az exact, vagy inductiv-nek elnevezett vizsgálati módszer útján oldhatják meg. Csak ez képesít bennünket u. i. arra, hogy biztos úton megszerzett adatainkból levont következtetéseinket folyton ellenőrző bírálattal követve, állításaink alaposságáról, megbízhatóságáról és érvényességük határaitól magunknak számot adhassunk. A deductiót az inductiv úton nyert tétel valószínűségének növelésére vesszük csak igénybe.

Épen ez oknál fogva deduktív módszeren felépült lélektan magában véve már nem lehet természettudományi alapon álló munka. Erzi ezt fentjelzett című, mind végig érdekes és avatott kézzel megírt munka szerzője is és talán ép ezért egyelőre csak az inductiv anyagot adja kezünkbe, melyből lélektani következtetéseit levonni szándékozik, sőt ez inductiv anyagnak is csak egyik részét, az idegműködés élettant. Sajnos azonban, csakhamar meggyőződünk róla, hogy szerző tényleg nem az exact búvárát embere, nem természete az inductiv anyaggyűjtés, a gyűjtött anyag szigorú megrostálása, bírálása. Az idegműködés élettanának megírásához is előre megállapított programmal fog hozzá s a rendelkezésre álló adatokból okadatolás nélkül helyesnek azt fogadja el, a mi már készenálló felfogásával megegyezik s hamisnak itéli azt, a mi levezetendő tételeinek nehézségeket gördíthetne útjukba.

Igy rövidesen elveti az eddig az idegélettanban általánosan divó és a lélekéletannak is alapjául szolgáló neuron-elméletet és rövidesen az Apáthy-féle neurofibrillumos elmélethez csatlakozik. Ilyképen tétel gyanánt állítja fel az emberi idegrendszerre is, hogy a dúcszejtben az elemi vezető fibrillumok nem kezdődnek és nem végződnek, hanem folytonosságukat megtartva, áthaladnak s átrendezkednek benne.

Valamennyi későbbi főbb tétele megköveteli, hogy e praemissa igaz legyen: ennek hiányosságával egész syllogismusa megdől. Már pedig ezt a tételt inductive, tapasztalatilag az emberre nézve egyetlen tény, egy észlelet sem igazolja. Ez egyelőre csak speculatio, még ha az Apáthy-Bethe-féle leleteket gerincztelekre nézve tényeknek fogadjuk is el. Utóvégre is abból, hogy a carcinus maenas idegdúcszejt nélkül is végzi idegműködéseit (Bethe), még merész dolog azt a következtetést levonni, hogy a dúcszejteknek az emberi agyvelőben is pusztá átvezető és átrendező szerep jut minden specifikus működés nélkül. Ugyanilyen joggal monhatnók azt is, hogy az emberi agyvelő, sőt egyáltalán az egész emberi idegrendszer semmi kapcsolatban nincs az ember lelki működésével, mert hiszen érzéki functiokat, megkülönböztető és reagáló képességet találunk a differentiatlan protoplasmából álló őslényeknek is.

Tehát a kiindulópont nem positiv. A mit erre épít szerző, az bizonyítatlan és bizonytalan. Ennyit óvasképen minden következő deductiók ellenében.

Továbbiakban kifejteti igyekszik, hogy az ingerület vezetése az idegben mindkét irányban történhetik, a mi kétségtelenül helyes, ellenben e két irányú vezetésből azt következteti, hogy az ingerület minden idegben egyféle. Sőt tagadja szerző a dúcszejtek sajátosságát is. A

dúcsejtek működésének szerinte semmi köze a lelki tapasztalatok, az érzetek ezerféle minőségbeli és hatályosságbeli változataihoz, semmi köze az emlékekhez, melyek a dúcsejtekben nem is keletkezhetnek, fel sem újulhatnak. Sajnos, szerző sejtünk sem engedi, mit fog nyújtani a letagadott — de semmikép meg nem csáfolt — felvételek helyébe, hogy fogja megmagyarázni érzeteink sajátosságát, lelki életünk mesészerű gazdagságát, ha tényként fogadja el, hogy az ingerület ott, a hol az inger az érző idegek végrostocskáit ingerli, már elvesztette sajátos erélyalakját, tehát kezdettől végig egyféle és sajátosságát a dúcsejtől sem nyeri. Mért fehér a fehér, mért édes az édes, mért nem bűzös a rózsza s mért nem rózsailatú a valeriana, ha az ingerület kezdettől végig egyféle. Magából az ingerület fokozatbeli különbségeiből elég nehéz lesz a lelki tapasztalatok fokozatbeli különbségeit megmagyarázni, azok minőségbeli ezerféleségét bizonyítani nem lehet.

Abból, hogy érző ideg csomóját mozgó ideg csomójával összenövesztve az ingervezetés helyreáll, fentiek még épen nem következnek, valamint abból sem, hogy az idegfonalak fizikai-chemiai tulajdonságaira és görösövi szerkezetükre nézve egyfélék. Ez csak eddigi vizsgálati módszereinkre áll s a functionalis egyféléseget még épen nem bizonyítja, a mint hogy *Hering* 1898-ban tartott előadásában (*Zur Theorie d. Nervenstätigkeit*, Leipzig, 1899) úgy az idegdúcsejtek, mint rostjaik működésének specifikitása mellett emel szót. Hogy azután milyen alapon tudjuk magunknak a kéket, az édeset, a savanyút, a c-dűs és a c-moll akkordot minden külső inger jelenléte nélkül elképzelni, hogy keletkezik a hallucinációk tarka világa, álmokképek, ha minden ingerület egyforma s ha minőségileg különböző ingerületek nem hagyhatnak hátra a központokban minőségileg egymástól ugyancsak különböző elrendeződéseket, dispositiókat, erre nézve szerző a *positiv választással egyelőre teljesen adósnak marad*. Már pedig épen a legutolsó évek szövettani kutatásai határozottan arra mutatnak, hogy az érző központoknak megfelelő agykérgi részeket specifikus dúcsejtekkel bírnak, melyek e központokra jellemzőek (*Ramon y Cajal*). Ebből a tényből jogosan következtethető, hogy a specifikus érzéki energiák jelensége szorosan összefügg a kérgi dúcsejtek specifikus alkatával. Ezzel a felvétellel a lelki élet tényei igenis összhangzásba hozhatók, sőt csakis így magyarázhatók meg.

Hogy az idegrostok az ingerületet gyorsabban vezetik, mint a dúcsejtek, azt szerzőnek érdekes érvelésen kívül kísérleti tények is bizonyítják s megengedhető ebből a következtetés, hogy tehát a dúcsejtekben az ingerület nagyobb erély igénybevétele, tehát nagyobb változások kísérletében terjed. Szerzőnek azon további állítása azonban, hogy a dúcsejtből pályarészek fejletlenebb molekuláris alkatuak, mint az idegfonalak, egyrészt az Apáthy-féle elméletnek elfogadását feltételezi, másrészt még ez esetben is minden pozitív bizonyítás hiány van. Pedig ez a tétel — úgy látjuk — ugyancsak egyik sarkitétele szerző pszichológiájának. Szükségesnek látom tehát megállapítani, hogy ez sem inductív tapasztalat, melyből deductiót vonni szabad volna, hanem már magában is feltevés, combinatio.

A szürkeállomány lassabb vezetéséből, a dúcsejtek cumulatív hatásából szerző arra következtet, hogy erősebb ingerekből felhalmozódott ingerület rendellenes pályákra is lép, szétsugárzik s így új összeköttetések fejlődését is előmozdítja. Így a fájdalmat, valamint a (sexuális) kéjérzést okozó nagyobb intenzitású inger keltette ingerület is szétsugárzik a központi idegrendszer szürkeállományában s kiterjed oly pályákra is, melyekre rendes nagyságú inger nem szokott. Ilyképen a fájdalmat okozó ingerület rendkívül igénybe veszi, ki is meríti a központi dúcsejtet; azok a külső behatások tehát, a melyek a szervek rendes működését és összműködését aláállítják, egyúttal az idegrendszerre is hasonló értelemben hatnak. Hasonló, kettős vonatkozása volna az éhségnek, szomjúságnak, légsomjúságnak, kifáradásnak is. Mindezeknél a szervezet összműködésének zavara az idegrendszerre is kiterjed, melylyel tehát a szervezet szükségleteit közlik s az idegrendszerben megindított ingerület szétsugárzás által oly pályák fejlődésére adnak alkalmat, melyek az állati létigényeket a külvilági viszonyokkal mindjobban összeegyeztető, azaz célszerű visszahatásokhoz vezetnek.

Szerző e tételekben látja a lélektan nagy kérdését, mely „ép annak a megfejtésében áll, mily tényezők terelik az ingerületet oly irányokba, melyek az eredményezett visszahatás által az állat egyéni és faji létérdekét a külső viszonyokkal többé-kevésbé összeegyeztetik”. „La douleur est la mort” mondja *Fouillée*, *Richet* szerint pedig erős és abnormis ingerek okoznak fájdalmat, míg *Tschisch* legújabbán így nyilatkozik: Ingerek, melyek az egyénre károsak, kellemetlen érzelmeket (Unlustgefühl) keltenek, oly ingerek pedig, melyek az élő szervezetet megölik, fájdalmat okoznak. A fájdalom tehát teleológias intézkedés volna a szervezet épségének védelmezésére.

Szilárd dr. azonban, ha jól értem meg, a fájdalom jelentőségét abban találja, hogy új pályák, új célszerű reflexutak képződésére ad alkalmat.

Okoskodása érdekes, bár inkább fejlődéstani, mint élet- vagy lélektani érdekű. A fájdalomérzés voltaképeni lélektana felől *Szilárd* könyve az olvasót teljességgel sötétben hagyja. Vannak-e, s melyek a fájdalomérzés felfogó készülékei, külön érzetfaj-e a fájdalom, vagy minden fajtájú érzés okozhat-e erős intenzitásban fájdalmat, erről mit sem hallunk. A *Meynert*-féle, a *Lange*-féle teoriákat, *Lehmann* rendkívüli fontosságú vizsgálatait s ezeken felépült teoriáját a fájdalom és öröm materialis alapját és ez érzésekkel járó physiologiai változások jelentőségét illetőleg, szerző úgy látszik nem ismeri. Ha ezeket az évtizedes physiologiai munkásságon alapuló vizsgálatokat ismerné, aligha mondaná azt, a mit könyve nem egy helyen mond, hogy az ő útja „az éleltani lélektan szokott és kényelmes útirányától elágazik”, sem pedig,

hogy: „az okok összefüggésének az éleltani lélektan alaptételeiben nyoma veszett”. Ezért pedig az éleltani lélektan felelős, mert a lelki jelenségeket egyszerűen az idegelemek éleltani változásából akarja magyarázni, ezzel pedig lehetetlent akar.

A kilenczedik fejezetben a boncz-, élet- és kórtani adatokat állítja össze, melyek az idegműködés és lelki élet közötti kapcsolatot természetét hivatottak felderíteni. Különös, hogy szerző itten az éleltani lélektant ócsárolja a psycho-physikai párhuzamosság elvében megnyilatkozó materialistikus szélsőség miatt. Pedig ez az elv a maga tapasztalati alapokon megmaradni akaró óvatosságában kizár minden metaphysikai, úgy spiritualista, mint materialista irányú speculatiót. Ez kifejezett metaphysikai állásfoglalás, még pedig a *tiszta materialismus*. Ellenben mi más kifejezett materialismussal szerzőnek tetele: „Leleki jelenség létrehozásához a dúcsejtműködés feltétlenül szükséges tényező. A lelki jelenség tehát nem a dúcsejtműködés oka, hanem — a meghatározandó egyéb körülmények között — okozata”. A dúcsejtműködéshez azonban *Szilárd* szerint már járulékos tényezők is szükségesek, hogy lelki működés jöjjön létre és hibájául rója fel az éleltani lélektannak, hogy ezeket eddig elhanyagolta. Ezért is e mulasztást helyrehozandó a sympathikus idegrendszer ingerfolyamataihoz fordul. Súlyt fektetünk azonban annak a constataciónak, hogy e feladatáról teljesen megelégedezik, a sympathikus idegrendszer folyamataiból mire sem tud következtetni s e helyett a tengéleti működésekhez fordul, melyekről, mint már fentebb említettük, az ingerület szétsugárzását állapítja meg. Csak könyve végén (102. l.) eredményeinek felsorolásánál tér vissza némileg a kérdésre, midőn is röviden annyit mond, hogy a lelki jelenségeket a szürke agykéreg ingerülete magában nem magyarázza, hanem „hozzá kell venni mindazon jelenségeket, melyek ismét ezen agykérgi ingerületet irányítják”. Ilyenek volnának az idegrendszerben szétsugárzást előidéző fentebb említett folyamatok, „melyek közvetítő tényezőként szerepelnek az agykéreg működéséhez kötött lelki élet és a külső viszonyoktól is függő negatív működések között”. Legegyen szabad kételkednem, hogy bárki is már most világosabban értesse meg, mint lesz az agykéregbeli ingerületből lelki működés, ha ez ingerülethez az éhség, szomjúság, fájdalom és kéjérzés okozta ingerületeket hozzá is párosítja. Nem kapunk mást ily úton sem, mint közvetve tapasztalt materialis tények és folyamatok sorozatát és ezekkel párhuzamosan közvetlenül tapasztalt lelki változások sorozatát. Ezt a két sorozatot sem az éhség, sem a szomjúság, sem más érzés át nem hidalja, mert az — objective tekintve — szerző szerint is csak ingerület szétsugárzás és csak subjectiv észlelésünkben válik éhséggé, kéjjé, fájdalomra vagyis tudatos érzésekké, melyekben ugyanoly kevés nyoma van az ingerületnek, mint bármely tapintási-, hő-, fény vagy hangérzetben. Az ingerületre, mint alapul szolgáló folyamatra, mindig csak következtetés útján juthatunk.

Könyve utolsó fejezetében *Szilárd* dr. még az egymással találkozó ingerületek egymásra gyakorolt hatásáról értekezik, s az itt felállított tételeknek a lelki élet főbb törvényeinek deductiojánál cardinalis jelentőséget tulajdonít. Téved szerző, midőn azt állítja, hogy e kérdéssel eddig az idegélettan alig foglalkozott. Maga *Wundt* tankönyvének (*Grundzüge d. physiol. Psychologie*) 1. kötetében vagy 60 lapot szentel e kérdésnek.

Teljesen téves szerző azon állítása, hogy „úgy az éleltan, mint az éleltani lélektan az ingerület lefolyásának csak egyféle irányát tételezi fel”. *Wundt* „das nicht zu bezweifelnde doppelseitige Leitungsvorgängen”-ról beszél, *Tigstedt* pedig az ingerületnek két irányban való tovaterjedését az idegműködés egyik alaptörvényeként állítja fel. Nincsen okunk feltételezni, hogy ez a kétirányú vezetés a dúcsejtből pályarészekben nem volna lehetséges, valamint azt is elfogadhatjuk, bár nem oly kizárólagossággal, mint szerző, hogy a dúcsejthez jutott ingerület további útjára a dúcsejtből ellenállásnak foka és a kisebb ellenállás elve az irányadó. Ugyszintén lehetséges az is, hogy valamely ingerület részben a mozgó, részben az érző központok felé sugárzik sőt s hogy ez utóbbi útjában találkozhatnak egyéb centripetalis ingerülettel. Csakhogy oly egyszerűen, a mint ezt *Szilárd* dr. gondolja, a központi dúcsejtekben csak az Apáthy-féle sejtszerkezet alapján lehet elképzelni. Hogy azonban az idegrost mentén találkozó ingerületek, bármely irányból jönnek is, csak fokozó hatással volnának egymásra, gátlás pedig ne léteznék, azt az idegélettan eddigi tapasztalati kutatásai alapján határozottan tagadnunk kell. Erre nézve *Letschenow*, *Herzen*, *Goltz* és nevezetesen *Wundt* vizsgálatai a találkozó ingerületek *interferenciájáról* (*Untersuchungen z. Mechanik d. Nerven*) pozitív alapul szolgálnak, melyet az idegkórtan, valamint a kísérleti lélektan számos tapasztalata is megerősít.

Szerzőnek a gátlás ellen felhozott kifogásai nem mehetnek érveszámba, az ismert tényeket egyáltalán nem csáfoltja. Az az elve, hogy valamely pályarészen lefolyó ingerület csökkenti ezen pályarész ellenállását más oldalról érkező ingerületekkel szemben, mely utóbbiak ezáltal bizonyos esetekben szokott pályájuktól eltéríthetők, a gátlás felvételére okot adó jelenségeket a gátlás helyett megmagyarázni nem képes.

Az idegélettani rész külön kiadására szerzőt — a mint előszavában mondja — az is vezette, hogy oly tételeket is állított fel, melyek hordképessége felől a szakértők véleményének meghallgatása annál szükségesebbnek mutatkozott, mert ép ezen tételek lesznek a lelki élet törvényeinek levezetése alkalmával a legnagyobb mértékben megterhelve.

Szerzőnek ez az óhaja magyarázata annak, miért foglalkozunk oly részletesen munkájával. Nézetünk szerint helyesebben járt volna el *Szilárd* dr., ha ezen eredeti tételeit egy-két cikk alakjában bocsátotta volna előbb világra s csak később, midőn már felfogása a kritika és az

Centralblatt für Gynäkologie, 1902. 11. szám. *Thorn*: A vaginalis myomiotomia és az enucleatio viszonya a totalexstirpációhoz. 12. szám. *Westphalen*: A köldökvisszér kettős repedése haematoma képződéssel spontán szülésnél. *Neumann*: Phthisikus nők mesterséges sterilitása. *Lachs*: A tiz terhességi hónap történelmi világításban. *Knapp*: Gynaekologiai demonstráló és gyakorló phantom.

Centralblatt für innere Medizin, 1902. 12. szám. Eredeti közleményt nem tartalmaz.

Archiv für Dermatologie und Syphilis, 59. kötet, 1. füzet. Koch. *Framboesia tropica* és *tinea imbricata*. *Majocchi*: Smegmolithek. *Kopytowski*: Bőséges, jobbára epidermidal növedékek képződésével járó szokatlan diffúz bőrbaj két esete. *Frédéric*: Adat a mikrosporia kérdéséhez. *Schultz*: A nyomástól független tylosis palmarum felnőtteknél. *Gunsett*: Mikrosporon Audouini-járvány Strassburgban. *Scholtz*: A Röntgen-sugarak hatása a bőrre ép és kóros állapotban.

Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1. füzet. *Oppenheim*: A hemiplegia tünettanához. *Probst*: Centripetális gerincvelőrostok a Deiters-féle maghoz, a látódombhoz és a substantia reticularishoz. *Raecke*: A kimerülési psychosisok tanához. *Storch*: Az érzéki észrevételek psychophysiologiai magyarázata. *Ziehen*: Újabb dolgozatok a kóros beszámíthatatlanságról.

Gazette hebdomadaire, 1902. 23. szám. *Lucasse*: Varicellás arthritis esete. 24. szám. *Berthier*: A húgyfertőzések gyógyítása.

Le progrès médical, 1902. 12. szám. *Murri*: Paramyoclonus multiplex.

La semaine médicale, 1902. 12. szám. *Raymond*: Mulum Potti cervicale esete.

Journal médical de Bruxelles, 1902. 12. *Destrée-Gottignies*: Venosus hypertrophikus cirrhosis gyógyulása. A cirrhosisok tünettanára. *Depage*: A patella-törések gyógyítása.

The lancet, 1902. I. 11. szám. *A. Pearce Gould*: A véredények némely megbetegedése. *W. Mc Adam Eccles*: A tökéletlen hereleszállás boncz-, élet- és kórtana. *J. Hughlings Jackson*: Neurologiai töredékek. *H. W. Allingham*: A térdizület „internal derangement”-je 59 műtött eset alapján. *C. A. Hingston* és *W. H. B. Stoddart*: Myasthenia gravis acuta esete. *A. Tregelles Pridham*: A tejdiaeta typhusnál. *J. Reid*: Desquamatio. *F. T. Travers*: Megrepedt köldöksérv esete. *A. S. Barrow*: Börgangraena typhus esetében. *G. L. St. George*: Spina bifida két gyógyult esete.

British medical journal, 1902. március 22. *J. Kent Spender*: Visszapillantás ötven évre. *Chalmers Watson*: A középfülből eredő sükettség kezelése. *A. P. Beddard* és *M. S. Pembry*: A Hay-féle reactio epesókra. *A. Moore*: A typhus-bacillus izolálása. *Heneage Gibbs*: Új diagnostikai eljárás typhusnál. *Dawson Turner*: Kísérlet ultraviolet fénnyel. *F. T. Paul*: Ritka orbitalis daganat két esete. *E. E. Laslett*: A pons daganatának esete a gerincvelő hátsó kötegeinek elfajulásával. *G. Ferdinands*: Adrenalinchlorid használata a szemészetben. *W. M. Stevens*: Teljes vizeletrékedés mindkét ureternek vesekövek általi obstrukciója következtében. *A. R. Cook*: Rák és malaria. *E. V. Brown*: A lacrymalis pályázik veszélyessége. *W. R. Etches*: Előrehaladt mesenterialis gümőkór tünetek nélkül. *R. D. Joyce*: Megjegyzés az orrsíptörőkre nézve. *G. Farmer*: Helyi hypertrichosis esete. *L. Mc Garin*: Hólyagrák műtéte a kóros hólyagrészlet resectiójával.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1902. március 28.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatás szerint az 1902-dik év 11. hetében (1902. március 9-diktől március 15-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1902-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 751,177, katonai 16,484, összesen 767,661. Elve született 490 gyermek, elhalt 270 egyén, a születések tehát 220-al múltak felül a halálozásokat. — **Születések arányszáma:** 1000 lakosra 33.2. — **Halálozások arányszáma:** 1000 lakosra 18.3, az egy éven felüli lakosságnál: 15.1 az öt éven felüli lakosságnál: 13.5 — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 6, angina diphtheritica 0, pertussis 1, morbilli 10, scarlatina 3, variola 0, varicella 0, cholera asiaticus 0, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb ragályos betegségek 2, meningitis 15, apoplexia 4, eclampsia 4, szervi szívbj 17, pneumonia 28, pleuritis 2, pneum. catarrh. 9, bronchitis 10, tuberculosis pulmonum 47, enteritis 9, carcinoma 11, ezek közül méhrák 0, egyéb újképletek 3, morbus Brightii et nephritis 6, veseszületett gyengeség 16, paedatrophia 0, marasmus senilis 8, erőszakos halálos eset 17, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 11, bal eset 6, kétséges 0 (0). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 3097 beteg, szaporodás e héten 937, esőkenés 910, maradt e hét végén 3124 beteg. B) Heveny ragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1902. évi március 12-diktől március 19-dikéig terjedő 11. héten a tisztai főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera 0 (0), himlő (variola) 0 (0), scarlatina 29 (33), diphtheria, croup 29 (23) hagymáz (typhus) 4 (4), kanyaró (morbilli) 274 (304), trachoma 7 (5), vérhas (dysenteria) 0 (0), influenza 0 (0), hökhurut (pertussis) 25 (37), orbáncz (erysipelas) 0 (0), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0, (1) járv. fültőmirigylob 0 (0), ezenfelül varicella 23 (26).

— **Egyetemi alkalmaztatások.** Az orvostudományi tanártestület f. hó 18-dikán tartott rendes ülésén egyetemi alkalmaztatást nyertek: *Kovács József* dr. mint díjazatlan gyakornok az I. sz. belklinikán, *Scipiadés Elemér* dr. mint díjazott, *Boleman Béla* dr., *Fischer Ernő* dr., *Tabajdi Sándor* dr. mint díjazatlan gyakornokok a II. sz. női klinikán, *Salamon*

Henrik dr. mint díjazatlan gyakornok a fogászati intézetben, *Mannsfeld Ottó Pál* dr. mint díjazatlan gyakornok a gyógyszerészeti intézetben, *Fáy Kiss Ferencz* dr. mint díjazott gyakornok az I. sz. kórbonczatani intézetben.

|| **Végh János** dr. fő- és székvárosi kerületi orvost a közgyűlés tisztí orvosnak választotta.

○ **Győry Tibor** dr. gyakorló orvosnak az orvosi történelemből magántanárként történő képesítését a közoktatásügyi minister jóváhagyat és őt e minőségében megerősítette.

+ **Kitüntetés.** *Kalkbrenner Hugó* dr. Gömör-Kishont vármegye tisztelbéli főorvosának és szászkoberggothai hercegi uradalmi orvosnak a közegészségügy terén sok évi működése elismerésül Ő Felsége a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

+ **Pályadíjnyertesek.** Az *Unna*-féle 600 márkás nemzetközi pályadíjat, a mely a következő kérdés megfejtésére volt kitűzve „Die feinere Architectur der primären Hautcarcinome und insbesondere die bei ihnen obwaltenden verschiedenen Beziehungen zwischen Epithelwucherung und Bindegewebswiderstand“, és a mely az elmúlt évben kiadható nem volt, ez idén *Beck Soma* dr. kórházi rendelő orvos és *Krompecher Ödön* dr. adjunctus a II. sz. kórbonczatani tanszékén nyerték el. Pályabírák *Orth, Hauser* és *E. Fränkel* voltak. A munka a Pertik tanár vezetése alatt álló II. sz. kórbonczatani intézetből került ki.

⊙ **A kórházi főorvosok fizetése.** A kórházi bizottság azt javasolja, hogy ötrendbeli orvosi állást szervezzenek át főorvosivá. Így összesen 39 kórházi főorvos lenne, ezek között 14 első osztályú, 3000 korona fizetéssel és 1000 korona lakáspénzzel, 15 másodosztályú, 1600 korona fizetéssel és 700 korona lakáspénzzel. A bizottság javasolja, hogy a választás azonnal megtörténjék.

⊕ **Dr. Aigner Imre** fővárosi ügyvéd, a budapesti orvostudományi tanártestület jogügyi tanácsosa elhunyt, helyette a kar hasonló minőségben *Dr. Kéty István* fővárosi ügyvédet alkalmazta.

+ **Elmegyógyintézet Balassa-Gyarmaton.** Nógrád vármegye törvényhatósági bizottsága március 22-dikén tartott közgyűlésében elhatározta, hogy a Balassa-Gyarmaton fennálló vármegyei közkórházat elme-gyógyosztállyal egészíti ki. Az erre a célra szükséges 450 ezer korona költséget a közgyűlés megszavazta. A vármegye alispánja által előterjesztett számítás szerint a befektetendő összeg teljes fedezetet talál a betegforgalomból származó jövedelemben.

— **Elhunytak.** *Iglói Szontagh Ábris* dr. közegészségügyi tanácsos 73 éves korában Budapesten. *Szontagh Ábris* dr. iskoláit Rozsnyón és Pozsonyban végezte. A szabadságharcban mint honvéd-tüzérsízt vett részt s ott volt a honvédség legszebb és legvéresebb diadaliban: az iglói, branyiszkói és kápolnai csatákban. A szabadságharc leveretése után az orvosi pályára lépett. 1861-ben Budapesten telepedett meg. A homeopátiának volt híve s hét éven át ő szerkesztette a magyar homeopátiák orvosi szaklapját is. Néhány barátjával egyetemben a hatvanas években ő alapította meg a *nemzeti tornaegyesületet*, a melynek évekig elnöke, utóbb pedig tisztelbéli tagja volt. A szabadkőművesek, a kiknek egyik buzgó mestere volt, megválasztották a szimbolikus nagypáholy nagymesterévé s így az egész osztrák-magyar monarchia szabadkőműveseinek ő állt az élén 1888-ig, a mikor 10 évi működés után leköszönt e díszes állásáról. A szabadkőművesek ekkor tisztelbéli nagymesterüké választották. Temetése f. hó 23-dikán ment végbe közrészvét kíséretében. — *Prof. Adolf Jarvisch*, a bőrkórtani klinika igazgatója Grácban.

„**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. — Kifűtő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kíváncsiak prospektus.

A pesti izr. hitközség kórházának **Röntgen-laboratoriumában** átvilágítás, képfelvétel és gyógykezelés hétfőn, szerdán és szombaton d. e. 10—11. Laboratoriumvezető: **Simonyi (Schwarz) Béla** dr., a kórház v. alorvosa. Lakik: V., Hold-utca 25.



Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásméden-eiben az ásványvíz naponta négyszer megújul, **lokalis iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és fürdő-fürdők. Kifűtő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

KRONDORFI A LEGJOBB
NYÁLKAOLDÓ GYÓGYVIZ.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat 1902. március 24-dikén tartott évi közgyűlése. 231. l. — Budapesti kir. orvosegyesület. (XI. rendes ülés 1902. március 22-dikén.) 232. l.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulatnak 1902. március 24-dikén tartott évi közgyűlése.

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

Tisztelt közgyűlés!

A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulatot, mint ismeretes, annak idején első sorban a magyar orvosi tankönyvek hiányán való segítség szükségessége hozta létre. Első alapítóinak szemei előtt azonban ezen közvetlen gyakorlati szükséglet kielégítésén kívül azonban magasabb célok is lebegtek. Az által, hogy társulatunk szervezésével állandó fogyasztó közönséget teremtetek magyar nyelven kiadandó orvosi munkák megvételére: nemcsak azt célozták, hogy legyenek olyan könyvek a magyar orvostanulók ifjúság és a magyar orvosok kezén, melyekből ismereteiket anyanyelvükön meríthetik, hanem azt is, hogy ösztönözést adjanak önállóan szerkesztendő művek megírására, szóval magyar eredetű orvosi könyvirodalom keletkezésére.

Jól emlékszem, hogy 1883-ban, midőn mint második titkár először volt szerencsém igazgató tanácsunk jegyzőkönyvét szerkeszteni, lapsus calami-ból — talán az akkor már szintén megalakult Természettudományi Társulati és Akadémiai Könyvkiadó-Vállalat nevére emlékezve — annak a Magyar Orvosi Könyvkiadó-Vállalat ezen meg ezen ülés jegyzőkönyve címét adtam. Boldogult akkori elnökünk Markosovszky bizonyos fokú méltatlankodás akarattal kifejezésével hallgatta a lapsus calami-t és rögtön kiigazította a „Vállalat”-ot „Társulat”-ra.

Valóban a mi szövetkezetünk nem vállalat, hanem irodalom-fejlesztő és irodalompartoló társaság. A üzleti rész működésében mindig csak másodsorban szerepelt és szerepel. Ha mindazonáltal hosszú évek folyamán aránylag tisztességes társulati vagyont gyűjtöttünk és gyűjtünk, az csak irodalomfejlesztő tevékenységünk jövőbeli biztosítása érdekében történt és történik. Ez okos és óvatos gazdálkodás daczára tagjaink bizonyára nem panaszkodhatnak. Tagsági illetékeik fejében évről évre azokat anyagi értékben jóval felülmúló ellenértéket kapnak.

Mindig felmerül és mindig fel is kell merülnie a kérdésnek a közgyűléseken, vajjon eleget tettünk-e az elmúlt év folyamán az önként elvállalt nemesis hivatásunknak. A tisztelt közgyűlésnek lesz feladata ítéletet alkotni e kérdésben, az igazgató tanács és alapítványi bizottság jelentésének meghallgatása után, jelenleg is. En innen az elnöki székről a jól végzett munka nyugodt öntudatával nem habozom kinyilatkoztatni, hogy igen, és a következő év hasonló sikeres munkájának reményével a közgyűlést ezennel megnyitom.

2. Ezután **Koller Gyula** első titkár olvasta fel az igazgató tanács következő jelentését az elmúlt év működéséről.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat 1901. évi kiadványai, mint a társulat t. tagjai tudják, már a múlt év második felében megjelentek és a tagok birtokába jutottak.

Az említett év könyvilletménye a következő két munkából állott:

a) *Az orvos működési köre az igazságügyi közszolgálatban.* Írták: **Moravcsik Ernő Emil dr.** egyetemi tanár, **Sólyom Andor** igazságügy-ministeri titkár. A magyar tudományos akadémia hozzájárulásával kiadta tagjai számára a Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat.

Budapest, 1901. XVI. és 976. lap. A társulat kiadványainak LXXXV-dik kötete.

b) *Sebészeti módszerek*, bemutatva a budapesti m. kir. tudományegyetem I-ső számú sebészeti klinikájának 1898/99. és 1899/900. évi beteganyagán. Szerkesztette **Dollinger Gyula** egyetemi nyilv. rendes tanár, az I-ső számú sebészeti klinika igazgatója.

Mesterük vezetésével és közreműködésével írták: **Illyés Géza dr.**, **Kaczvinsky János dr.**, **Zimmermann Károly dr.** egyetemi tanársegédek, **Holzwarth Jenő dr.**, **Kopits Jenő dr.**, **Manninger Vilmos dr.**, **Pfann József dr.**, **Pólya Jenő dr.**, **Rácz István dr.**, **Winternitz M. Arnold dr.**, műtőorvosok. Kiadta tagjai számára a Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat. Budapest, 1901. XXIII. és 666. lap. 68 a szöveg közé ny. ábrával.

A társulat kiadványainak LXXXVI-dik kötete. Ezen két nagy munkán kívül a társulat tagjainak megküldött:

c) *A Magyar Orvosi Archivum új folyamának 1901. évi II. kötete* is 6 füzetben, melyek minden páros hónap 15-dikén **Bókay Árpád dr.**, **Pertik Ottó dr.** és **Lenhossék Mihály dr.** egyetemi nyilv. rendes tanárok szerkesztésében szintén a Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat kiadásában megjelennek és tagjainak megküldetnek. Budapest, 1901. 587. lap 21 táblamelléklettel és 14 szövegközti ábrával.

Az előbb említett Moravcsik-Sólyom-féle munka tartalmáról és gyakorlati szükségéről már múlt évi jelentésünkben is megemlékeztünk. Miután már fél év óta tagjaink birtokában lévő, közkézen forog, bizonyára módjukban volt a praxisban is meggyőződni annak nagy hasznáról és czélyszerű beosztásáról is. A múlt évben mintegy 35 ívre becsült terjedelmet ugyan lényegesen túlhaladja a szöveg, mivel 61 nyomtatott ívet vett igénybe, de a nagy tárgyhalmaz kimerítő feldolgozása szűkebb határokon belül alig lett volna lehetséges.

Ugyanazt mondhatjuk a **Dollinger Gyula** tanár szerkesztette

„Sebészeti módszerek” című munkáról, melyben a nevezett tanár az I-ső számú sebészeti klinika 1897—1898, 1898—1899 és 1899—1900 évi beteganyagán alkalmazott sebészeti elveket és eljárásokat ismerteti és ily módon egyszersmind klinikai működése első 3 évének részletes kimutatását is bemutatja. A három évi forgalom nagy beteganyagot szolgáltatott modern berendezésű klinikán kétségkívül lehetővé teszi, hogy a klinika hallgatói a mindinkább nagyobb tért hódító sebészeten felmerülő kórosok és műtéti eljárások legnagyobb részét illetőleg alapos tájékoztatásban és oktatásban részesülhessenek. Ezt megtalálja **Dollinger** tanár munkájában, mely számos instructiv rajzzal van ellátva, minden olvasó is, ki a folyton haladó újabb műtéti eljárásokkal gazdagodó modern sebészet színvonalát ismerni kívánja.

A tárgy bősége miatt **Dollinger** tanár munkája is nagyobb terjedelmű lett és a múlt évben 30 ívre becsült szöveg ezen könyvben is 43-ra emelkedett.

A Magyar Orvosi Archivum múlt évi 6 füzetében, mely 37 ívnyi kötetet alkot, 19 szerzőtől összesen 22 tudományos cikk jelent meg 14 ábrával és 21 táblamelléklettel.

Ezen értekezések az orvosi tudomány úgy elméleti, mint gyakorlati terén felmerülő fontosabb tárgyakkal foglalkoznak és pedig többnyire önálló kutatások alapján. Bizonyoságot tesznek fiatalabb orvosi generációnk szorgalmáról és komoly törekvéseiről.

Az archivummal együtt az elmúlt 1901-dik évben társulatunk által kiadott három rendbeli munkának ivszáma 134-re rúg, tehát majdnem eléri az 1900. évbéli kiadványok ivszámát, mely 148 volt.

Áttérve a társulat ez évi és ezentűli működésére, tisztelt tagjaink emlékezni fognak, hogy folyó évre a könyvtárunkban eddigelé hiányzó és régóta várt *körboncolást* kiadása van kilátásba véve. Azt is már megemlégtettük, hogy kiadásra a volt boroszlói egyetemi m. tanár és jelenleg Baselben mint egyetemi rendes tanár működő **Kaufmann Ede** kitűnőnek elismert, 1901. évbéli második bővített kiadásban megjelent „*A speciális körboncolás tana*” című munkáját szemeltük ki. Az említett második kiadás német nyelvben 72 nyomtatott ívet tesz nagy 80 rétből s miután az utóbbi társulatunk formátumánál jóval nagyobb, a magyar fordítás 72 ívnél okvetlenül lényegesen több ívre fog terjedni, miért is czél szerűnek tartja az igazgató tanács azt két kötetben megjelentetni. A fordítás, melynek felülvizsgálatát **Gensierich** tanár úr vállalta magára, már annyira előrehaladt, hogy az első kötet kinyomtatása folyó évi június hóig, a második köteté októberig megtörténhet. E szerint tagjaink azt még a folyó évben kézhez fogják kapni. Az 1903. évre jelezhetjük, hogy a *Belgyógyászat kézikönyve* kiegészítésére ígért pótkötetre az előkészületek már folyamatban vannak, úgy hogy ez az említett év alatt meg is fog jelenhetni. Ugyanazt ígérhetjük a cyclus elején bejelentett *sebészet kézikönyve* nézve is, miután első kötetének megjelenését a szerzők szintén ez évre kilátásba helyezték. Az igazgató tanács végre azzal fejezi be jelentését, hogy a társulat tagjainak száma a mostoha idők daczára múlt évben 1 alapító, 2 résztvevő és 34 rendes taggal szaporodott. Az összes tagok száma jelenleg 912, úgy-mint 149 alapító, 753 rendes és 10 résztvevő tag.

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

3. **Jendrassik Ernő** második titkár olvasta fel azután az alapítványi bizottság jelentését a társulat vagyoni állásáról.

Az alapítványi bizottság a múlt évről is öröndetes jelenség gyanánt jelenti, hogy a társulat alapító tagjainak száma ismét egy alapítóval szaporodott, t. i. **Róna Sámuel** egy. tanárral, ki az alapítványi összeget be is fizette. **Haberern Pál** egyet. magántanár pedig az alapítványára 100 korona részletfizetést tett.

A rendes tagok száma az elmúlt évben szintén 22 új taggal szaporodott, kik közül 5 utólag megszerezte a társulat VI-dik folyamát, mely alatt a *Belgyógyászat* kézikönyve megjelent.

A társulat bevételei múlt évben az értékpapírok szelvényei után 5093 korona 44 fillér, kamatozásra elhelyezett betétekből 36,328 kor. 94 fillér, kamatokból 512 kor. 74 fillér és alapítványok után 300 kor. voltak. A rendes tagok díjai után 13,989 kor. (ebből 800 kor. a VI. folyamból mint utólagos bevétel).

A mi a kiadványokra fordított összegeket illeti, ezek a következők: a Magyar Orvosi Archivum nyomása és táblázatai 3923 kor. 24 fill. ; Moravcsik-Sólyom munkája: „Az orvos működése az igazságügyi közszolgálatban” nyomása 5456 kor., bekötése 924, összesen 6380 kor. **Dollinger** „Sebészeti módszerek” című művének nyomása 3884 kor., kötése 792, összesen 4676 kor.

Az ez évben kiállított illetmény összes költségei 14,979 korona 24 fillérre rúgnak.

Azonban az 1900/901. évből fenmaradt tartozás, ú. m. **Temesváry** munkájának írói díja és bekötése, valamint **György** munkájának bekötése 6518 kor. 08 fillér költséget vett igénybe, úgy hogy tulajdonképp az 1901/2. évben kiállítási költségekre a kiadás 21,497 koronára rúgott.

A társulat vagyona 138,133 kor. 44 fillérrel van kimutatva; a záloglevelek és egyéb papírok értéke a múlt évvel szemben ugyan lényegesen (7326 kor. 70 fillérrel) emelkedett mai árfolyam szerint, de

ennek daczára a vagyon jelenleg 1005 koronával kisebb mint tavaly volt, a midőn 139,139 koronával volt kimutatva. Ez azonban abból magyarázható, hogy a múlt évi kiadásaink számlái részben nem voltak benyújtva és kifizetve és az előző évfolyamok hátralékait mint behajthatatlanokat leírtuk.

Végül szomorú kötelességgel emlékezünk meg, hogy a lefolyt évben is elérte földi pályafutásának végét néhány tagunk. Alapító tagjaink sorából kegyelettel kell megemlékeznünk *Laufenauer* Károly tanárról, a ki társulatunk buzgó szellemi munkása is volt s a ki hazánkban jelentékeny lendületet adott az elmekortan művelésének. Meghaltak továbbá *Siklóssy* Gyula, egykor tevékeny művelője szaktudományának, *Kresz* Géza, *Szontagh* Ábris, társulatunk érdemdús pénztárvizsgálója és *Schwartz* Lajos dr. Velük élő alapító tagjaink száma nagyon megesökkent! Rendes tagjaink sorából fájdalommal jelentjük *Wesely* József, *Áldor* Adolf, *Barna* Bernát, *Küzmös* György, *Szántó* István, *Kiss* Ferencz halálát.

4. Felolvastatott továbbá a pénztárvizsgáló bizottságnak jelentése a társulat vagyonának tavalyi kezeléséről és szétosztatott a szokott forgalmi kimutatás.

Mélyen tisztelt Közgyűlés!

Tisztelettel alulírottak, mint az 1901. évi közgyűlés által kiküldött pénztárvizsgálók, az Orvosi Könyvkiadó-Társulat pénztárát az 1900. évi márczius hó 28-tól 1901. évi márczius hó 18-ig terjedő időről megvizsgáltuk, úgy a kiadásokat, mint a bevételeket a pénztári könyvek adataival megegyezőkné, valamint a számadási okmányokat a legnagyobb rendben levőkné találtuk.

Miért is tisztelettel indítványozzuk, hogy a fent kitett időre nézve a pénztárnak úrnak a felmentvényt megadni és egyúttal neki az egyesület pénztári teendőinek pontos és lelkiismeretes teljesítéseért az egyesület köszönetét kinyilvánítani méltóztassék.

Kelt Budapesten, 1902. évi márczius 18-dikán.

Batizfalvy Sámuel dr. biz. elnök, *Tóth* Lajos dr. biz. tag,
Szontagh Félix dr. biz. tag.

Bevételek:	k. f.	k. f.
Pénztári egyenleg 1901. márczius hó 21-dikén...	593.36	
Magyar Tudományos Akadémia adománya	2,000.—	
Kamatosszámra elhelyezett betétekből	36,328.94	
Szelvények beváltásából	5,093.44	
Kamatokból	512.74	43,935.12

Tagsági díjakból:

a) Alapító	800.—	
b) Rendes	13,989.—	14,789.—
Folyószámla-egyenlegek		14,090.38
		73,407.86

Kiadások:

Kamatosszámra elhelyezett betétek	49,417.89	
Lakbér: 1901. febr. 1.—1902. jan. 31.	400.—	
" 1902. febr. 1.—1903. jan. 31.	400.—	800.—

Kezelési költségek.

a) Titkári kiadások:	k. f.	
Visszpórtokért	32.11	
Irodai szükség. lev. bélyeg	11.99	
Postautalv. kézbes. újr. költségek stb.	22.24	66.34
b) Inkasso-költség:		
Pénzbeszedő provízió	79.—	
c) Nyomatványokért:		
Évi jelentés 1900.	235.—	
Meghívók és egyéb nyomatványok	39.—	
Körösvények, felhívás stb.	113.10	387.10
d) Tagsági illetmények kezelése és kézbesítése Gottermayer által	471.16	
e) Szolga fizetése	40.—	
f) Különféle apró kiadások	55.69	1099.29

Kiadványok.
1902—1901. illetmény.

Hátralék:		
a) Magyar orvosi bibliographia:		
1100 példány kötése	704.—	
b) Tejelváltás és szoptatás irói díja	800.—	
1100 példány nyomása	4,222.08	
1100 példány kötése	792.—	5,814.08
		6,518.08

1901—1902. illetmény.

a) M. Orvosi Archivum:		
nyomása	3,341.49	
autotipia és mellékletek	581.75	3,923.24
b) Moravcsik-Sólyom: Az orvos működ. a közgazg. szolgálatban		
1100 példány nyomása	5,456.—	
1100 példány kötése	924.—	6,380.—
c) Dollinger: Sebészeti módszerek:		
1100 példány nyomása	3,884.—	
1100 példány kötése	792.—	4,676.—
		14,979.24
Pénztári egyenleg		593.36
		73,407.86

Vagyon-mérleg.

Kamatosszámra elhelyezett betétek:

a Budapesti takarékpénztár részvény-társaságnál	16,388.25	
a Magyar földhitelintézetnél tartozás	2,297.87	14,090.38

Értékpapírok:

n. é. frt 10,400.— 4%	M. földterherment. kötv. 97.25	20,288.—
" " 4,300.— 4%	" földhit.-int. záogl. 96.75	8,320.50
" " 10,000.— 4 1/2%	" regále-kötvény 101.—	20,200.—
" " 16,000.— 4%	" földhit. talajj. kötv. 96.75	30,900.—
" kor. 38,800.— 4%	" földhit. k. é. záogl. 96.75	36,765.—
" " 4,700.— 4%	" korona-járadék 97.55	4,584.85
		120,998.35
Időközi kamatok márczius 20-dikáig		1,663.35

Hátralékok:

a) alapító tagok után	100.—	
b) rendes tagok után 1901. évről	688.—	788.—
Pénztári készlet 1901. márczius 18-dikán		593.36
Egyleti vagyon-állomány 1902. márczius 18-dikán		138,133.44

Török Sándor, e. i. pénztárnok.

Alulírottak a fentebbi kimutatást a társulati könyvekkel összehasonlítván, a társulati számadásokat 1901. márczius 28-dikától 1902. márczius 18-dikáig megvizsgálván és úgy a takarékpénztárban, valamint a m. földhitelintézetnél elhelyezett készpénz és értékpapírok érintetlenségéről meggyőződve, a pénztár pontos és rendes vitelét elismerjük. Budapest, 1902. márczius hó 21-dikén. *Böke* Gyula dr. s. k. és *Koller* Gyula dr. s. k. mint az alapító-bizottmány által kiküldött számvizsgálók.

A közgyűlés mindezen jelentéseket egyértelműleg tudomásul vette és a pénztárnak jegyzőkönyvileg köszönetét nyilvánította.

5. Azután a szokott választás ejtetett meg. *Böke* Gyula elnöklete alatt *Györy* Tibor és *Tihanyi* Mór tagokból álló szavazatszedő bizottság útján az igazgató tanács szabályszerint kilépő harmada és egy elhunyt vidéki igazgató tanács tag helyett egy új tanács tag újabb három évre megválasztott. Megválasztottak: Budapestiek: *Bókay* Árpád, *Dollinger* Gyula, *Id. Klug* Nándor, *Korányi* Frigyes; vidékiek: *Mann* Jakab, *Purjesz* Zsigmond, *Tauscher* Béla, *Tóth* Imre, *Kovács* Sebestyén Endre.

6. A közgyűlés a jövő társulati évre az alapszabályok 36. §-a szerint pénztárvizsgáló bizottságnak kiküldi: *Batizfalvy* Sámuel, *Tóth* Lajos és *Szontagh* Félix tagokat.

7. A közgyűlés jegyzőkönyvének hitelesítésére elnök felkéri *David* Miklós és *Temesváry* Ödön tagokat.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes ülés 1902. márczius 22-dikén.)

Elnök: *Klug* Nándor. Jegyző: *Wenhardt* János.

Elnök az ülést megnyitja. A múlt ülés jegyzőkönyvét hitelesíti. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri *Kosztka* Emil, *Tótvölgyi* Elemér és *Chudovszky* Móricz tagtársakat. Szomorú kötelességet teljesít, midőn buzgó tagtársunk, *Szontagh* Ábrahám halálát jelenti. A közegészségügy iránt mindenkor melegen érdeklődött elhunyt tagtársunk és elnök indítványára az egyesület mélyen érzett részvételének jegyzőkönyvileg ad kifejezést.

Jelenti továbbá elnök, hogy a belügyminister a külföldi levelező tagok megválasztását helyben hagyván, nekik az oklevél elküldetett. A megválasztott levelező tagok közül *Brouardel*, *Budin*, *Czerny*, *Hirschberg*, *Károly* Tivadar hg, *König*, *Kuhnt*, *Marie* P., *Neugebauer*, *Pozzi*, *Raymond*, *Retzius*, *Sattler*, *Schultze*, *Senator*, *Uthoff* szép köszönő iratokat intéztek az egyesülethez megválasztásukért.

Jelenti végül elnök, hogy a könyvtár számára *Valkó* Rezső, *Tihanyi* Mór, *Id. Klug* Nándor, *Senator* Berlinben dolgozatokat küldtek be. — Köszönettel vétetnek.

Hólyagdaganat operálással meggyógyított esete.

Kosztka Emil: G. A. 57 éves honvédszázados, 1900. július 10-dikén jelentkezett előadónál, előadva, hogy 3 év óta szenved állandó vizeleési nehézségekben és időnkénti véres vizeleésben. Közben orvosi kezelés alatt is állott, a mennyiben nála prostatagyuladást véltek felvehetni és e miatt massage-t alkalmaztak. Hólyagja megvizsgálva nem lett. Állapota azonban mindjobban súlyosbodott, úgy, hogy midőn nála jelentkezett, csak guggolva vagy éjjeli edényen tudott vizelni. Daczára annak a beteg nagyobb fájdalomról nem panaszkodik. Másnap a cystoskopikus vizsgálat kiderítette, hogy a jobb ureternyílás tájékán egy rózsaszínű, bolyhos, libegő képlet ül, mely hasonlít a vízben ide-oda mozgó, hosszú levellő vízi növényekhez; a bolyhok közepén szépen láthatók a tágult véredények. A daganat basisa a jobb ureternyílástól kissé jobbra tűnik fel, mell felé pedig a hólyagnyákig terjed. Mindkét ureter normálisan functionál. Felismerve így a hólyagpapilloma nagyságát és helyzetét, annak művi úton való eltávolítását ajánlotta, mi czélból a beteg 1900. augusztus 12-dikén a honvédhelyőrségi kórházba osztályára vétette fel magát. Itt az igazán szép endoskopikus képet Herzel tanár, Csáp dr. főorvos, *Vladár* dr. háziorvos és *Tóth* dr. ezredorvos uraknak is demonstrálta. A bimanualis vizsgálat semmi abnormist nem derített ki.

A műtét augusztus 20-dikán történt *Trendelenburg*-fekvésben, narcosisban, miután a végbélbe egy colpeuryntert vezettek be, a hólyagot pedig 300 gr. 4%-os bóroldattal töltötték meg. A hasfalnak a

linea albában való feltárása után az előtérbe tóduló hólyagot a has-hártyareddő alatt mintegy 1 cm.-nyire egy 4 cm. hosszú, függélyes metszéssel megnyitotta. A hólyagba bevezetett ujjával a hólyagfenéktől inkább jobbra négy, mandola egész dió nagyságú, a hólyag felszínéről élesen kiemelkedő, inkább széles alapon ülő, könnyen eltolható, puha, szakadékonny, bolyhos képletet tapintott. Ezután éles kanál segítségével minden kórosnak mutatkozót eltávolított, mely eljárásnak ez esetben azért adott előnyt, mert széles alapú daganattal volt dolga, melynek ollóval vagy késsel való eltávolítása jóval nagyobb vérvesztéssel járt volna és mivel ily nagy felületen a nyálkahártya varrattal való összehúzósa a nagyfokú feszülés miatt lehetetlen. A mellett ezen eljárás igen gyors és a narcosist is megrövidíti. A hólyag gondos kimosása után a hólyagsebet 9, a mucosáig terjedő, Lambert-féle esomós selyem-varrattal egyesítette és ezt még 4 felületet varrattal biztosította. A hasfal sebéit jodoform-gáz behelyezése mellett silkwormmal egyesítette. A hólyagba ezután conductor segítségével cathetert vezetett és ezt gummicső segítségével az ágy alatt elhelyezett edénnyel kötötte össze a hólyag állandó drainézése céljából. A hólyagvarratok alkalmazásánál nagy gondot fordított arra, hogy azok inkább kissé lazák, mint erősen feszülők legyenek, minthogy a drainezett és collabált hólyag úgy sincs feszülés alatt és így a vércirculációt semmi sem alterálja, tehát primaer egyesülésre inkább van kilátás.

Műtét után a beteg állandóan láztalan. A hólyagból az első 2 napon kevés vör szivárog, később a vizelet teljesen feltisztul. Műtét utáni 6. napon az állandó catheter eltávolítottatik és még 2 napon át 3 óránként Nelaton-catheterrel a hólyag megcsapoltatik. Ezután a beteg spontán üríti vizeletét és a műtét utáni 40. napon teljesen gyógyultan távozik.

A daganatot göröcsőleg Pertik tanár vizsgálta, a ki azt evidens papillomás szerkezetű, sűrű bolyhokból álló, dúsán edénnyel képletnek találta, melynek jó- vagy rosszindulatúsága attól függ, kimutatható-e a heterotopia vagy sem, a mi csak a topographiai viszonyok ismerete mellett lehetséges. Tekintettel azonban arra, hogy a klinikai észlelet rák jelenlétére semmi támaszpontot nem nyújt, továbbá, hogy a műtét óta eltelt 1½ év alatt kiújulásnak semmi nyoma nem mutatkozott, joggal tarthatjuk azt jóindulatú papilloma simplexnek.

Az eset élénken bizonyítja, mily becses vizsgálati eszköz a cystoskop, mely nemcsak a hólyag betegségeinek korai kórismézésére, hanem megfelelő berendezés mellett kisebb műtétekre is alkalmas.

Tanulságos volna a betegen újabb cystoskopikus vizsgálatot végezni, de ezt köteles óvatosságból nem tartja megengedhetőnek, annyival inkább, mivel a beteg most véglegesen gyógyultnak tekinthető.

Jodismus chronicus esete.

Tóvölgyi Elemér. A jodismus chronicus egy érdekes esetéről a következőkben számol be.

K. Lajos 59 éves hivatalnok, 28 éves korában sankert acquirált. Ugy ez, mint a később jelentkező kiütések bizonyos pilulák bevételeére gyógyultak. 49 éves korában jobb felkarsontja megdagadt, mi jodikus alkalmazására és négy üveg jodkali bevétele után megszűnt. A jodkali szedése alatt folyton erős nátha és homlokfájdalmak kínozták. Négy év múlva a bal térd gyermekfejnyire megdagadt. Ekkor 360 jod-pilulát szedett be minden eredmény nélkül. Mialatt a jodot szedte, naponta két-három ízben hig széketéte volt, a nátha és a homlokfájdalmak szintén felléptek. A térdagánat a jodszedést követő Zittmann-curára teljesen megszűnt.

1900. április havában a jobb, majd kisebb fokban a bal könyöke dagadt meg, a midőn 25 üveg jodkalit szedett be minden eredmény nélkül. A jodismus fentebb említett tünetei ez izben is jelentkeztek. Két hónap múlva mindkét lapocza táján tályogja támadt. E bajával az I. seb. klinikát kereste fel, hol úgy a tályogok, mint a könyök-izületi bántalom tuberculosusnak declaráltatott.

Még az 1900-dik év nyarán rekedtség lépett fel a betegnél, a minek következtében ugyanazon év novemberében az I. belklinikai gége-szeti osztályán vizsgálattatta meg magát. Irsai tanár a következőket találta. A tracheában a 3-dik és 4-dik gyűrű távolságában egy halvány sárgás, mellül kissé jobbra terjedő, éles szélű prominentia. Előrement ulcus durum. Diagnosis: Rhino-pharyngitis chron. et gumma tracheae. Beteg ekkor az esetlegesen beálló jodismus kikerülésére jodkalit natrium bicarbonicummal kapott háromszor naponta, bekeverve ½ pohár tejbe. A jodkalira a gumma szépen javulni kezdett, majd elmúlt, mire a beteg a klinikáról elmaradt, a jodkalit azonban az ismét jelentkező nátha és homlokfájdalmak daczára, hogy marandó gyógyulását biztosítsa, tovább szedte. Erre pár hó múlva a homlokfájdalmak növekedése mellett lassan fokozódó és főleg esténként erősebb fokban jelentkező nehéz légzés lepte meg, bal felső szemhéja dagadni kezdett. Egy hó múlva kettős látás, bal szemén nyomás, feszülés, valamint fájdalom érzete támadt. Ez időtől fogva, miután gyakori utazgatással járó foglalkozása ebben gátolta, a jodkalit ritkábban, de még mindig elég gyakran szedte.

Nálam első ízben 1901. november havában jelentkezett a következő állapotban: Az igen elgyengült, lesoványodott és vérszegény beteg légzése erőltetett, percenkint 30. A bal homlokcsontnak igen csekély elődomborodása észlelhető tapintás alkalmával. Maga a csont teljesen sima felszíni. Ugy itt, mint a bal szemgödör szélén és ettől lefelé a szemgolyó felett igen élénk, baloldalt kisebbfokú érzékenység. Diaphanoskopia negativ. Az orrüregben főleg az alsó és középső orrkagyló duzzadt. A gégeben közvetlenül a hangszálak alatt egy minden oldalról egyenletesen elötölülő kékes-piros prominentia, a mely a gége ürterét nem szűkíti meg annyira, hogy ebből a nehéz légzés magyarázható volna. A hangszálak mozgásai renyhék. A könyökizületek szomszédságában mind-

két, de főleg jobboldalt a fel- és alkarsontok megdagadtak, nyomásra, activ és passiv mozgásra igen fájdalmasak. Tüdőlelet: Bal csúcs felett kissé erősebb és hangosabb be- és kilégzés, tüdők alsó hátsó részén vegyes hólyagú szűrtyőrejekkel.

A beteg kikérdezése után rögtön felmerült benne a gyanú, hogy a baloldali frontalis sinusitis és valószínűleg a gégefolyamat is egy jodintoxicatio következménye, a miért is a jod rögtön elhagyását javasolta. Tizenkét nap múlva a gégeben a duzzadás annyira megcsökkent, hogy csak mély légvételek alkalmával látható, fejfájdalmak szintén csökkentek.

Öt nap múlva a gégedaganat és nehéz légzés is megszűnt, erre négy napra minden tünete a jodintoxicationak elmúlt, csupán a homlokesont kis elődomborodása volt még pár hétig észlelhető. Miután az I. sebészeti klinika véleményét akkoriban a csontdaganatokat illetőleg még nem ismerte, egy sublimat injectio curát végzett a betegnél a jodtünetek megszűnte után, természetesen minden eredmény nélkül. A 2-dik injectio után próbából egy hőtű jodot szedtetett a beteggel, mire úgy a gégeduzzanat, mint a sinusitis tünetei ismét jelentkeztek kisebb fokban, a mire a jodot végleg kihagyatta.

Az eset első sorban érdekes azért, hogy háromféle bántalom, tuberculosis, syphilis és jodintoxicatio állottak fenn. Most sajnos, el nem dönthető, hogy a jod mennyiben szerepelt a csonttuberculosis kifejlődésénél, de valószínű, hogy azt elősegítette. Az oedema a gégeben egy szokatlan helyen lépett fel.

Avellis ezelőtt három évvel egy acut jodintoxicatio következtében hasonló helyen észlelt oedemát.

A homloküregek és szem tüneteit illetőleg figyelmet érdemel a a csont kisfokú elődomborodása, valószínűleg jodperiostitis következtében, továbbá a kettős látás, mi az orbitalis szövet oedematosus duzzadásának volt valószínű következménye. Miután a homlokesont rendszeren igen vastag, nem tartja valószínűnek, de mégis nem tud szabadulni teljesen a gondolatától, hogy ha a beteg még hónapokon át bírta volna szedni a jodot, egy valódi dilatatio fejlődhetett volna talán a bal homloküreg gyuladásából.

A kettős látást részben okozhatta az üreg alsó fala, az igen megduzzadt, egymással szinte érintkező nyálkahártyája tetemes nyomást fejtett ki, annál inkább, mert a homlokesont a jodperiostitis következtében ellentétében meggyengült, ezért ismétli, bár nem igen valószínű, a dilatatio későbbi előállásának a lehetősége talán mégsem tartozik egészen a lehetetlenségek közé.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

698/1902. szb. sz.

Udvarhely vármegyében a VIII-ik közegészségügyi körorvosi állomás lemondás folytán üresedésbe jött, senki sem pályázván újra pályázatot hirdetek.

Ezen körhöz Szentgyházás és Kápolnás-Oláhfalu, Lővéte és H.-Almás községek tartoznak Szentgyházás-Oláhfalu község központtal, a hol az orvos köteles lakni.

Fizetése évi 800 korona és természetbeni lakás. A körorvos nyáron a homoródi gyógyfürdőn fürdőorvosi teendőket végezvén, ezért külön 400 korona fizetés és a fürdő két szobából álló lakás illeti.

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

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

A körorvos köteles leendő havonként és félénként a járási orvoshoz egészségügyi jelentést és kimutatást beküldeni.

A pályázni kívánók felhivatnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. értelmében felszerelt folyamodványait 1902. évi április hó 30-dikáig nyújtsák be, megválasztás esetén állását azonnal tartozik elfoglalni.

Székelly-Udvarhely, 1902. évi március hó 22-dikén.

Demeter Lőrincz, főszolgabíró.

426/1902. sz.

A kormányzatokra bízott Szabolcs vármegye „Erzsébet” kózkórházánál 800 korona törzsfizetés, szabad lakás, fűtés, világítás és teljes ellátással, bent lakás kötelezettsége mellett rendszeresítve levő alorvosi állásra pályázatot nyitok.

A pályázni kívánókat felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 63. §-ának 3-dik bekezdése szerint előírt minősítvényüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat és életkorukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. évi április hó 10-dikéig, mint záros határidőig mutassák be.

Nyiregyháza, 1902. évi március hó 19-dikén.

Báró Feilitzsch.

2-1

90/1902. szám.

A vezetésem alatt álló magy. kir. javító-intézetnél kormányhatósági megbízás utján betöltendő s évi 1000, azaz: egyezer korona tiszteletdíjjal egybekötött orvosi állásra ezennel nyilvános pályázatot hirdetek.

Az intézeti orvos kötelessége az intézetet minden nap az igazgatóval egyetértőleg megállapítandó órában (szükség esetében naponként többször is) meglátogatni s az intézet beteg növendékeit és alkalmazottait minden külön díjazás nélkül gyógyítani. Kötelessége továbbá az intézet egészségügye felett szigorúan őrködni s az intézeti igazgatóság ez ügyben hivatalosan nyilvántott kívánalmainak pontosan megfelelni.

Ezen állásra csak azon orvos urak pályázhatnak, a kik a törvényszéki orvosi vizsgát is letették.

A kellően felszerelt és szabályszerűen felbelyegzett pályázati folyamodványt a nm. magy. kir. Igazságügyi Minister Urhoz kell címezni s legkésőbb folyó évi március hó 30-dikáig az alulírt igazgatóhoz benyújtani, vagy pedig posta útján beküldeni.

Kassa, 1902. évi március hó 1-én.

Latzkovszky Lajos, igazgató.

3-3

Uradalmi orvos.

Nagyméltóságú Bárá Wodianer Albert komjáthi uradalmának orvosi állására ezennel pályázat hirdettetik. Évi fizetés: szabad lakás mellett 600 kor., 26 hektoliter különféle gabona, 360 liter ó-bor, 40 köbméter tűzifa, szántóföld, házi kert, tehéntartás váltáság fejében tej és vaj, uradalmi szolgálatban fuvar és szabad magángyakorlat engedélyezve.

Feltétel, több évi, lehetőleg kórházi gyakorlat, keresztény vallás, a magyar és tót nyelvek bírása.

Az állás folyó évi május 15-dikén betöltendő és folyamodvány, bizonyítvány másolatokkal, melyek vissza nem adatnak, május elsejéig az uradalmi igazgatósághoz, Komjáth, Nyitramegye intézendők, mely azonban ez állás betöltésénél, szabad elhatározását fentartja.

3-1

Egyéb üresedésben levő állások.

Lejárat	Állás	Hely	Fizetés	Cím
Április				
3.	v. alorv.	Dobsina	1150 k.	Szontágh polgármester
6.	k. orvos	M. Óvár kórház	1000 k., lak., élelm.	Lähne Ernő igazgató
6.	m. főorv.	Lipótmező	2000 k., lak., élelm.	Igazgató
7.	körorvos	Csorna	600 k.	Haja Gy. fszb., Csorna
10.	k. al.	Kisküküllővár.	1000 k., lak., élelm.	Pálffy fszb., Sz. Keresztúr
30.	körorvos	Étéd	1250 k.	Pálffy Jenő fszb., Székelykeresztúr
30.	közs. orv.	Daróc	1200 k., lakás	Benedek fszb., Oklánd
30.	p. orvos	M. Szatína	2360 k.	Munk fűrészgár, b. p. g.

HIRDETÉSEK.

„THERAPIA“ Általános gyógyintézet
CIRKVENICÁN
Fiume mellett, az Adriai tenger partján.
Egész éven át nyitva.

Téli és nyári tengeri fürdő, kádfürdők tengeri vízzel, szénsavas gázfürdők (mesterséges nauheimi fürdők). Vizgyógyintézet közönséges és tengeri vízzel. Villamgyógyászat és mechanoterapia (orthopaedia), teráp-kúra, étrendi kúrák stb. Legjobb orvosi berendezések. Legnagyobb kényelem. Tbc. pulm., elmebetegek és epilepsziások nem vétetnek fel.

Prospektus ingyen és bérmentve.

Dr. Heinrich Ebers,
császári tanácsos,
a krynicai és kir. vizgyógyintézet vezetője.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D^r EGGER

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszerárban.

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

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

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

BUTOR készpénzért v. részletfizetésre legutányosabb áron
EHRENTREU és FUCHS
testvéreknél
BUDAPEST, VI., Teréz-körút 3.
Képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

MATTONI
ERZSÉBET SÓSFÜRDŐJE
Gyógyhely Budapesten (Budán).

Idény április 1-től október 15-ig.

A gyógyhely forrásai ajánlhatók: a belek bántalmainál, alhasi és általános vérbőségnél, májbajoknál, aranyénnél, túlságos elhízásnál, köszvényénél és női bajoknál.

Rendelő fürdőorvos: Dr. Polgár Emil.

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

Tulajdonos: **Mattoni Henrik.**

Dr. Römpler-féle sanatorium tüdőbetegek részére
Görbersdorf (Szilézia).

Elsőrendű gyógyintézet, remek magas fekvéssel, hegyek között, a modern hygiéna valamennyi berendezésével. Magyar segédorvos. Új képes prospektus magyar nyelven is.

Dr. PAJOR
BUDAPEST, Szentkirályi-utca 14. szám.

Inhalatoriuma: Reichenhalli soole, emsi, gleichenbergi forrásvíz porlasztása, fenyő-, menthol- stb. belégzés, sűrített és ritkított levegő-készülékek **asthma, bronchitis és a felső légutak hurutjainál.**

Vizgyógyintézete: Teljes vízkúrák, **massage, villamos, szénsavas fürdők,** begöngyölések és izzasztó kúrák.
Nyitva egész éven át.
Telefon. — Prospektus.

Verwaltung der kgl. Mineralbäder
Kissingen u. Bocklet

Kissingen Kgl. bayer. Bad
Mineral-Wasser
natürliche

Vastartalmú konyhasóforrások. Anyagesere és vérkeringési zavaroknál gyógyítási ereje felülmúlhatatlan. — **Mindenütt kapható.** Leírások és vegyelemzések ingyen és bérmentve.
Verwaltung der kgl. Mineralbäder Kissingen u. Bocklet
Friedrich Hessing.

Az orvos uraknak külön árkedezmény. — Minták ingyen.

MATTONI FÉLE
GISSHÜBLER
legtisztább égvényes
SAVANYUKUT

Giesshübl-Sauerbrunn
gyógyhely és vizgyógyintézet
Karlsbad mellett

Ivó- és fürdőkúrák.
Klimatikus és utókúrákra való gyógyhely.
Legjobb diatetikus és üdítő ital.

HEINRICH MATTONI
Giesshübl-Sauerbrunn, Karlsbad, Franzensbad, Wien, Budapest.
Budapesti raktár **ÉDESKUTY L.** czégnél.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi, górsó és bacteriologia
ORVOSI LABORATORIUMBAN
mindennemű és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górsó bacteriologiai vizsgálatára vállalkozik

Dr. VAS BERNÁT a labororium vezetője.
Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13-15. szám.

Védjegy:
CHINOSOL D. R. P.
88.520. sz.

1, 1/2, 1/4 gr. tablettákban és poralakban.
Kitűnő sikerrel alkalmaztatott a transvaali háborúban!

A sublimat, carbolsav stb. méreknélküli pótléka.
Gyorsan ható **stypticum és váladékmegszorító**
(L. „Deutsche Med. Wochenschrift“ 1901. 33. sz. 566. oldal).

Javallatok: Sebkezelés, szülészeti gyakorlat, nemi és bőrbajok, torok-, orr- és fülbetegségek, antiseptikus irrigatók, prophylactikus gargari-zálás, a kéz fertőtlenítése, a betegszobák fertőtlenítése részére, továbbá phthisis, gümőkór, lepra stb. Irodalom és vényminták ingyen és bérmentve.

Franz Fritzsche & Co., Hamburg-U.
Vezérképviselő nagyban eladásra Ausztria-Magyarország részére:
WILHELM MAAGER, Wien, III/3, Heumarkt 3.